Exploration de la relation entretenue par les patients atteints d'anorexie mentale avec leur médecin traitant

Florentine Ducherpozat

▶ **To cite this version:**

Florentine Ducherpozat. Exploration de la relation entretenue par les patients atteints d'anorexie mentale avec leur médecin traitant. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02964630

HAL Id: dumas-02964630

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02964630

Submitted on 4 Feb 2021

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

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

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

Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine Générale.

Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes

Exploration de la relation entretenue par les patients atteints d'anorexie mentale avec leur médecin traitant

Thèse soutenue par Florentine DUCHERPOZAT

Le 25 Novembre 2019 à Montpellier

Président du Jury : Monsieur le Professeur Sébastien GUILLAUME, Psychiatre, Professeur des universités, praticien hospitalier

1er assesseur : Docteur David COSTA, Médecin généraliste, maître de conférences des universités

2ème assesseur : Docteur Philippe SERAYET, Médecin généraliste, maître de conférences associé

Directeur de thèse : Docteur Marie PANTHENE-CHALAUD, médecin généraliste

Université de Montpellier
Faculté de Médecine
Montpellier-Nîmes

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHEFORT Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard	SOLASSOL Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean-Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MIRO Luis	VISIER Jean Pierre
BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice	

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philipp	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robe	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel

Université de Montpellier
FACULTÉ DE MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie

TOUITOU Isabelle	Génétique
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

2ème classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :

LAMBERT Philippe

2ème classe :

AMOUYAL Michel

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

MCU-PH de 1re classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2éme classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
GOUZI Farès	Physiologie

HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactérologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1re classe

COSTA David

MCU-PH de 2éme classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissemen addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissemen addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

« Il faut qu'un lien de confiance s'installe, et il y a du coup forcément une relation différente qui s'installe. Obligatoirement. Et on le voit bien, avec les autres thérapeutes c'est pareil. C'est … Il y a un vrai besoin de pouvoir à nouveau faire confiance.»

Patiente P10

Remerciements

Je remercie les membres du jury :

Monsieur le Professeur Sébastien GUILLAUME pour les conseils et l'intérêt porté à ce travail,

Le **Docteur Philippe SERAYET** pour son investissement pédagogique et son souci du bien-être et de la formation des internes Montpelliérains,

Le **Docteur David COSTA** pour la transmission de son savoir relationnel avec les patients

Je remercie le **Docteur Marie PANTHENE-CHALAUD** de m'avoir accompagnée dans la réalisation de ce projet qui me tient à cœur, mais aussi en tant que maître de stage d'avoir toujours su me tirer vers le haut en ayant très souvent bien plus confiance en moi que moi-même… Un immense merci.

Je remercie les **Docteurs Pascale PITIOT, Yann QUEYRANNE** et **Alexandre LADET** pour leur confiance et pour ce que chacun m'a appris de la Médecine Générale après ces deux stages que j'ai réalisés auprès d'eux dans une ambiance chaleureuse et sécurisante.

Je remercie également le **Docteur Coralie FOURMONT**, exemple de bienveillance et d'humanité, et le **Docteur Sabine ROUVIERE**, qui avec une simple phrase a su débloquer tant de choses.

Je remercie **les membres de la clinique** Jouvence Nutrition de Messigny-et-Ventoux pour leur accueil durant ces quelques semaines, en particulier les **Docteur Baptiste LEVEQUE** et **Laetitia LEGENDRE** qui ont soutenu mon projet. Je remercie également **toutes les patientes** de la clinique qui ont accepté de partager un peu de leur expérience avec moi, et sans qui ce projet n'aurait pas pu voir le jour.

Je remercie mes compagnons d'externat :

Floriane, pour les plus grands fou-rires, et cette D4 qu'on a traversée ensemble.

Baptiste, pour avoir su refaire le monde avec moi pendant des heures.

Hugo, toujours prêt à donner de sa joie de vivre et de sa bonne humeur si communicatives.

Clotilde, parce que des fois « on oublie », et puis on se rappelle devant une tasse de thé …

Je remercie mes compagnons d'internat :

Dorine pour avoir été la meilleure coéquipière de galères mais aussi ma plus grande confidente pendant ces 3 années. (A très vite, c'est promis !)

Benoît et **Charlotte**, mes anges-gardiens à Nîmes. (Vous êtes merveilleux, surtout ne changez rien !)

Je remercie mes compagnons de toujours :

Mathilde E, pour son soutien indéfectible et inconditionnel depuis 15 ans (Et ce n'est que le début !).

Mathilde B, loin des yeux mais toujours dans le cœur (Tu me manques).

Elodie, Claire et **Delphine**, petites bouffées d'air frais pour me rappeler que dans la vie il y a plein d'autres choses que la médecine.

Je remercie **Valérie, Alain, Mathilde, Samy** et **Romain** pour leur accueil toujours plus chaleureux et leur profonde gentillesse.

Je remercie **mes parents** pour les valeurs qu'ils ont su me transmettre : volonté, rigueur et intégrité. (*Merci à mon Papa de m'avoir appris le goût du travail bien fait et de la tâche accomplie que je savoure aujourd'hui mieux que jamais !*)

Je remercie **mes frères et sœurs**, qui me rendent fière tous les jours : je vous aime.

Je remercie **ma petite Mamie**, présence inconditionnelle et rassurante. (J'espère savoir veiller sur toi aussi bien que tu as veillé sur moi.)

Enfin, je remercie **Jean** pour son aide dans l'élaboration de la table des matières et le calcul de la durée des entretiens… Mais je le remercie aussi de savoir m'aimer, me faire rire, me rassurer, m'encourager et me supporter au quotidien, de près ou de loin. *J'espère que tu seras là, toujours.*

Serment D'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement la vie, ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

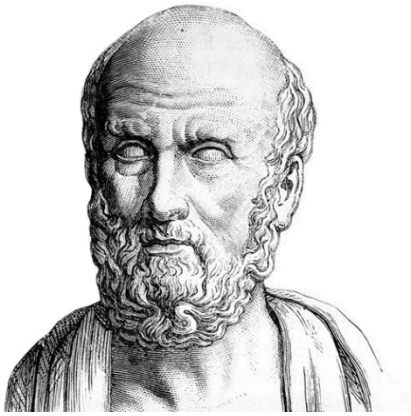


TABLE DES MATIERES

PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION

I) L'anorexie mentale 23

1) Définition 23

2) Aspects épidémiologiques 24

3) Physiopathologie 25

a. Mécanismes neurobiologiques 25

b. Histoire de la maladie 30

4) Complications et évolution : 32

5) Etat des lieux actuel 32

a. L'influence des réseaux sociaux 32

b. L'impact de la mode et des médias 33

c. La pression d'un mode de vie sain … Dans un environnement du « tout disponible » 34

d. L'anorexie mentale : épidémie moderne ou maladie ancestrale ? 34

II) La relation médecin-patient en médecine générale 36

1) Définition de la relation médecin-patient 36

2) Etat des lieux actuel 36

III) Anorexie mentale et médecine générale : problématiques 38

1) La place du médecin généraliste dans le repérage précoce 38

2) Le médecin généraliste, pivot de la prise en charge multidisciplinaire ambulatoire 39

La place particulière du médecin traitant dans la relation de confiance 41

Mais les médecins généralistes sont-ils armés pour faire face à l'anorexie mentale ? 41

DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODE

I) Aspects réglementaires et éthiques 44

1) Avis du Comité d'Ethique (cf annexe 4) 44

2) Information et consentement (cf. annexe 2) 44

3) Confidentialité 44

II) Procédure de recueil des données : 44

1) Le guide d'entretien : (cf. annexe 1) 45

2) La fiche de recueil d'informations (cf. annexe 3) 45

III) Population de l'étude : 45

1) Echantillonnage des participants 45

2) Caractéristiques des participants 46

a. Sexe 46

b. Age 46

c. Prise en charge hospitalière 47
d. Durée de la prise en charge de l'anorexie mentale 47
e. Autre professionnels de santé libéraux consultés 48
f. Place du médecin traitant dans la prise en charge 49
IV) Méthodologie analytique : 50

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

I) Réponse à la question de recherche 53
1) Les apports du médecin traitant pour le patient anorexique. 53
2) Les attentes relationnelles du patient envers le médecin traitant 54
3) De nombreux écueils peuvent altérer la relation médecin-patient 56
4) La relation médecin-patient à la lumière de l'anorexie 57
II) Point de vue des patientes sur les différentes options thérapeutiques possibles 60

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION

I) Les points forts 63
II) Les points faibles 63
III) Ressenti de l'investigatrice 64
1) Par rapport à la réalisation des entretiens. 64
2) Par rapport à la réalisation de l'analyse phénoménologique 65
IV) Propositions d'ouverture 66
1) Quels sont les déterminants de la motivation des médecins généralistes face à l'anorexie mentale ? 66
2) L'évolution de la médecine générale nuit-elle à la prise en charge de l'anorexie mentale ? 66
3) Comment améliorer la communication interprofessionnelle en ambulatoire ? 66
4) Améliorer la formation des médecins généralistes autour de l'anorexie et des TCA : un enjeu 67

CINQUIEME PARTIE : CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 70
ANNEXES : 73
ANNEXE 1 : Le guide d'entretien 74
ANNEXE 2 : Le Formulaire d'information et de consentement 77
ANNEXE 3 : La fiche de recueil d'informations 80
ANNEXE 4 : L'aval du comité d'éthique 82
ANNEXE 5 : Sélection d'entretiens contributifs 83
ANNEXE 6 : Tableaux de résultats de l'analyse qualitative des verbatim 103

ABREVIATIONS

AM : Anorexie mentale

TCA : Troubles du comportement alimentaire

MT : Médecin traitant

PREMIERE PARTIE :

INTRODUCTION

I) L'anorexie mentale

1) Définition

L'anorexie mentale est à la fois une pathologie du corps et de l'esprit, impliquant ainsi la part somatique et la part psychique d'un même individu dans une pathologie unique.

Définition de l'Anorexie mentale dans le DSM-V (2013) :

- A : Restrictions énergétiques, conduisant à un poids corporel significativement bas en fonction de l'âge, du sexe, de la trajectoire développementale ainsi que de la santé physique
- B : Peur intense de prendre du poids ou de devenir grosse, ou comportements persistants allant à l'encontre de la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
- C : Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque persistant de reconnaître la gravité relative à la maigreur actuelle

Il existe deux principales formes d'anorexie mentale :

- l'anorexie restrictive pure dans laquelle le malade perd du poids par la réduction drastique de ses apports énergétiques et des stratégies d'augmentation des dépenses
- l'anorexie purgative où interviennent des méthodes compensatoires aux accès de prise alimentaire (comme les vomissements provoqués ou l'utilisation de diurétiques et de laxatifs.)

Deux modifications ont été faites par rapport à la définition précédente du DSM-IV TR (2000) afin de mieux spécifier le trouble : (1)

- Tout d'abord la notion d'aménorrhée a été supprimée de la définition, car elle est secondaire à l'état de dénutrition et non spécifique à l'anorexie mentale. De plus, elle est variable et exclue les hommes et les jeunes filles non encore pubères qui peuvent également être sujets à l'anorexie mentale.
- D'autre part, les notions de trajectoire développementale et de santé physique ont été ajoutées afin de contourner les situations de maigreur constitutionnelle non associées à un trouble du comportement alimentaire, et d'insister sur le caractère pathologique de l'anorexie mentale (il n'est plus uniquement question d'IMC bas mais également d'une répercussion sur la santé de l'individu)

2) Aspects épidémiologiques

Lors de la rédaction de ce travail, j'ai trouvé peu de sources épidémiologiques fiables et récentes. La nette variation de prévalence de cette pathologie entre l'adolescence et l'âge mur est responsable d'une grande hétérogénéité des populations entre les différentes études. La plupart des travaux rencontrés concernent des populations adolescentes, quelques études incluent des patients jusqu'à 65 ans. Le peu de travaux réalisés en population générale sont biaisés par le caractère egosyntonique et le déni propres à l'anorexie mentale, probablement responsables d'un sous-diagnostic. (2)

- Incidence :

D'une façon générale, on peut dire que l'anorexie mentale est une pathologie rencontrée principalement chez l'adolescent et l'adulte jeune (environ 85% des cas surviennent entre 15 et 25 ans) (3), avec un pic d'incidence variable selon les études mais se trouvant en moyenne aux alentours de 16 ans. (4) D'autres études retiennent 2 sous-pics dans l'adolescence, à 14 ans et à 18 ans (avec comme facteur déclenchant fréquemment retrouvé une étape scolaire charnière telle que le baccalauréat ou l'entrée dans les études supérieures.)

- Prévalence :

En 2013, la prévalence chez les adolescents français de 12 à 17 ans était estimée à 0,5% des filles et 0,03 % des garçons. (3) L'anorexie mentale est donc prédominante chez les femmes (entre 8 et 9 femmes pour 1 homme tous âges confondus) citer (3,5)

Il existe par ailleurs de nombreuses formes sub-syndromiques, des tableaux « limites » où les patients maintiennent un poids à la limite de la normale en nourrissant des préoccupations corporelles et alimentaires pathologiques intimes sans que ne soit posé de diagnostic d'anorexie mentale selon les critères du DSM. Ces formes sub-syndromiques sont favorisées par l'injonction de maigreur suscitée par les médias et le monde de la mode (cf I,5). On estime qu'1/3 des jeunes filles auraient des préoccupations corporelles et 20% adopteraient des conduites de restriction et de jeûne. (5)

- Taux de mortalité

Les patients atteints d'AM ont le plus grand taux de mortalité de l'ensemble des patients atteints de troubles psychiatriques, notamment du fait d'un taux très élevé de suicides mais également de plus rares décès par les complications de la dénutrition et les troubles métaboliques qui en découlent. Le taux de mortalité est de 5 à 10% dans les 10 ans suivant le diagnostic d'un premier épisode d'anorexie mentale. (3)

- Influences socio-économiques

Certaines études suggèrent l'influence d'un milieu socio-économique parental élevé dans le développement de la maladie, qui pourrait être lié à une éducation stricte et rigoureuse (2). D'autres études toutefois infirment cette théorie. On retrouve cependant une pression de réussite et d'excellence quasi-constante chez les patients atteints d'anorexie mentale.

3) Physiopathologie

a. Mécanismes neurobiologiques

De nombreuses études ont tenté de déterminer les acteurs neurobiologiques dans l'anorexie mentale. Il s'agit d'une pathologie au mécanisme unique où le conflit mental prend le dessus sur le comportement naturel de l'individu mais aussi sur l'instinct de survie et le fonctionnement physiologique du corps. Les différents travaux de recherche évoquent des altérations du système de la récompense, mais aussi un phénomène addictogène lié à l'état de jeûne.

- Introduction schématique :

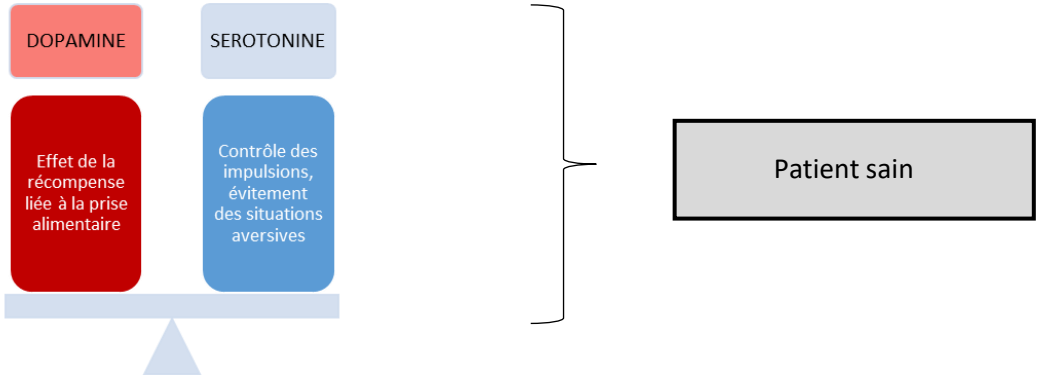


Schéma du système de la récompense appliqué au comportement alimentaire chez l'individu sain : Equilibre des neurotransmetteurs dopaminergiques et sérotoninergiques.

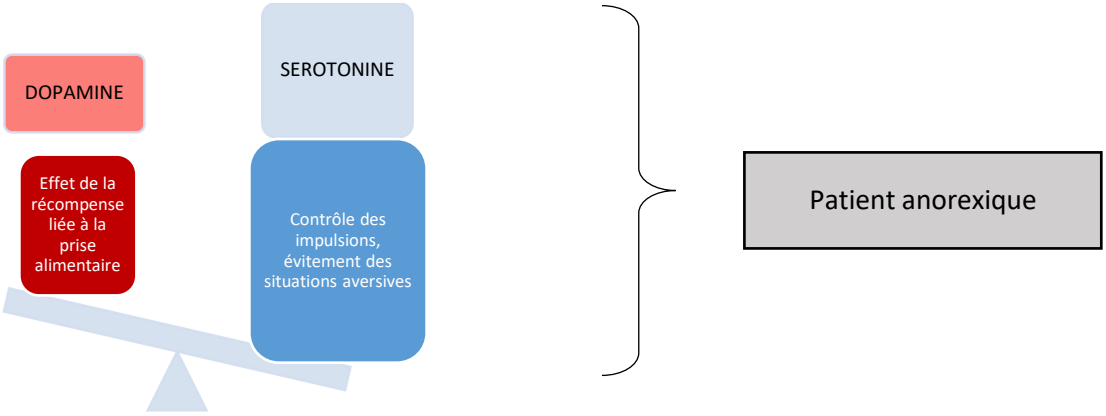


Schéma du système de la récompense appliqué au comportement alimentaire chez l'individu atteint d'anorexie mentale : Déséquilibre du système avec une prépondérance du système sérotoninergique, et une diminution de l'effet du système dopaminergique conduisant à une érosion de l'effet de récompense en parallèle d'un comportement d'évitement excessif, avec excès de contrôle des impulsions.

- <u>Altérations du système de la récompense : sensibilité à la punition et Harm Avoidance</u> :

Un même évènement de vie, un échec social ou professionnel, sera ressenti comme plus punitif et aura un retentissement émotionnel plus intense chez un patient atteint d'anorexie mentale que chez un sujet sain. (6) Ainsi, une prise de poids même minime sera ressentie comme un évènement catastrophique chez le patient malade, tandis que le patient sain saura mieux y faire face et relativiser le gain de poids. Un patient anorexique qui, à bout de nerfs et de restriction cognitive craquerait pour une tablette de chocolat vivrait cela comme un échec violent, ce qui le conduirait par la suite à avoir une conduite purgative ou à accentuer encore plus sa restriction alimentaire. (Il a été montré notamment que la sensibilité à la punition était encore plus grande chez les patients présentant des comportements de purge (6)).

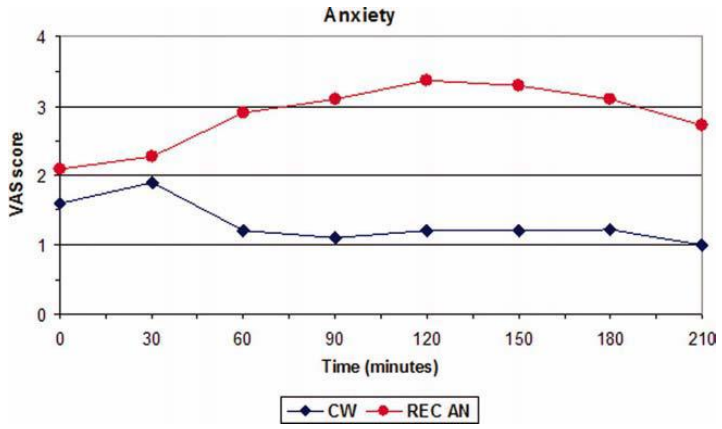
Cela mène directement au phénomène de Harm Avoidance (évitement de la souffrance), qui s'avère être également très marqué chez les patients atteints d'anorexie mentale. La souffrance morale ressentie par le malade lors d'une prise alimentaire jugée excessive sera telle qu'il évitera ensuite à tout prix d'y être à nouveau exposé : Eviter la nourriture pour éviter la souffrance. (6,7)

- <u>Altérations du système de la récompense : Rôle de la dopamine</u>

La dopamine est un neurotransmetteur intervenant dans la motivation des actes. Elle permet à notre cerveau d'identifier le caractère hédonique de l'alimentation, et donc d'y revenir par la suite. Elle est

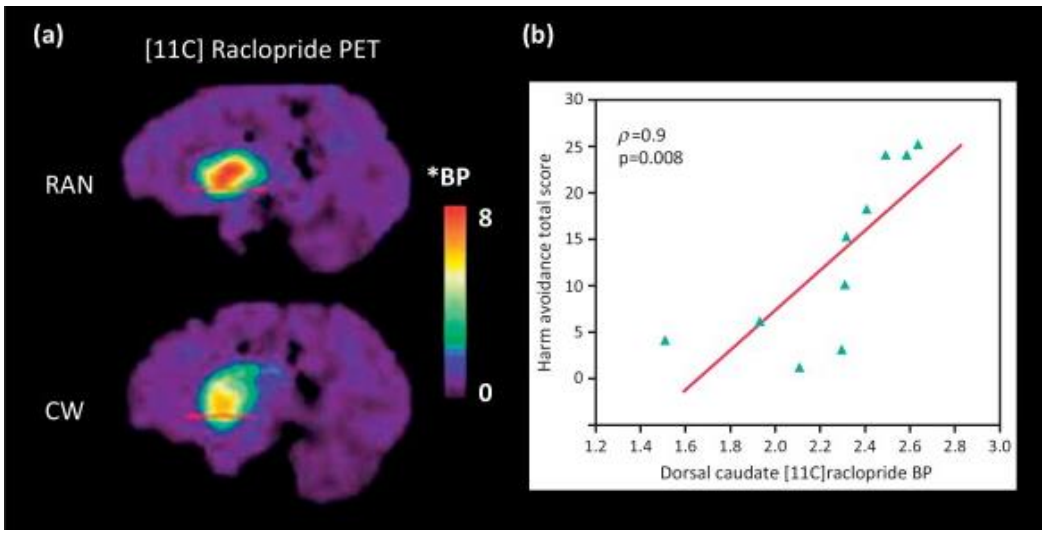
le médiateur par lequel nous associons la prise alimentaire à une « récompense » au niveau du striatum ventral.

Des études utilisant une technique de PET-Scan avec marquage par Raclopride (antagoniste des récepteurs à la dopamine qui vient se fixer par compétition à la dopamine sur ses récepteurs) ont mis en évidence que chez des sujets guéris de l'anorexie la libération de dopamine induite par une administration d'amphétamine au niveau du striatum ventral est associée à un sentiment d'anxiété, alors que chez les sujets sains la libération de dopamine provoque bien le sentiment d'euphorie attendu. (7)
On peut ainsi souligner le caractère anxiogène de l'alimentation chez des patients anorexiques, secondaire à la libération de dopamine au niveau synaptique.



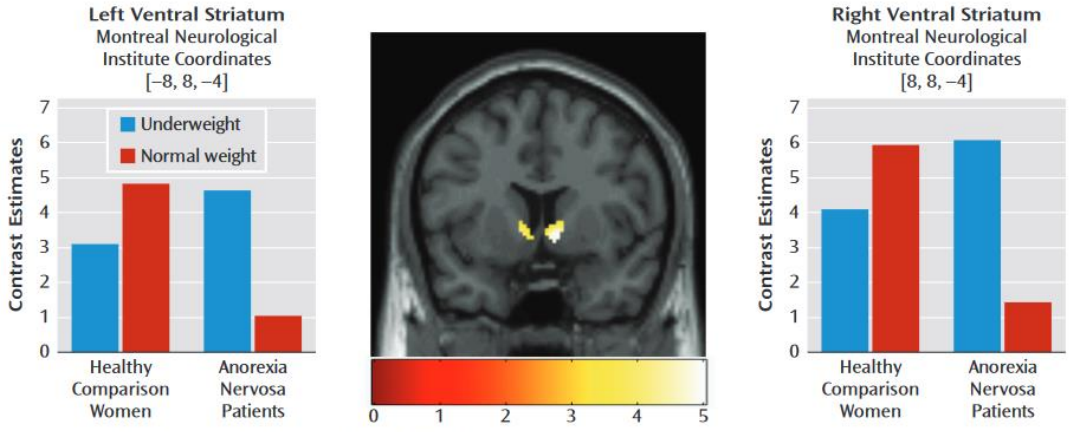
Corrélation entre le niveau d'anxiété provoqué par un relargage de Dopamine intra-synapatique entre des patientes guéries de l'anorexie mentale (REC-AN) et un groupe de patientes-contrôle (CW). Le niveau d'anxiété est auto-évalué par une échelle visuelle analogique (VAS-score).(8)

Par ailleurs, il a été mis en évidence une augmentation de la fixation du Raclopride au niveau des recepteurs D2/D3 de la dopamine chez des patientes en rémission d'anorexie mentale (9). Le Raclopride étant antagoniste des récepteurs dopaminergiques, il vient en compétition de la dopamine pour se fixer à ses récepteurs. L'augmentation du marquage du Raclopride suggère plusieurs hypothèses physiopathologiques non encore élucidées : il pourrait exister une baisse du taux de dopamine intra-synaptique, ou bien une augmentation de la densité des récepteurs dopaminergiques dans cette région, ou encore augmentation de l'affinité des récepteurs pour la dopamine.



a) Comparaison du potentiel de liaison du Raclopride aux récepteurs D2/D3 de la dopamine entre des patientes guéries de l'anorexie mentale (RAN) et des patientes-contrôles (CW) (9)
b) Corrélation entre Harm Avoidance et potentiel de fixation du Raclopride dans le noyau caudé chez des patientes guéries de l'anorexie mentale. (9)

Fladung et al. ont utilisé l'IRM fonctionnelle pour mettre en évidence les différences de stimulation cérébrale chez des patientes atteintes d'anorexie versus un groupe de témoin à la visualisation de vignettes illustrant des corps de poids variable (10). Le contraste observé au niveau du striatum ventral était significativement plus important chez les patientes anorexiques face à l'image d'un corps en sous-poids (IMC inférieur à 16 kg/m2) par rapport à la visualisation d'un corps de poids normal (IMC entre 19 et 23 kg/m²). L'inverse était constaté dans le groupe de patientes-contrôles saines.



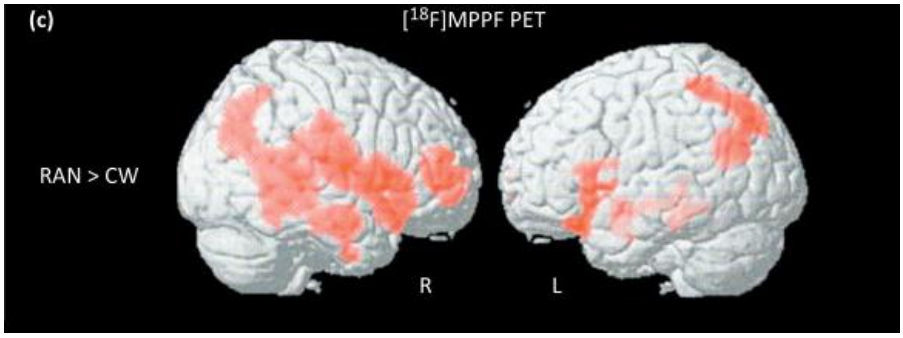
[1] Data represent analysis of interaction between factor stimulus and group.

Contraste en IRM fonctionnelle au niveau du striatum ventral lors de la présentation visuelle de corps féminins en sous-poids et de poids standard à deux populations de patientes : patientes anorexiques mentales et patientes saines. (10)

- Altérations du système de la récompense : Rôle de la sérotonine

La sérotonine est le neurotransmetteur médiateur du contrôle des impulsions, et du signal de punition. Elle intervient par exemple dans l'adaptation de l'animal aux environnements aversifs et aux expériences à caractère péjoratif. On pourrait utiliser comme analogie au rôle de la sérotonine le dicton « chat échaudé craint l'eau froide ».

Il a été mis en évidence une hyperpolarisation sérotoninergique au niveau des neurones préfrontaux chez les patients atteints d'AM, mais le taux de transporteur de la sérotonine chez les patients anorexiques est le même que chez les sujets sains, excluant l'hypothèse d'une concentration plus élevée de la sérotonine chez les patients malades. La différence résiderait dans le fait que le transporteur 5HTT se lierait préférentiellement à la sérotonine de type 5-HT 1a (et moins à la sérotonine 5-HT2a) chez les patients anorexiques, responsable d'une hyperpolarisation préfrontale (7).



Cartographie de la différence d'hyperfixation 5-HT1A entre des patientes guéries de l'anorexie et des patientes-contrôles. (Les zones matérialisées en rouge sont les régions pour lesquelles les patientes anorexiques ont une fixation plus importante que les témoins, c'est-à-dire le cortex temporo-frontal, le complexe hypothalamus-amygdale et la jonction temporo-pariétale.) (9)

A noter qu'une grande partie des études des phénomènes cérébraux a recours à des patients guéris de l'anorexie (REC-AN) plutôt que des patients en phase aiguë de la maladie. Cela permet de mettre en évidence à la fois le caractère intrinsèque de ces modifications cérébrales (c'est à dire leur caractère pré-morbide : il existe un terrain cérébral au développement de l'anorexie mentale) mais également de prouver que les résultats obtenus ne sont pas induits par l'état de dénutrition et de maigreur.

b. Histoire de la maladie

- Caractéristiques pré-morbides

Du point de vue phénotypique, les ¾ des patients atteints de TCA ont en commun plusieurs traits de caractère parmi lesquels : un manque de confiance en soi, un manque d'estime de soi, un manque d'affirmation de soi, un sentiment de honte, un besoin de contrôle, un perfectionnisme sévère, une grande psychorigidité, une intolérance à l'incertitude…(11) Ces caractéristiques pré-morbides sont souvent intrinsèques à l'individu, et persistent après rémission. (C'est ce que montrent les études réalisées sur patientes « REC-AN »). Elles font partie intégrante du tempérament du patient, peuvent se développer ou s'accentuer selon le modèle éducatif ou la survenue de traumatismes de vie. Ces caractéristiques créent un climat propice au développement d'un TCA.

- Adolescence, modifications hormonales et image de soi

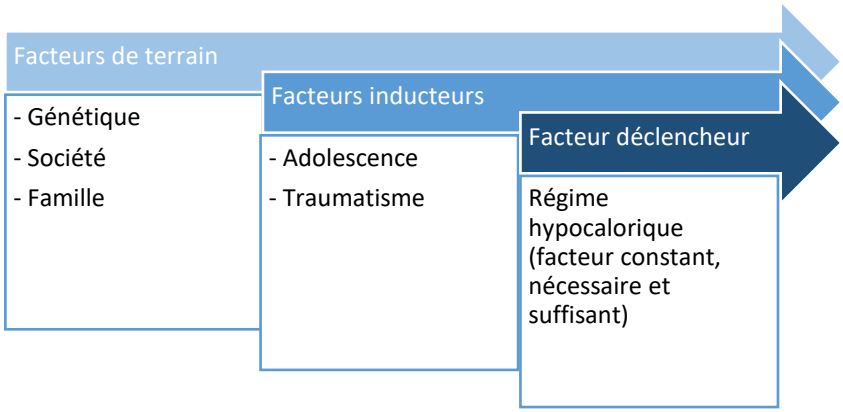
Le pic d'incidence à l'adolescence s'explique en partie par les modifications du corps de la jeune femme sous l'effet de la puberté. Les oestrogènes installent le tissu adipeux sur les hanches et la poitrine, la jeune femme prend du poids alors même qu'elle mange moins car la croissance, grande consommatrice d'énergie, s'arrête à petit feu. Des commentaires anodins de l'entourage, sans pour autant vouloir blesser, peuvent avoir un effet dévastateur sur l'image que l'adolescente a de son nouveau corps qu'elle a encore du mal à s'approprier et peuvent conduire rapidement au développement d'une dysmorphophobie.

De plus, l'adolescence est une période charnière dans l'élaboration de l'image de soi. L'image de soi se construit par ce que nous ressentons de nous-même, mais aussi par l'image que le monde nous renvoie de nous. Ainsi, des messages contradictoires venant de l'entourage ou de l'environnement peuvent perturber la représentation de soi. L'image que la jeune fille a d'elle (« je suis grosse, difforme ») ne correspond alors pas à celle que lui renvoient ses proches (« tu es jolie, tu grandis »), ni à son reflet dans le miroir. Qui est-elle exactement ? Comment est-elle ? Quelles sont ses véritables limites corporelles ? Ainsi s'installent un peu plus profondément les caractères dysmorphophobiques, puis par la suite les obsessions corporelles dans une quête de la vérité sur son corps (pesées répétitives, périmètre brachial, …) (11)

Enfin l'adolescence est aussi l'âge des conduites à risques, de la mise en danger et de la recherche de limites.

Dans leur ouvrage *Faire face aux troubles alimentaires*, les auteurs décrivent 3 groupes de facteurs intervenant dans le développement d'un TCA, quel qu'il soit (11) :

- Des facteurs de terrain, qui constituent les fondations. Il s'agit du patrimoine génétique, de l'environnement familial et de l'influence sociale. En effet, les TCA de tous types sont souvent récurrents dans une même famille, parce qu'il existe un terrain génétique commun, une éducation et un mode de vie semblable. On peut citer par exemple la petite fille qui imite les préoccupations physiques de sa mère, ou bien la mère qui cuisine à part de la salade « pour les filles ».
- Des facteurs inducteurs, considérées comme facilitants, tels que le climat conflictuel de l'adolescence et la survenue d'éventuels traumatismes comme une agression sexuelle ou physique, la perte d'un proche, un évènement familial, une trahison … Bien que souvent étroitement liés au développement d'un TCA, ce type de traumatisme n'est identifié que dans 15% des cas.
- Un facteur déclencheur unique, qui joue le rôle de détonateur et signe la bascule dans la spirale de l'anorexie mentale : la mise en place d'un régime hypocalorique, volontaire dans 80% des cas, il peut parfois être involontaire lorsqu'il démarre par une anorexie de dépression par exemple.



Facteurs concourant à l'installation du TCA : Schéma inspiré de l'ouvrage « Faire face aux troubles du comportement alimentaire » Pr Daniel RIGAUD, Angélique GIMENEZ, Dr Alain PERROUD, Editions Retz 2016.

Pour clore ce chapitre, citons quelques auteurs qui soulignent ce que l'on oublie parfois : l'anorexie n'est pas un choix *:*

« Elles ne choisissent pas, elles sont sous l'emprise d'un sentiment de menace auquel elles répondent. C'est une réponse plus biologique que pensée, que raisonnée. Elles répondent ainsi puisqu'on est programmé ainsi : si l'on vit dans un état d'angoisse, des mécanismes se mettent en place pour diminuer l'angoisse. » (12)

« La personne qui souffre d'un TCA ne le fait jamais exprès. […] La personne atteinte de TCA en souffre et ne sait pas pourquoi elle le fait. » (11)

4) Complications et évolution :

Les complications de l'anorexie mentale sont nombreuses. Elles peuvent être secondaires à la dénutrition (carences vitaminiques, ostéoporose précoce, dégradations de l'état bucco-dentaire, hypofertilité avec perte de la fonction ovulatoire…), mais également aux troubles métaboliques a fortiori en cas de conduites purgatives (hypokaliémie, hypocalcémie, …) La mort peut survenir à la suite de ces complications somatiques mais également de façon assez fréquente par suicide du fait de la grande détresse psychologique induite par la maladie.

Ces patients requièrent donc un suivi médical rigoureux et régulier qu'ils peinent souvent à assurer sans stimulation extérieure compte-tenu du déni que leur impose la maladie.

L'évolution est variable selon le degré de sévérité de la maladie et la qualité de la prise en charge. Elle se découpe classiquement en 3 grands groupes :

- 30% des patients guérissent
- 30% alternent des périodes de rémission et de rechute émaillées d'éventuels épisodes boulimiques avec des variations de poids parfois importantes.
- 30% évoluent vers une aggravation constante avec un enkystement du trouble, pouvant aller jusqu'au décès.

5) Etat des lieux actuel

a. L'influence des réseaux sociaux

Ces dernières années, les réseaux sociaux tels que Facebook, Instagram, Pinterest … ont pris une ampleur grandissante, surtout dans la population adolescente. C'est le lieu de l'expression du narcissisme (par les selfies), et de de la compétition (celui qui aura la vie la plus épanouissante, le plus grands nombres d'amis…). Comme nous l'avons développé dans le chapitre précédent, les individus présentant un tempérament, perfectionniste - voire compétitif - et une estime de soi fragile, seront particulièrement vulnérables à ces messages et plus à même de développer un TCA.
Une étude incluant 1765 individus entre 19 et 32 ans a mis en évidence une relation linéaire entre le temps passé sur les réseaux sociaux (modélisé à la fois par le volume horaire mais aussi la fréquence de consultation des réseaux) et la préoccupation vis-à-vis de l'alimentation. (13) L'odds-ratio entre le temps passé quotidiennement sur les réseaux sociaux et la probabilité de présenter des préoccupations alimentaires était de 2,55. Pour ce qui est de la fréquence hebdomadaire de consultation des réseaux sociaux, l'odds-ratio était de 2,18. Le principal défaut de cette étude était

toutefois de ne pas conclure sur le sens du lien de causalité : la fréquentation des réseaux provoque-t-elle plus volontiers des préoccupations autour de l'alimentation, ou bien sont-ce les individus se souciant de leur alimentation qui sont plus à même de consulter les réseaux sociaux ?

b. L'impact de la mode et des médias

Tous les médias actuels, qu'il s'agisse de la presse, de la télévision, d'internet, véhiculent une image de la femme présentant un corps « parfait », sans marque, sans cicatrice, sans cellulite, sans défaut. La comparaison consciente ou inconsciente à ces modèles affichés dans la rue, à la télévision, dans les magazines, conduit au développement de caractères dysmorphophobiques, prépondérants dans l'anorexie mentale. La dysmorphophobie est une préoccupation démesurée manifestée par un individu au sujet de l'aspect disgracieux de son corps ou d'une partie de son corps, sans fondement objectif. Une étude réalisée en 2017 par une équipe britannique a mesuré les mensurations des mannequins des vitrines de 17 magasins dans deux villes d'Angleterre. Au total, 58 mannequins ont été mesurés et 100% des mannequins féminins présentaient un IMC < 18,5 kg/m², correspondant à un état de maigreur. (Contre seulement 8% des mannequins masculins). (14)

Devant l'impact manifeste de cette « maigreur exposée », le gouvernement français a proposé de légiférer. Les articles 19 et 20 de la Loi Marisol Touraine (issus de la Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, plus communément appelés « Loi mannequins »), ont été votés par l'assemblée en mars 2015 mais ne sont entrés en vigueur qu'en octobre 2017, soit après 2 ans et demi de délibérations parlementaires quant à leurs modalités d'application.

- Article 19 de la Loi Marisol Touraine : *« La mention « Photographie retouchée » prévue à l'article L. 2133-2, qui accompagne la communication commerciale, est apposée de façon accessible, aisément lisible et clairement différenciée du message publicitaire ou promotionnel* » (15)

- Article 20 de la Loi Marisol Touraine : *« Dans le cadre des visites d'information et de prévention ou des examens médicaux d'aptitude […] du code du travail, les services de santé au travail vérifient que l'état de santé global de la personne âgée de plus de 16 ans, évalué notamment au regard de son indice de masse corporelle, lui permet l'exercice de l'activité de mannequin. Le certificat médical […] est délivré par un médecin […] Il demeure valable pour une durée qui tient compte de l'état de santé du mannequin et qui ne peut excéder deux ans. […] L'indice de masse corporelle est pris en compte, en particulier lorsque sa valeur se rapproche d'une maigreur*

modérée à une maigreur sévère après l'âge de 18 ans et qu'elle est inférieure au 3e percentile des références françaises pour l'âge et le sexe. » (16)

L'IMC dont il est question dans l'article est celui correspondant au 3ème percentile des références françaises pour l'âge et le sexe, c'est-à-dire à une valeur de 18,5 kg/m², définissant le seuil d'un état de maigreur.

c. La pression d'un mode de vie sain … Dans un environnement du « tout disponible »

Depuis quelques années, plusieurs mouvements soutiennent l'idéal d'un mode de vie sain, « healthy » en anglais. Il faut manger bio, éviter les pesticides et le glyphosate, faire attention aux dangers du lait, aux méfaits du gluten… Il faut également une pratique du sport intensive afin de pouvoir exposer à ses «followers » le « summer body » parfait qui suscitera l'envie des autres. Cette ligne de vie directrice est à l'origine de l'émergence d'un nouveau trouble alimentaire : l'orthorexie (obsession d'une alimentation saine et crainte déraisonnée d'aliments incriminés comme étant nocifs).
Mais en parallèle, l'industrie alimentaire fournit une offre chaque jour plus vaste de « produits-plaisirs », et la publicité alimentaire est omniprésente dans tous les médias. Les fast-foods et les hypermarchés continuent de se construire même dans les petites villes, et les services de livraison de repas à domicile sont en pleine explosion.

Certains auteurs soulignent ce phénomène et parlent de « *messages médiatiques schizophrènes* », qui opposent la quête d'un mode de vie sain à l'idée de l'alimentation-plaisir à disposition immédiate (11). Nous pouvons également citer Boris Cyrulnik et Patrick Lemoine (12) : « *Notre société de consommation accentue la place d'une oralité avide et génère à contre-courant la maîtrise des oralités* ». Ces messages contradictoires véhiculés tout autour de nous sont source de questionnements perpétuels autour de l'alimentation, puis du développement d'une anxiété à la recherche de la bonne attitude à adopter: « Que faire ? J'en ai envie, mais c'est mal », et ainsi du développement de troubles alimentaires voire de conduites boulimiques.

d. L'anorexie mentale : épidémie moderne ou maladie ancestrale ?

Comme nous l'avons explicité précédemment, l'importance du déni et des formes sub-syndromiques rend difficile l'estimation objective de la prévalence de l'anorexie mentale. Les études épidémiologiques trouvent des chiffres variables, d'autant qu'elles incluent des classes d'âge pas toujours semblables. Nous pouvons toutefois affirmer (comme dans beaucoup de pathologies) une

augmentation des chiffres de l'incidence du fait d'une meilleure information sur la maladie et donc d'une augmentation du diagnostic et du suivi. (2)
Il n'existerait donc pas de véritable épidémie moderne d'anorexie. C'est ce que corrobore la revue de la littérature réalisée par la HAS dans l'argumentaire pour les Recommandations de Bonne Pratique de 2010. (5)

Le Dr Eric MARSAUDON, dans son ouvrage : *Anorexie mentale, comprendre pour mieux accompagner* appuie ce propos des nombreuses descriptions historiques de la maladie. (17) Il est en effet édifiant de constater les différentes interprétations de la maladie au cours des siècles. La première description faite par Avicenne au XIème siècle classe l'anorexie mentale dans le groupe des maladies psychiques secondaires à un « désordre amoureux ». Au Moyen-Age, l'empreinte religieuse s'empare de la maladie qui est à tour de rôle considérée comme « miraculeuse » (*Anorexia Mirabilis*, pouvoir divin de se priver du besoin vital de manger), et diabolique (un être humain capable de vivre sans s'alimenter ne peut-être que l'allié de Satan). On peut citer l'exemple de Catherine de Sienne (1347-1380) dont l'abstinence alimentaire déchaîna les passions. C'est Richard Morton qui en 1689 mit le premier le doigt sur une origine psychiatrique du trouble qu'il appelle alors « Phtisie nerveuse » (17)

Malheureusement, l'Humanité s'éloignera à nouveau de l'origine psychiatrique de la maladie en tentant ensuite pendant deux siècles de rechercher systématiquement une cause organique aux anorexies rencontrées (manifestation de la tuberculose, trouble sécrétoire, dysfonctionnement pituitaire…). Il était alors difficile pour l'Homme de concevoir que le *primum movens* d'une telle privation de nourriture pouvait résulter d'autre chose que d'une altération physiologique du mécanisme de faim.

Au XIXème siècle, Georges Gilles de la Tourette et Jean-Martin Charcot partagent les concepts de la honte du corps, et de la peur d'une prise de poids déformante. Charcot pointe du doigt le caractère obsessionnel de la perte de poids et suggère le premier l'isolement total des patientes dans un but thérapeutique. (12) Dans le même temps en Autriche l'impératrice « Sissi » (Elisabeth de Wittelsbach) se voyait envoyée au sanatorium pour soigner sa maigreur attribuée à un état tuberculeux, alors même qu'elle faisait preuve d'une restriction alimentaire sévère et d'une hyperactivité physique dans un objectif de contrôle drastique de son apparence. (17)

Donc bien que les déterminants environnementaux actuels semblent autant de portes d'entrée possibles pour l'installation d'une anorexie mentale, nous ne bénéficions actuellement pas de preuve

scientifique fiable d'une augmentation de la prévalence de la maladie dans la population générale et des études prospectives de plus large envergure seraient nécessaires. (2)

II) La relation médecin-patient en médecine générale

1) Définition de la relation médecin-patient

La relation médecin-patient est une relation unique faisant interagir deux acteurs dans un but commun de soins.

Le rôle du médecin est souvent illustré par cette courte phrase : « *Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours* ». Autrement dit, le médecin n'est pas soumis à une obligation de résultat, mais à une obligation de moyen, qui est au minimum l'écoute et le soutien du patient, voire l'orientation vers un pair plus qualifié dans le cas où il ne saurait subvenir lui-même aux soins. Notons que ce dicton s'applique tout particulièrement à l'anorexie mentale, une maladie dont le pronostic de guérison est évalué à 1/3 des cas seulement (cf I, 2) mais qui nécessite un soutien et un accompagnement psychologique tout particuliers.
D'autre part, il ne saurait exister de relation médecin-patient sans confiance. Le patient soumet son corps et sa santé à la science du médecin et obéit aux prescriptions proposées sans même parfois en percevoir le fondement. Le médecin quant à lui se doit d'agir en toute honnêteté et avec probité. Au IVème siècle avant J.C., le Serment d'Hippocrate soulignait déjà le rapport de confiance et d'honnêteté qui doit nécessairement exister entre le médecin et son patient : « *J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. […] Je ne tromperai jamais leur confiance.* »

2) Etat des lieux actuel

On aurait pu définir précédemment la relation médecin-patient comme construite à partir d'une demande (celle du patient, malade) et d'une offre (celle du médecin) qui va lui procurer son expérience et son savoir dans un objectif commun de restauration de sa santé. Mais cette définition soulignerait le caractère marchand de la relation qui bien que souvent décrié, existe de fait puisque le médecin exerce ainsi son métier. Cette « marchandisation » a été accentuée par les axes politiques et économiques des années 1980-1990 qui ont promu un accès maximal aux soins de santé pour la population en France. (18) Ces choix gouvernementaux ont conduit à faire du médecin un prestataire de services pour une population d'usagers du système de santé, s'éloignant de l'image ancestrale du médecin altruiste procurant ses soins à l'indigent dans le besoin.

Toutefois, comme le souligne D.DAUSSY dans son travail sur l'insatisfaction dans la relation médecin-patient : « *La satisfaction du malade n'est pas une fin en soi car elle n'est pas le lieu de construction de la relation médecin-malade : le lien se structure autour de la santé du malade et non autour de la satisfaction de sa demande de soin* » (18)

Depuis maintenant 17 ans, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de Santé (Loi KOUCHNER) est un pas de plus qui affranchit la relation médecin-patient du paternalisme qui l'a longtemps habitée. Le patient a désormais le droit officiel de « *recevoir une information claire, loyale et appropriée* », il a également « *le droit de participer activement aux décisions médicales qui le concernent* » (article L.1111-4 du Code de la Santé Publique). Cette loi a permis à la relation médecin-patient de gagner en profondeur et en pertinence en devenant un dialogue entre deux individus vers une même quête du soins le plus approprié au patient. Le médecin a désormais un rôle de conseil, de soutien et d'aide à la décision. Par cette loi, le patient a également le choix du médecin et de l'établissement de santé qui le prend en charge. (Article L.1110-8 du Code de la Santé Publique.) (19)

Deux années plus tard, en 2004, une nouvelle loi s'attache cette fois à la réorganisation du système de santé et place le médecin traitant au centre de la coordination des soins :
Art. L. 162-5-3 : « *Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci* » (20). Pour favoriser le recours au médecin traitant, la loi prévoit un remboursement moindre des prestations et la possibilité de dépassements d'honoraires lorsque le patient a recours à des consultations de spécialistes de sa propre initiative sans orientation préalable par son médecin traitant. La consultation d'un médecin généraliste autre que le médecin traitant déclaré à l'Assurance Maladie se voit également remboursée dans une moindre mesure à l'usager. (20)
Depuis 2017, devant les bénéfices manifestes de la déclaration du médecin traitant dans la coordination des soins, l'Assurance Maladie a élargi ce principe à la population des enfants de moins de 16 ans, mais sans obligation de déclaration. (Il s'agit d'une déclaration facultative, n'engageant pas de conséquences sur les remboursements mais qui permet d'améliorer le suivi dès le plus jeune âge en ambulatoire)

III) Anorexie mentale et médecine générale : problématiques

1) La place du médecin généraliste dans le repérage précoce

Comme dans toutes les pathologies, le médecin traitant est le médecin du premier recours, et donc le premier œil diagnostic. L'anorexie mentale est caractérisée par un déni profond qui n'amènera que rarement le patient à consulter pour discuter très précisément de sa maladie. Selon certains auteurs, il existerait deux formes de déni (5) :

- un déni « non intentionnel » (conséquence direct de l'anosognosie et de la dysmorphophobie)
- un déni « délibéré » (comme moyen de défense identitaire et refus de se contraindre à la prise en charge)

C'est donc au médecin traitant de savoir détecter les signes précurseurs de l'anorexie mentale et d'instaurer le dialogue autour de la maladie lors d'une visite parfois anodine, de routine (vaccination…) ou pour une pathologie d'ordre somatique (virose…). Des travaux ont montré que dans les 5 ans précédant le diagnostic d'un trouble du comportement alimentaire, les patients ont tendance à consulter significativement plus souvent leur médecin traitant par rapport à des témoins sains, et pour des motifs « satellites » tels que des troubles gynécologiques ou psychiatriques. (21)

Par ailleurs, le médecin traitant de par son rôle de médecin « référent » et parfois même de « médecin de famille » est au premier rang pour déceler les patients fragiles. Il connaît bien les antécédents personnels de ses patients, leur histoire de vie mais également la dynamique familiale souvent intriquée dans le développement de TCA. Une attention toute particulière doit être portée aux populations à risque : adolescents, femmes jeunes, sportifs, danseurs et mannequins. (22)

Des questionnaires tels que le SCOFF-F ou le EAT-26 (Eating Attitudes Test) ont été développés afin de faciliter le diagnostic des TCA. Le score EAT-26 est plus performant mais moins facile à appliquer en pratique courante car il se compose de 26 questions assez précises sur les conduites alimentaires. Le SCOFF-F en revanche se compose de 5 questions simples à réponse fermée. Deux réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA :

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 ?*

Sa sensibilité pour détecter l'anorexie mentale en population étudiante (adolescents, jeunes adultes) est de 94,6% (5,23). Il a pour limites de ne pas typer le trouble du comportement alimentaire et d'occasionner des faux positifs. Il permet malgré tout un dépistage rapide et une ouverture de la discussion sur les préoccupations alimentaires du patient. Malheureusement, ce questionnaire est peu utilisé en pratique courante : 90% des médecins généralistes n'ont pas connaissance de l'existence de ce score diagnostic. (23)

Enfin il est important que le sujet du TCA soit abordé « *avec tact et sans stigmatisation* », par un praticien « *empathique et sans jugement* » (22). Le patient doit être informé des enjeux de la maladie, du déni dans lequel il peut se trouver et des possibilités thérapeutiques envisageables. La qualité du premier contact est déterminante pour le pronostic ultérieur. (5)

2) Le médecin généraliste, pivot de la prise en charge multidisciplinaire ambulatoire

- Intérêts de la prise en charge ambulatoire

La prise en charge de l'anorexie mentale peut se faire en ambulatoire via des consultations régulières chez différents professionnels de santé ou via des hospitalisations de jour, ou bien en hospitalisation complète. Des critères somatiques, psychiatriques et environnementaux définis par la HAS déterminent les cas graves nécessitant une hospitalisation complète (22). En dehors de ces situations particulières, la prise en charge ambulatoire ne semble pas inférieure à une hospitalisation complète, comme le souligne un travail de recherche incluant 172 patients randomisés en deux groupes. Un premier groupe recevait une pris en charge exclusivement hospitalière pendant une durée moyenne de 14 semaines, et l'autre groupe bénéficiait de 3 semaines d'hospitalisation puis d'un suivi ambulatoire. Au terme de l'étude, il n'existait pas de différence significative entre l'indice de masse corporelle des patients des deux groupes après un an de suivi, mais un score de bien-être plus élevé chez les patients suivis en ambulatoires. (24)
Ce résultats tendent à encourager tant que possible une prise en charge ambulatoire pour des raisons d'économie en Santé Publique, mais également pour le bien-être des patients en favorisant leur autonomie, leurs activités sociales et la conservation de leur environnement, bien qu'il existe des situations où l'hospitalisation peut être bénéfique afin de rompre avec un environnement délétère. Enfin, la sortie d'hospitalisation est souvent une épreuve pour les patients anorexiques, à cause d'une perte des repères lors du retour au « monde extérieur », et une hospitalisation de plus courte durée pourrait modérer ce phénomène.

- Importance d'une coordination pluri-professionnelle

Une étude américaine réalisée en 2017 a montré que parmi les jeunes praticiens de premiers recours qui identifiaient une anorexie mentale lors d'une première consultation, seulement 39 % adressaient le patient vers une thérapie mentale d'emblée (25).

« Du fait de l'étiologie multifactorielle du trouble et de ses conséquences multiples », la HAS préconise que la prise en charge de l'anorexie mentale soit assurée par un socle d'au moins deux professionnels de santé, incluant un psychiatre ou un psychologue ainsi qu'un un médecin somaticien (qui peut être le médecin généraliste ou bien un autre médecin, nutritionniste, pédiatre, endocrinologue…) (22)
Il est également précisé que c'est le médecin de premier recours (le médecin généraliste) qui a pour rôle de coordonner les soins ambulatoires multidisciplinaires *« par des échanges réguliers entre les intervenants, directs (informels, par téléphone ou lors de synthèses cliniques) ou par courriers* ».
Suite au constat de plusieurs travaux mettant en évidence le manque sévère de communication interprofessionnelle malgré une prévalence majeure des troubles mentaux en médecine ambulatoire, la HAS a publié en 2015 une note de cadrage en ce sens (26). Elle insiste sur l'amélioration à apporter dans la coordination des soins et les échanges entre le médecin généraliste et les différents acteurs de la prise en charge psychiatrique.

Enfin, il est recommandé que tout professionnel de santé n'ayant pas d'expérience dans le domaine des troubles du comportement alimentaire sache solliciter un confrère mieux expérimenté afin de prendre le relais et de ne pas laisser le patient sans un suivi approprié.

- Le dialogue « médecin généraliste – structure hospitalière »

Dans les situations d'hospitalisation, le rôle du médecin généraliste est également crucial. Il est le chemin d'entrée vers l'hospitalisation et doit savoir recourir à la structure adaptée lorsque la prise en charge ambulatoire ne suffit plus. Il est aussi à l'inverse un point d'ancrage nécessaire en sortie d'hospitalisation et doit pouvoir prendre le relais du suivi afin de pérenniser le gain de poids et éviter les rechutes lors du retour en ambulatoire.
L'anorexie mentale étant une maladie chronique, elle est émaillée de rechutes régulières et ce dialogue « médecin généraliste – structure hospitalière » est une condition indispensable à la bonne coordination des soins.

3) La place particulière du médecin traitant dans la relation de confiance

Les patients atteints d'anorexie mentale manquent foncièrement de confiance en eux (cf I,3). Cela les place généralement en retrait dans les relations sociales, avec une crainte aiguë du regard et du jugement d'autrui. Ils ont souvent des difficultés à identifier et à verbaliser leurs émotions, qui sont parfois la conséquence de dysfonctionnements relationnels familiaux ou bien d'antécédents émotionnels traumatiques. C'est pourquoi l'instauration d'une relation de confiance est primordiale afin de les accompagner d'abord vers la reconnaissance du trouble puis vers la volonté d'une prise en charge active.
Le médecin traitant, de par la relation de confiance qu'il a pu construire dans le temps avec le patient anorexique est le plus à même de tenir ce rôle de soutien et d'accompagnement.

La HAS laisse dans son Argumentaire pour la recommandation de bonne pratique de 2010 une large place à la notion d'alliance thérapeutique dans la prise en charge de l'anorexie mentale qu'elle définit comme : « *une indispensable directivité et fermeté, en même temps qu'un extrême respect de la capacité de l'anorexique à trouver en lui-même ce qui peut être bon et constructif pour lui* » avec comme condition « *la nécessité d'ajuster sans cesse la distance relationnelle en fonction des vécus d'intrusion et d'abandon toujours prêts à se manifester chez l'anorexique* » (5). On comprend bien ici la complexité que l'anorexie mentale impose dans la relation médecin-patient, mais également le poids du rôle attribué au médecin traitant en tant que pilier de cette alliance thérapeutique avec des patients préalablement fragilisés dans leurs interactions relationnelles avec eux-mêmes et avec autrui.

4) Mais les médecins généralistes sont-ils armés pour faire face à l'anorexie mentale ?

Eloignons-nous de la théorie précédemment décrite pour réfléchir à la pace réelle occupée par le médecin généraliste dans le parcours du patient anorexique. Le rôle du médecin traitant dans le parcours de soin semble en effet primordial, mais il apparaît que le médecin traitant est le premier intervenant de choisi pour seulement 37,5% des patients lors de la première consultation pour la problématique anorexique (27). Une fois le diagnostic posé et la maladie reconnue, les patients désignaient leur médecin traitant comme intervenant de choix dans seulement 25% des cas (ils se référaient plus volontiers au psychologue, au psychiatre, au diététicien…) (27)
En s'intéressant au point de vue des médecins généralistes, on constate que seulement 50% d'entre eux estiment leur rôle « souvent utile » dans la prise en charge de l'anorexie mentale (28). Si les médecins généralistes sous-estiment autant leur place, c'est en partie du fait d'un manque de compétences ressenti dans le domaine de l'anorexie : environ 80% des médecins généralistes trouvent

difficile ou très difficile la prise en charge des patients anorexiques, et près de 70% expriment un besoin de formation complémentaire dans le domaine. (28)

Donc par de nombreux points le médecin traitant occupe une place de choix dans le diagnostic, la prise en charge et le suivi de l'anorexie mentale, maladie chronique alliant une souffrance du corps et de l'esprit. Une alliance thérapeutique est alors indispensable entre les deux protagonistes, comme l'écrit J.S. Cadwallader : « *D'un côté une patiente prête à se livrer en dépassant le déni et le sentiment de honte, de l'autre côté, un médecin prêt à écouter, en dépassant son sentiment d'impuissance.* » (1)

L'objectif principal de ce travail est donc d'explorer l'expérience des patients atteints d'anorexie mentale dans leur relation avec leur médecin traitant afin de mettre en lumière les points forts mais également les écueils rencontrés dans la construction de cette alliance thérapeutique.

DEUXIEME PARTIE :

MATERIEL ET METHODE

I) Aspects réglementaires et éthiques

1) Avis du Comité d'Ethique (cf annexe 4)

Un dossier résumant le protocole d'étude a été transmis au comité d'éthique régional avec obtention d'un avis éthique favorable à la réalisation de l'étude.
Le Conseil a cependant suggéré de définir un échantillon raisonné au préalable, mais cela m'a été difficile car je ne pouvais pas anticiper la population que j'allais pouvoir recueillir à la clinique. J'ai préféré ne pas trop restreindre les critères d'inclusion *a priori*, de peur que peu de patientes acceptent de participer à mon étude.

2) Information et consentement (cf. annexe 2)

Avant de participer à l'entretien, le participant s'est vu remettre un formulaire d'information récapitulant la problématique posée, le déroulement des entretiens et la nature de la participation attendue. Mes coordonnées y étaient mentionnées en cas d'information complémentaire souhaitée a posteriori. Il y était fait mention de la liberté de changer d'avis, de se retirer de l'étude ou de refuser de répondre à une/des questions. Le document se terminait par un recueil signé et daté du consentement.
Le consentement était à nouveau recueilli par oral au moment du lancement de l'enregistrement.

3) Confidentialité

Les informations orales et écrites recueillies étaient anonymes et soumises au secret médical. Elles n'ont été accessibles qu'à moi-même et à ma directrice de thèse. Les informations enregistrées ont été détruites dès leur exploitation terminée.

II) Procédure de recueil des données :

Le recueil de données a été réalisé par des entretiens individuels semi-dirigés que j'ai menés selon un guide d'entretien comprenant 5 à 8 questions ouvertes en fonction des réponses données par le participant (cf. annexe 1). Il n'y avait pas de temps d'entretien prédéfini. Les entretiens étaient enregistrés sur dictaphone audio dans le but de les recueillir avec exactitude. Les participants remplissaient ensuite une fiche de recueil d'informations» anonyme. (cf. annexe 3) Les entretiens ont été réalisés dans une salle dédiée de la clinique Jouvence Nutrition (Messigny-et-Ventoux – 21 Côte d'Or) entre le 21 Janvier et le 13 Février 2019.

1) Le guide d'entretien : (cf. annexe 1)

Le guide d'entretien a été réalisé dans le but de répondre à la question de recherche.

Il se composait de 5 à 8 questions ouvertes intéressant :

- La représentation du patient sur la notion de «médecin traitant »
- Le récit de l'expérience personnelle du patient dans le diagnostic et la prise en charge de son anorexie mentale.
- Le recueil du point de vue critique du patient sur la prise en charge
- L'impact du diagnostic d'anorexie mentale sur la relation entre le patient et son médecin traitant

Ce guide d'entretien a été évalué et validé par un comité de pilotage incluant :

- Le Pr Bruno VERGES, chef du service d'endocrinologie au CHU de Dijon
- Le Pr Sébastien GUILLAUME, psychiatre au CHU de Montpellier
- Le Dr Baptiste LEVEQUE, psychiatre à la clinique Jouvence Nutrition
- Le Dr Laëtitia LEGENDRE, médecin généraliste somaticien à la clinique Jouvence Nutrition
- Le Dr Philippe SERAYET, médecin généraliste et référent du comité d'éthique du CNGE au DMG de Montpellier-Nîmes
- Le Dr Agnès OUDE-ENGBERINK, médecin généraliste et chargée de mission « thèses et recherche qualitative » au DMG de Montpellier-Nîmes
- Le Dr Marie PANTHENE-CHALAUD, médecin généraliste à Uzès et directrice de ce projet

2) La fiche de recueil d'informations (cf. annexe 3)

Les informations écrites recueillies dans ce formulaire de 8 questions étaient anonymes et avaient pour but de caractériser les participants. Il a été décidé de faire remplir cette fiche après les entretiens, afin d'instaurer au préalable une relation de confiance plutôt que de soumettre le patient à un interrogatoire écrit d'emblée.

III) Population de l'étude :

1) Echantillonnage des participants

L'échantillonnage était composé de personnes majeures ayant eu un diagnostic d'anorexie mentale (restrictive pure ou avec conduites purgatives) posé par leur médecin traitant ou par un médecin spécialiste, quelle qu'en soit l'ancienneté. Les patients étaient tous suivis à la clinique Jouvence Nutrition, en hospitalisation de jour ou en hospitalisation complète.

Je n'ai pas souhaité interroger des patients avec un IMC < 13 kg/m² car un IMC trop bas a des conséquences sur les capacités d'élaboration et pouvait limiter le discours et les souvenirs.
La population est composée uniquement de personnes majeures pour des raisons de disponibilité (la Clinique Jouvence Nutrition n'accueillant que des personnes majeures) mais aussi parce que les déterminants de la relation médecin-patient ne sont pas les mêmes entre les patients adultes et adolescents, notamment par le choix du médecin traitant qui n'est pas toujours libre à l'adolescence.

La proposition de départ était d'explorer la relation entretenue par des patients atteints de TCA (en général) avec leur médecin traitant. Mais après réflexion et sur conseil de spécialistes qui m'ont aiguillée, il a été choisi de centrer l'étude sur un type de TCA précis (j'ai choisi l'anorexie mentale) afin d'obtenir des résultats plus pertinents. Pourquoi l'anorexie mentale ? Car il me semble que c'est un TCA mieux connu et mieux identifiable que l'hyperphagie et la boulimie par les médecins traitants, et pour lequel l'aspect relationnel de la prise en charge me parait être le plus important.

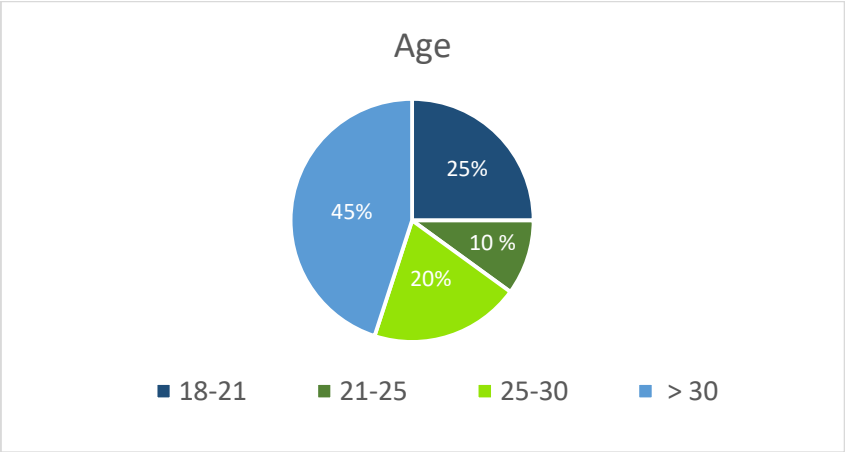
2) Caractéristiques des participants

a. Sexe

Parmi les 20 patients interrogés, tous étaient des femmes. Bien que je n'aie pas défini au préalable le sexe des patients interrogés, je n'ai pas eu l'occasion de rencontrer de patient masculin au cours de mes entretiens, du fait de la prédominance féminine connue de ce trouble.

b. Age

Quarante-cinq pourcent des patientes interrogées (N=9) avaient plus de 30 ans. Ce chiffre est probablement dû au fait que des patientes plus âgées sont peut-être plus à l'aise pour parler de leur maladie et plus enclines à accepter de participer aux entretiens semi-dirigés.

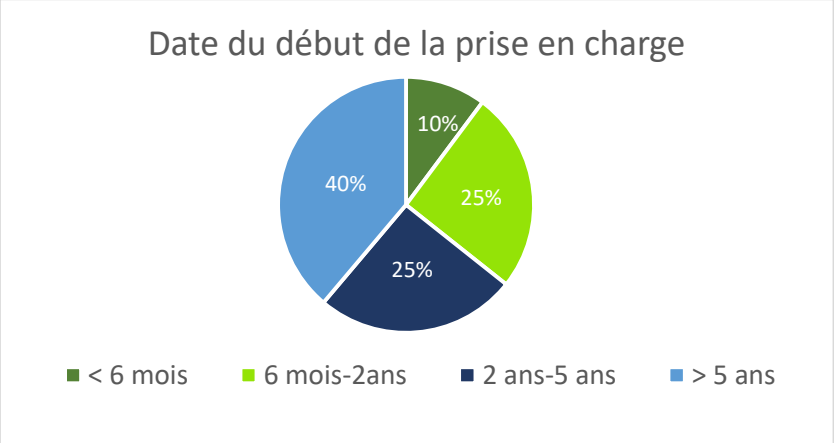


c. Prise en charge hospitalière

Parmi les patientes interrogées, 65% (N=13) étaient suivies en hôpital de jour à la clinique Jouvence Nutrition, et 35% (N=7) étaient à ce moment-là en hospitalisation complète. Cette disparité s'explique par le fait que les patientes en hospitalisation de jour étaient en meilleur état général et psychologique que les patientes en hospitalisation complète, et ainsi plus disponibles et accessibles au recrutement. Cinquante-sept pourcent des patientes interrogées avaient déjà bénéficié d'une hospitalisation complète en dehors de la clinique de Jouvence pour la prise en charge de leur anorexie.

d. Durée de la prise en charge de l'anorexie mentale

La question était formulée comme suit : « *A quand remonte le début de la prise en charge de votre trouble ?* ». Le terme de « prise en charge » est clair pour les professionnels de santé, mais je me suis aperçue a posteriori qu'il ne l'était pas nécessairement pour les patientes. Afin de rendre la question plus pertinente, il aurait été plus judicieux de la poser de façon décomposée, par exemple : « *Depuis quand êtes-vous malade ?* » et « *Quand avez-vous pour la première fois parlé de la maladie à un médecin ?* ». Ainsi, la distinction aurait été plus claire entre l'installation (insidieuse) de la maladie et la prise en charge médicale au sens où elle nous intéresse dans le présent travail.

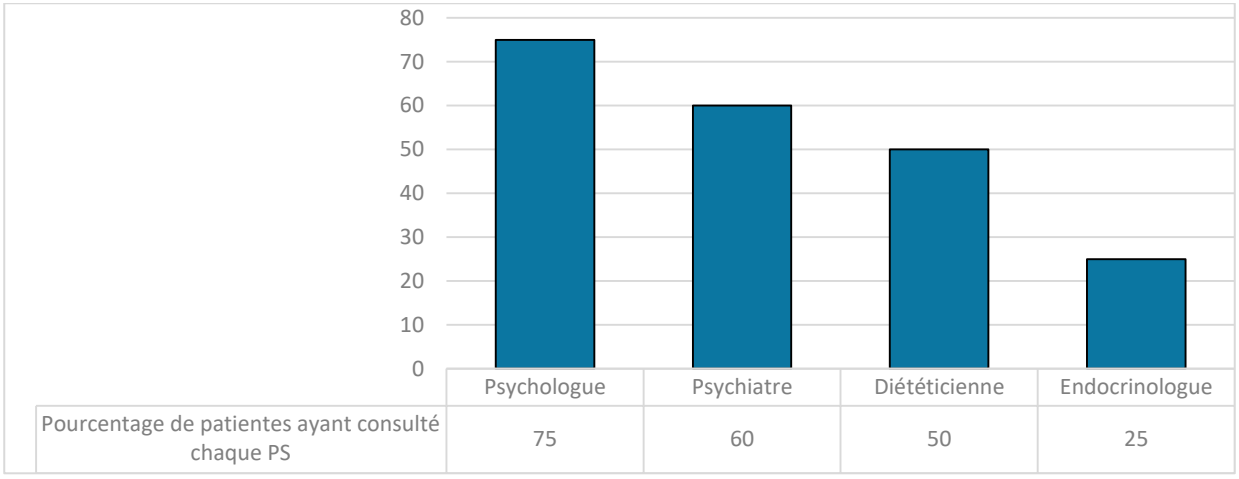


e. Autre professionnels de santé libéraux consultés

Cette question visait à recenser les différents professionnels de santé libéraux consultés par les patientes (autres que leur médecin traitant) afin d'identifier les professionnels-ressources de terrain en ambulatoire. Une seule patiente n'a rencontré aucun professionnel de santé libéral et a été admise directement à la clinique après consultation auprès de son médecin traitant.
Les psychologues étaient les paramédicaux les plus volontiers consultés, pour 75 % des patientes de notre étude (N=15). Arrivaient ensuite les psychiatres dans 60 % des cas (N = 12), puis les diététiciennes (N=10) et les médecins endocrinologues (N=5).

En croisant les données pour les psychiatres et les psychologues, j'ai constaté que 19 patientes sur les 20 avaient rencontré au moins un de ces deux praticiens durant leur parcours. Quarante pourcent des patientes interrogées (N=8) ont même consulté à la fois un psychiatre et un psychologue libéraux. On peut en conclure que les patients atteints d'anorexie mentale se tournent donc volontiers vers une prise en charge psychique et mentale plutôt que vers une prise en charge somatique et nutritionnelle de leur trouble.

A cette question à choix multiple, une catégorie « Autre » était proposée. Chacun des professionnels de santé suivant a été consulté par au moins une patiente : kinésithérapeute, kinésiologue, sophrologue, hépato-gastro-entérologue, acupuncteur. Deux patientes avaient quant à elle bénéficié des soins d'une psychomotricienne. Une patiente a identifié comme « Autre professionnel de santé » le groupe de parole pour les TCA tenu à l'époque par le Pr RIGAUD au CHU de Dijon où des patients partageaient leur expérience personnelle vis-à-vis de leur TCA.



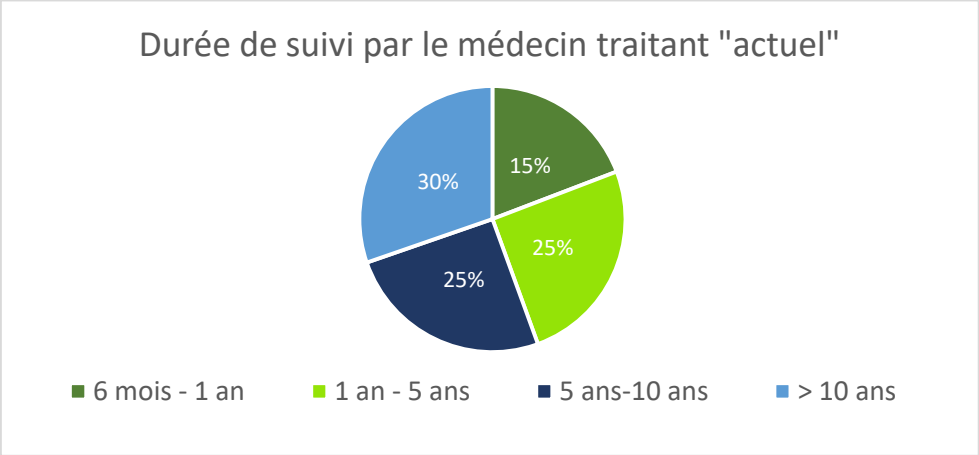
f. Place du médecin traitant dans la prise en charge

La place du médecin traitant dans la prise en charge était étudiée par 2 questions :

- La première concernait la durée de suivi par le médecin traitant actuel, afin de rendre compte –ou non- de l'alliance temporelle médecin-patient.
- Elle était complétée par une seconde question recherchant un éventuel changement de médecin traitant depuis le début de la prise en charge, et le cas échéant tentant d'identifier la cause de ce changement.

La question de la durée de suivi :

Pour ce qui était de la durée de suivi par le médecin traitant actuel, les résultats étaient assez hétérogènes comme le montre le diagramme suivant :



Lors de la lecture des réponses, j'ai compris qu'il aurait été plus adapté de faire définir à chaque patiente son parcours précis, car dans les cas où il y avait eu un changement de médecin traitant (soit

environ 45%), la durée de suivi par le médecin actuel perdait de sa valeur. Les données de ce diagramme sont donc difficilement interprétables, sauf dans les cas où le suivi est > 10 ans, ce qui signifie un suivi prolongé dans le temps par un même médecin.

La question du changement de médecin traitant :

Dans la population étudiée, 55% des patientes (N=11) n'avaient pas changé de médecin traitant depuis le diagnostic de leur anorexie mentale. Neuf patientes avaient donc changé de médecin traitant, soit 45% ; et pour 7 d'entre elles ce changement était dû à une prise en charge non satisfaisante. Donc dans la nette majorité des cas, la motivation à changer de médecin traitant était une inadéquation entre les attentes de la patiente et la prise en charge proposée par le médecin traitant (Les deux autres patientes qui avaient dû changer de médecin traitant l'avaient fait pour cause de déménagement et de départ en retraite du praticien).

IV) Méthodologie analytique :

Cette étude est une étude de type qualitative.

S'agissant d'explorer une expérience vécue, j'ai procédé à une analyse phénoménologique des données. Comme l'écrit Pierre PAILLE (29) : « *La phénoménologie concerne la description des phénomènes tels qu'ils apparaissent dans la conscience* » et « *La phénoménologie a ceci de particulier qu'elle concerne l'expérience du monde à partir de l'expérience qu'en font les sujets* ». Une retranscription écrite fidèle des récits enregistrés a d'abord été réalisée à mesure des entretiens, ce qui a permis d'obtenir un recueil des verbatim. Ce recueil a été soumis à une codification par thèmes puis à une catégorisation inspirée de la méthode de théorisation ancrée.

La durée moyenne des entretiens inclus dans l'analyse était de 12'25 minutes, pour une étendue des durées d'enregistrement s'étalant de 6'34 à 18'35 minutes.

Pour des raisons organisationnelles, j'ai poursuivi mes entretiens sans avoir avancé de façon synchrone dans l'analyse qualitative. Ainsi j'ai réalisé le maximum d'entretiens (vingt-et-un) sur le temps qui m'était imparti par mes contraintes géographiques, ainsi que de présence en stage.

J'ai choisi de ne pas exploiter l'entretien avec la patiente P5. En effet, cette dernière était extrêmement en retrait et parlait très peu durant l'entretien (le temps de parole de l'investigatrice étant presque

identique à celui de la patiente durant l'entretien). Je n'ai pas réussi à isoler de thème pertinent de cet entretien de 6'05 minutes puisque même le découpage du discours en unités de sens était fastidieux. Cet entretien peut toutefois suggérer une certaine méfiance de la patiente, voire une inhibition face au corps médical (je m'étais présentée comme interne de Médecine Générale), illustrant combien le dialogue et la relation de confiance peuvent être difficiles à établir avec ces patients.

Ayant donc à ma disposition un corpus de 20 entretiens pertinents, j'ai souhaité l'analyser en intégralité, car bien que les entretiens suivant la saturation de données n'apportaient pas de nouveaux thèmes ni de nouvelles catégories, ils permettaient de découvrir des verbatim parfois encore plus pertinents et parlants que ceux ayant motivé initialement le thème. La saturation des données a été constatée après analyse de 13 entretiens, par 2 entretiens (14ème et 15ème) n'apportant aucun nouveau thème à catégoriser.

L'analyse qualitative finale porte donc sur 20 entretiens.

TROISIEME PARTIE :

RESULTATS

I) Réponse à la question de recherche

L'analyse des verbatim a permis de détailler 76 thèmes, regroupés en 20 sous-catégories, elles-mêmes organisées selon 4 grandes rubriques qui permettent de répondre à la question de recherche. (cf Annexe 6 : Tableaux de l'analyse qualitative)

1) Les apports du médecin traitant pour le patient anorexique.

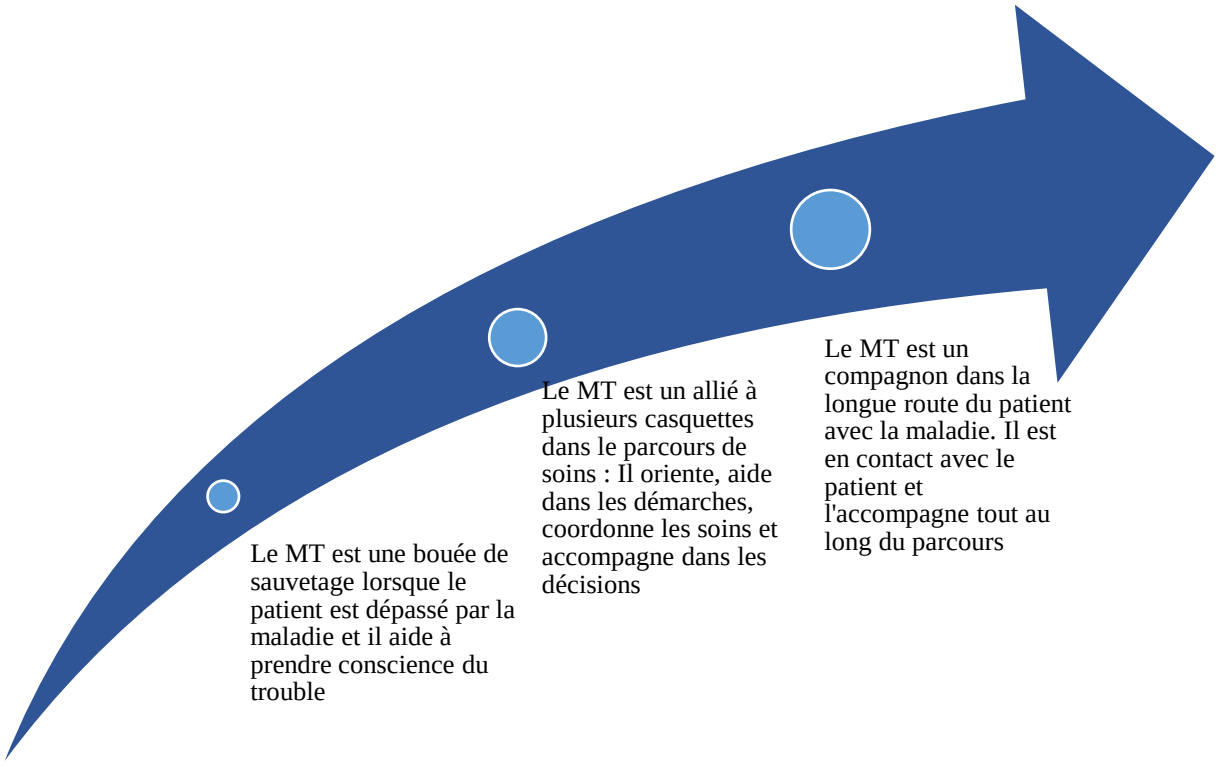
Cette première rubrique regroupe les catégories soulignant l'importance du rôle joué par le médecin traitant, en s'appuyant sur l'expérience vécue des patientes. Elle confirme le postulat de base de ce travail qui place le médecin traitant comme allié de choix pour la prise en charge de l'anorexie mentale en ambulatoire. J'ai pu distinguer trois sous-catégories.

Tout d'abord, le médecin traitant intervient souvent comme « bouée de sauvetage » sur un point de rupture, ou dans des situations où la patiente et ses proches se trouvent dépassés par la maladie. C'est le déni de la maladie qui conduit à ces situations d'urgence médicale auxquelles seul le médecin traitant en tant que médecin de premier recours peut répondre rapidement, comme l'explique la patiente P7 : *« Nous on s'en rend pas compte, en fait. On est tellement dans une espèce d'engrenage épouvantable, destructeur, et on sait pas comment se raccrocher à la vie, que … Voilà, le rôle du médecin pour moi c'est vraiment … - et particulièrement le médecin généraliste – c'est de tirer la sonnette d'alarme »*. Il me semble intéressant de souligner l'expérience de la patiente P10 pour laquelle l'entrée dans le parcours de soins s'est fait grâce à l'intervention de la proviseure de son lycée qui l'a elle-même conduite chez son médecin généraliste. L'absence d'accompagnement de l'entourage proche peut contribuer à retarder le diagnostic et la prise en charge de la maladie.

Ensuite, le médecin traitant est polyvalent. Il est le pivot de la prise en charge dont la seule présence peut suffire à rassurer les patientes. Il peut accompagner dans les méandres des démarches de soins, sait orienter vers des confrères et donner aux patientes l'élan motivationnel qui les encouragera à poursuivre la prise en charge. C'est un unique référent capable d'apporter une aide plurielle : *« Pour moi le médecin traitant malgré tout c'est un peu - c'est un peu le centre. C'est un peu LE maillon de la chaîne » (P10)*

Enfin, l'anorexie est une maladie longue, émaillée de rechutes et d'aléas, et le chemin vers la guérison est toujours difficile. C'est ici aussi que le médecin traitant occupe une place de choix : il est le médecin de proximité, que les patientes connaissent généralement depuis longtemps, avec lequel il

est plus facile de communiquer (par mail, par téléphone…). Le médecin traitant accompagne son patient tout au long du chemin vers la guérison.



2) <u>Les attentes relationnelles du patient envers le médecin traitant</u>

Nous avons vu que le médecin traitant est un acteur de choix dans le parcours de soins des patientes interrogées. Intéressons-nous maintenant à leurs attentes : Qu'est-ce qui contribue selon elles à construire une relation optimale avec leur médecin traitant ?

Nous l'avons dit précédemment, une relation de confiance est indispensable. Elle doit être mutuelle et se construit dans le temps. C'est un lien puissant mais fragile. Lors des entretiens, des patientes ont évoqué par exemple des omissions d'information de la part du médecin traitant dans les prescriptions (orexigènes, anxiolytiques, …) ou bien encore des discussions sur leur état de santé avec des membres de la famille, à leur insu. Si ces actes ont pu être réalisés par le médecin traitant sans arrière-pensée de nuire, ils sont dans les faits très mal vécus par les patientes. Le lien de confiance indispensable à l'avancée thérapeutique peut donc être rapidement rompu. Comme l'écrivent les auteurs de l'ouvrage Faire face aux troubles alimentaires (11) : *« La relation va servir de support de « réparation », de terreau de reconstruction. La confiance établie, la personne malade doit pouvoir tout dire. »*

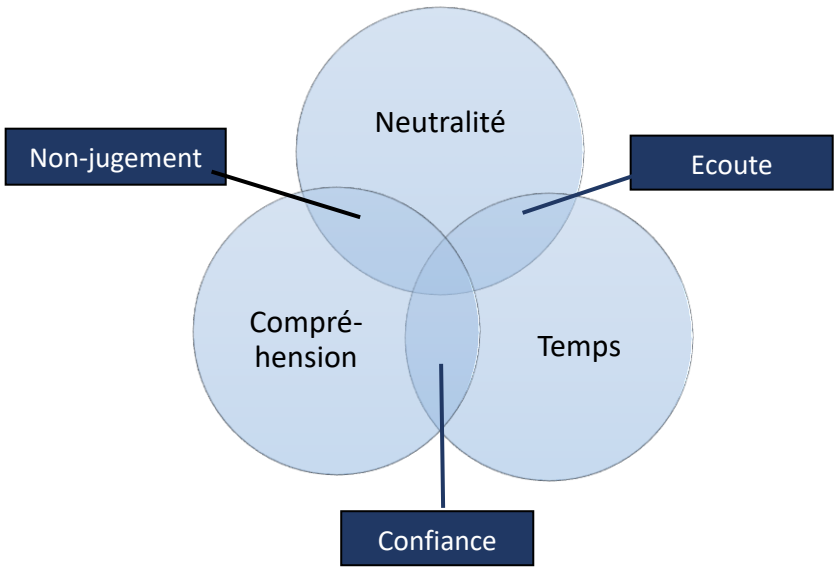
Aussi la juste place du médecin traitant est importante : Il est préférable qu'il s'agisse d'un individu neutre, hors du cercle familial, professionnel ou amical. La maladie est souvent source de honte et de

culpabilité, les patientes attendent donc du médecin traitant qu'il les accompagne sans jugement aucun (de leur corps, de leur comportement, de leurs pensées…)

Pour cela, le médecin traitant doit comprendre la maladie. Certaines patientes interrogées ont évoqué le sentiment d'être incomprise lorsque le médecin traitant se contentait de simples conseils du type « Il faut manger », ou comme le cite la patiente P16 : *« Une entrecôte, des frites et un côte du Rhône et pis ça vous remettre un peu d'aplomb ! ».* Penser que l'anorexie mentale se résume à un manque de volonté du patient ou à un simple refus de s'alimenter ne fera qu'immobiliser la prise en charge.

Pour terminer, il semble que les patients attendent avant tout de leur médecin traitant qu'il soit à leur écoute. Le thème de l'écoute était évoqué avec insistance par les participantes, parce qu'elle permet de renforcer le lien de confiance, mais aussi parce qu'elle est le témoin de l'empathie du médecin et de son intérêt pour le patient. Et il n'y a pas d'écoute sans prendre le temps. Comme l'explique la patiente P10 : « *Le patient dans ces cas-là il manque tellement d'estime, il manque tellement de … Il croit tellement qu'il vaut RIEN, que lui montrer qu'en fait euh, il EST important, il a de la place et qu'on peut prendre du temps pour lui, ben c'est important en fait* ». Pour certaines patientes, le médecin traitant peut être désarçonné par la maladie et ne pas savoir comment la prendre en charge, mais être à l'écoute et se rendre disponible sont à la portée de tout médecin traitant *: « Disons qu'elle, elle prend le temps, même si elle comprend pas tout sur le trouble, elle prend le temps d'écouter » (P9)*

Ainsi, alors même que le médecin est en recherche désespérée d'une solution thérapeutique pratique face au patient anorexique qui le met en difficulté, il peut passer à côté du simple temps d'écoute et de la disponibilité attendus par le patient, plus encore qu'une solution thérapeutique « miraculeuse ».



3) De nombreux écueils peuvent altérer la relation médecin-patient

Dans cette rubrique j'ai choisi de regrouper tous les facteurs pouvant altérer ou empêcher la construction d'une alliance thérapeutique efficace dans la prise en charge.

L'anorexie mentale en elle-même complique l'élaboration d'une relation médecin-patient saine et solide. C'est une maladie définie par une anosognosie profonde, responsable d'une fuite aux soins voire d'un camouflage des symptômes. Ainsi le diagnostic peut prendre la forme d'un bras de fer entre le patient et le médecin. L'anorexie est insidieuse et s'ancre profondément dans le fonctionnement du patient au quotidien. Elle est la cause et la conséquence d'une souffrance morale intense pour le patient, qui retentit sur sa façon d'être au monde.

C'est aussi une maladie dont la prise en charge peut être difficile en ambulatoire. En effet, il faut un cadre de surveillance rigoureux pour s'assurer de la bonne observance du patient et de l'absence de signes de gravité pouvant mettre en jeu le pronostic vital, ce qui nécessite une alliance thérapeutique forte et une confiance mutuelle entre les deux protagonistes.

Lors des entretiens, les patientes relataient un manque de connaissances du médecin traitant dans le domaine des troubles du comportement alimentaire, et certaines percevaient l'inconfort du praticien dans ses propos ou dans ses gestes. Cette situation occasionnait une perte de confiance considérable, a fortiori si le médecin ne reconnaissait pas son incompétence et ne proposait pas de réorienter la patiente vers un confrère plus spécialisé. Une patiente évoque même avec justesse la peur que l'anorexie suscite chez certains médecins : « *Ça fait peur [silence]. Et c'est quand même bizarre que ça fasse peur à des médecins. Il y a une sorte d'incompréhension. » (P15).*

A cette peur on peut relier les difficultés du médecin traitant à aborder la maladie. Pour certaines patientes de cette étude, le médecin traitant a introduit le sujet de façon trop « cash », alors que pour d'autres il aurait dû au contraire être plus direct afin de mettre la patiente plus rapidement face au problème. Il ne semble pas exister une unique bonne façon d'aborder la maladie, il s'agit de s'adapter à la personnalité du patient au cas-par-cas.

Une autre menace pour la relation médecin-patient est le manque d'investissement manifesté par le médecin, qu'il soit verbal ou non-verbal. Les participantes ont fourni des exemples variés de situations où l'abattement et le ton défaitiste du médecin traitant leur ont transmis un sentiment d'incurabilité, voire de désespoir vis-à-vis d'une potentielle guérison.

Pour certaines, le manque d'initiatives du médecin dans la prise en charge (absence d'examen clinique et de surveillance du poids, absence de prescription d'examens biologiques, …) remettait même en question leur légitimité dans la maladie, avec comme principal danger de réactiver le déni : « Si le médecin ne s'inquiète pas, c'est que je ne suis pas malade, donc tout va bien. »

Rappelons enfin que les patients anorexiques qui consultent pour ce problème ont déjà mobilisé un effort considérable pour arriver jusqu'au médecin. La démarche de prise en charge survient sur un point de rupture, et ils sont alors en demande d'un accompagnement (quel qu'il soit) pour les aider à faire face à une maladie qui les dépasse. Adopter une attitude négligente ne fera qu'accentuer le sentiment d'abandon. Si même le médecin vers qui ils viennent chercher de l'aide ne leur en propose pas, alors qu'est-ce qui pourra les sortir de là ?

4) La relation médecin-patient à la lumière de l'anorexie

Cette rubrique regroupe les différentes façons dont l'anorexie a pu moduler la relation des patientes avec leur médecin traitant, dans leur expérience vécue.

Pour certaines patientes, une insatisfaction dans la prise en charge les a conduites à changer de médecin traitant. On ne peut en effet construire d'alliance thérapeutique durable sans être à l'aise et en confiance avec son médecin traitant. Lorsque les patientes n'avaient pas changé de médecin traitant, on constatait que l'insatisfaction de prise en charge bloquait la communication et donc l'alliance thérapeutique : « *Parce que oui, elle m'a déçue et du coup il y a quelque chose qui s'est cassé » (P12).* Poursuivre le suivi avec un médecin en qui le patient n'a plus confiance ne permettra pas d'avancer de façon productive vers la guérison.

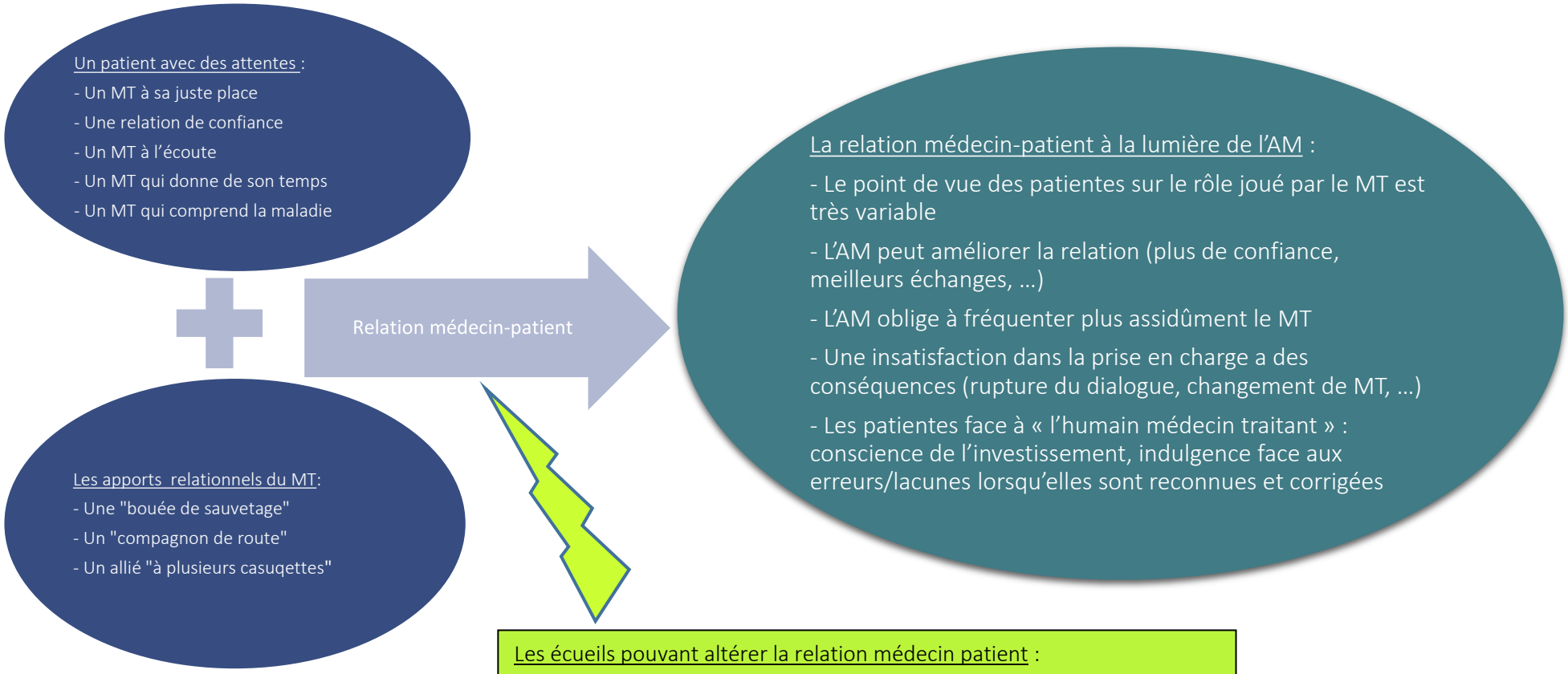
L'anorexie est aussi une façon de voir plus souvent son médecin traitant, lorsque celui-ci met en place un suivi régulier. Ainsi, des patientes qui jusqu'ici fuyaient toute prise en charge médicale se voient « obligées » de consulter plus souvent et donc de restaurer une relation régulière et stable avec leur médecin traitant, avec pour conséquence un suivi et une surveillance optimisées.

On imagine donc que dans certains cas, l'anorexie peut avoir amélioré la relation entre le patient et son médecin traitant. A l'analyse des verbatim, plusieurs thèmes ont permis de construire cette catégorie : Pour certaines, l'anorexie a amélioré les échanges et la communication avec le médecin traitant, pour d'autres c'est le lien de confiance qui est devenu plus solide depuis la prise en charge,

et pour d'autres encore c'est le sentiment que le médecin traitant est devenu plus soucieux et attentionné envers elles.

Mais le point le plus intéressant que soulève cette rubrique est le suivant : Quel jugement les patientes interrogées portent-elles sur leur médecin traitant ?
Comme nous l'avons explicité précédemment, le médecin traitant peut parfois ne pas être à l'aise avec la prise en charge des troubles du comportement alimentaire, et plus particulièrement de l'anorexie. Les patients savent l'entendre et l'accepter, à condition que celui-ci sache reconnaitre son incompétence, se documenter et l'orienter vers le professionnel adapté : *« C'est aussi tout à son honneur de dire en tant que médecin : « Ben voilà, c'est pas une maladie que je connais, mais euh … Mais voilà, je vais – je vais regarder » (P6).* Plusieurs participantes se montraient indulgentes envers les erreurs ou les lacunes du médecin traitant, et reconnaissaient la difficulté face à laquelle la maladie plaçait le médecin généraliste : « *Je trouve qu'elle a – elle a vraiment … Elle a fait comme elle pouvait » (P14)* « *Même si au début il y a eu un … un gros loupé, bon ça après c'est humain, je veux dire je lui en veux pas. » (P7).*

Réponse à la question de recherche : Résumé



Les écueils pouvant altérer la relation médecin patient :

- Les difficultés de diagnostic et de prise en charge propres à l'AM
- Les contraintes d'une prise en charge ambulatoire
- Le manque de maîtrise du MT face à l'AM
- « La maladie fait peur aux médecins »
- Une attitude péjorative du MT (banalisation, manque d'initiative…) se répercute sur le patient
- Y a-t-il un bon moyen d'aborder la maladie ?
- Il n'existe pas de solution miracle (échecs, rechutes…)

II) Point de vue des patientes sur les différentes options thérapeutiques possibles

Lors de l'analyse du corpus, j'ai constaté les parcours thérapeutiques très variés qu'ont pu rencontrer les patientes. J'avais initialement inclus ces thèmes et catégories conceptualisantes dans mon analyse, mais au moment de la théorisation je me suis aperçue que le récit du parcours thérapeutique des patientes s'éloignait de ma question de recherche qui concernait uniquement l'aspect relationnel avec le médecin traitant. J'ai toutefois souhaité les inclure dans mon travail sous la forme d'un aparté car il me semble intéressant de voir l'éventail des options thérapeutiques possibles et la façon dont elles ont été vécues par les patientes. (cf Annexe 6)

Les participantes ont évoqué à de nombreuses reprises comment leur médecin traitant avait eu recours à la pluridisciplinarité, soit en réorientant la patiente lorsqu'il pensait avoir atteint les limites de ses compétences, soit par téléphone pour obtenir un avis auprès de confrères plus spécialisés, ou bien encore auprès de paramédicaux pour permettre d'étoffer le suivi et l'accompagnement : *« C'est pluridisciplinaire, je pense que – qu'un seul soignant c'est pas… C'est pas possible avec ce genre de maladies mentales » (P8).* On peut toutefois constater que pour les patientes P10, P13 et P18, le suivi ambulatoire a été mis en échec du fait d'un manque de communication entre les différents professionnels de santé libéraux impliqués. La prise en charge au sein d'une structure de soins spécialisée telle que la clinique Jouvence Nutrition est un moyen de pallier ce défaut de communication interprofessionnelle, et de garantir l'accès à des praticiens formés à la prise en charge des TCA : *[en parlant de la prise en charge à la clinique] « C'est justement parce qu'ils sont en lien qu'ils comprennent aussi beaucoup de choses et que chacun apporte à l'autre quoi » (P18)*

A la question : « Si vous étiez médecin traitant, que proposeriez-vous à votre patient anorexique ? », les participantes répondaient volontiers que la prise en charge devait être faite au cas par cas, en fonction de l'état d'esprit de la patiente et de son niveau d'anosognosie. On retrouvait quasi-systématiquement la proposition d'une prise en charge psychologique ou psychiatrique, avec une conscience accrue du lien entre syndrome dépressif et anorexie mentale, qu'il s'agisse de la cause ou de la conséquence. Elles soulignaient ainsi que la prise en charge du médecin traitant ne doit pas se restreindre à l'aspect somatique de l'anorexie. Pour la patiente P15 par exemple, le médecin traitant prenait la maladie dans sa globalité : *« Elle prenait mon poids, ma tension, elle contrôlait mes signes vitaux, elle euh … Mon moral aussi. Elle a plusieurs fois joué le rôle d'un psychologue. »*,ce qui n'était pas le cas pour toutes *: « Pour elle c'était vraiment un problème purement somatique, mais il*

y avait rien à traiter d'autre quoi. Le plan psychologique était totalement occulté, et ça c'est vrai que ben … » (P18)

Lorsqu'une hospitalisation s'imposait, les patientes y voyaient un moyen de se protéger de leurs comportements de purge, du « monde réel », mais également de « remonter la pente » lorsque la vie à domicile n'était plus possible. Même si l'hospitalisation pouvait être très dure à accepter, elles semblaient conscientes de sa nécessité. Cependant, toutes les patientes qui ont abordé le sujet de l'hospitalisation en secteur de psychiatrie en parlaient de façon plutôt péjorative, qu'elles l'aient ou non expérimentée elles-mêmes.

QUATRIEME PARTIE :

DISCUSSION

I) Les points forts

Une partie des résultats observés confirme ce que l'on sait déjà par la littérature et qui constitue le postulat de base de cette étude : le rôle du médecin traitant dans la prise en charge de l'anorexie mentale est central et la prise en charge ambulatoire est compliquée. Mais le récit pratique qu'en font les patientes via leur expérience personnelle permet de rejoindre cette théorie.

Un des apports intéressant de ce travail est qu'il se place exclusivement du point de vue des patients. Les travaux de thèse actuels ont tendance à interroger les médecins sur leur pratique et leur ressenti d'un sujet, ce qui permet de s'affranchir d'une requête auprès du comité d'éthique et d'obtenir un recrutement plus facile des participants. Je souhaitais vraiment ici me démarquer de cette tendance afin de mieux comprendre les enjeux de la relation médecin-patient qui nous échappent (en tant que médecins) dans l'anorexie mentale.

Le grand nombre de participantes est également un point fort de ce travail, car bien que la saturation des données soit survenue après l'analyse de 13 entretiens, j'ai souhaité quand même poursuivre le travail de thématisation afin d'exploiter les 20 entretiens pertinents dont je bénéficiais. Il n'y avait pas de nouveau thème construit après saturation mais une plus grande quantité de verbatim, parfois de meilleure qualité (c'est-à-dire des propos plus illustratifs et mieux formulés que les précédents pour un même thème).

II) Les points faibles

Le recrutement des participantes directement sur le lieu d'étude à la clinique Jouvence Nutrition a grandement facilité le travail, mais il a pour conséquence de n'inclure que des patientes majeures. La majorité était de toute façon un des critères préalables car comme nous l'avons explicité dans la méthode, la relation médecin-patient est différente à l'adolescence par rapport à l'âge adulte. Mais on pourrait discuter de reproduire un travail semblable auprès d'une population adolescente compte-tenu de l'âge d'incidence de cette maladie. Le recrutement au sein de la clinique sous-tendait qu'une prise en charge efficace (ou pour le moins active) avait été mise en place préalablement pour conduire la patiente jusqu'à ce centre spécialisé. La population n'était donc pas représentative de la population des patientes anorexiques rencontrées en cabinet de médecine générale.

Il existe aussi des imperfections méthodologiques liées à mon manque d'expérience dans l'analyse qualitative. J'ai réalisé seule le travail de thématisation et de théorisation, qui comme pour toute

étude qualitative ne prétend pas apporter de conclusion universelle et incontestable, mais plutôt de théoriser un fait observé. Je me suis pour cela appuyée sur l'ouvrage de référence de Pierre PAILLE. (29) Il manque cependant à ce travail une triangulation de l'analyse qui aurait pu apporter plus de valeur aux résultats.

III) Ressenti de l'investigatrice

1) Par rapport à la réalisation des entretiens.

Parmi les difficultés rencontrées, j'ai d'abord été confrontée à une attitude fréquente de retrait chez les patientes interrogées, ce qui explique en partie la faible durée moyenne des entretiens. Je m'y étais un petit peu préparée et ai tenté de mettre les participantes à l'aise en leur parlant avec douceur et en usant parfois d'un peu d'humour afin qu'elles oublient tant que possible l'enregistrement. J'ai essayé de prendre des notes durant les entretiens, notamment pour relever l'attitude non-verbale des patientes, mais je trouvais difficile de rester concentrée sur leur discours tout en notant, et je craignais qu'elles n'orientent leurs propos en fonction de ma prise de notes (en pensant que mes notes étaient corrélées à l'intérêt du discours).

Je me suis aussi heurtée dans certains entretiens à des propos que les patientes peinaient à étoffer, avec un sentiment de tourner en rond, les mêmes phrases revenant à plusieurs reprises et j'avais du mal à faire approfondir les propos sans avoir recours à des questions fermées, afin d'en cerner le sens précis. De la même façon, lors de la retranscription des verbatim, je me suis aperçue que certaines patientes avaient eu tendance à ne pas terminer leurs phrases, ou à passer d'un sujet à l'autre sans avoir vraiment abouti le propos précédent, ce qui empêchait ensuite d'en concevoir le sens précis au moment de la thématisation. (Par exemple : « *Il faut une approche pluridisciplinaire, parce que* ***c'est pas …*** *Il faut effectivement qu'au niveau alimentaire ça tienne*. » (P10) ou encore : « *Je me dis, le médecin ça doit être là quand même* ***pour euh …*** *Et du coup il m'avait dit -» (P19*)). Dans le vif des entretiens, j'ai manqué de réactivité pour leur faire préciser leurs sous-entendus.

J'ai malgré tout beaucoup apprécié recueillir l'expérience des patientes dans leur relation avec leur médecin traitant, mais aussi avec leurs proches, les autres professionnels de santé, et m'enquérir des étapes charnières de leur prise en charge. Leur parcours tantôt chaotique, tantôt désespéré, m'a semblé toujours douloureux. J'ai pris pleinement conscience de la souffrance que l'anorexie mentale impose au malade et à son entourage, ainsi que des nombreux écueils dans lesquels peuvent tomber les médecins alors même qu'ils pensent bien agir. Changer de position et entrevoir l'expérience depuis le point de vue des patients m'a aussi permis de mesurer les attentes qu'ils ont envers leur médecin

traitant dans cette situation de grande détresse qu'est l'anorexie : les patients se tournent vers le médecin dans une démarche de recherche d'aide qui n'est pas toujours perçue pleinement, il me semble, par le praticien.

2) Par rapport à la réalisation de l'analyse phénoménologique

A la relecture des entretiens retranscrits, j'ai constaté que ma façon de les mener était parfois maladroite. J'ai essayé volontairement de me détacher de mes notes et de poser les questions de mon guide d'entretien de la façon la plus spontanée possible, mais elles n'étaient de ce fait pas toujours formulées de façon claire pour les patientes.

Tout au long de l'analyse, j'ai été attentive au sens profond que les participantes essayant d'exprimer, et je me suis parfois heurtée au risque d'interpréter ou de conclure trop rapidement. Par exemple les patientes racontaient souvent un vécu en lien avec un autre professionnel de santé que leur médecin traitant, et la plupart du temps il s'agissait du médecin généraliste de la clinique de Jouvence que certaines considéraient comme leur médecin traitant lorsqu'elles étaient internées à la clinique, comme l'illustre l'exemple suivant : « *Investigatrice : Okay, et du coup, qu'est-ce que vous avez apprécié dans sa façon de vous prendre en charge, et qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié ? - Patiente : Euh, ici bah c'est l'écoute déjà. Enfin voilà. On est écouté, on a le temps d'exposer nos soucis …* » (P11)

Une fois le découpage du texte et la thématisation réalisés, une nouvelle difficulté s'est présentée à moi : Fallait-il inclure l'intégralité des unités de sens et des thèmes dans mon analyse ? Les récits des patientes dans leur intégralité me semblaient intéressants, leurs parcours, leurs difficultés... J'ai donc dans un premier temps thématisé l'intégralité des verbatim. Mais au moment de théoriser, force a été de constater que de nombreux thèmes ne correspondaient pas à ma question de recherche et j'ai donc dû les extraire. J'ai conservé une partie des verbatim concernant les diverses options de prises en charge proposées aux patientes et leur vécu de celles-ci car cela me semblait pertinent dans le cadre de la médecine générale.

IV) Propositions d'ouverture

1) Quels sont les déterminants de la motivation des médecins généralistes face à l'anorexie mentale ?

Les expériences des patientes interrogées ont été très différentes. Bien que des recommandations de bonne pratique relativement complètes aient été publiées, les attitudes des médecins généralistes face aux patientes semblent très variables. Souvent, le manque d'investissement et le sentiment d'impuissance exprimés par le médecin traitant sont très mal vécus par les patientes (1). Il serait alors licite de s'intéresser aux déterminants de la motivation des médecins généralistes face à l'anorexie : les femmes y sont-elles plus sensibles du fait de la forte prédominance féminine du trouble ? Les médecins généralistes installés depuis longtemps ont-ils une motivation moins vive à l'idée de s'investir dans cette maladie chronique complexe ? Sont-ils plus débordés et moins disponibles pour écouter et soutenir leurs patients anorexiques ?

2) L'évolution de la médecine générale nuit-elle à la prise en charge de l'anorexie mentale ?

La conjoncture actuelle de démographie médicale est responsable d'une surcharge des cabinets de médecine générale, avec des praticiens souvent débordés. Le médecin généraliste sait qu'aborder les troubles du comportement alimentaire avec un patient prend du temps, et parfois le sujet peut être évité par manque de temps ou peur de prendre du retard dans les consultations, et cet empressement peut être perçu par le patient comme un rejet ou un manque d'intérêt de la part de son médecin. De plus, le planning déjà saturé de certains médecins généralistes ne leur permet pas toujours de programmer des consultations de suivi régulières afin de surveiller de près leurs patients anorexiques. Ainsi la construction d'une relation thérapeutique forte et pérenne est difficile.

La désertification sanitaire est également une menace pour la bonne coordination du soin ambulatoire pluridisciplinaire : Comment bien coordonner les suivis somatique, psychologique et diététique si tous les intervenants sont à une heure de route les uns des autres ?

Pour pallier cela, il faudrait revoir à plus haute échelle l'organisation de l'offre de soins ambulatoires, afin d'améliorer la disponibilité des médecins généralistes pour ces patients chroniques en forte demande de temps et d'écoute.

3) Comment améliorer la communication interprofessionnelle en ambulatoire ?

Nous avons vu que le défaut de communication entre les professionnels de santé libéraux nuit à la bonne alliance thérapeutique dans l'anorexie. On peut imaginer des moyens d'améliorer la

coordination ambulatoire avec par exemple des réunions de professionnels spécialisés de secteur, ou l'utilisation appropriée de la messagerie sécurisée de santé. La fédération française Anorexie-Boulimie a publié un annuaire national des centres de soins prenant en charge les TCA, qui pourrait être diffusé à tous les médecins généralistes libéraux (30). Pourquoi ne pas éditer un annuaire régional des praticiens libéraux investis et formés dans le domaine des TCA ?

4) Améliorer la formation des médecins généralistes autour de l'anorexie et des TCA : un enjeu

La formation des médecins généralistes sur les troubles du comportement alimentaire ne semble pas à la hauteur de leur rôle attendu dans la prise en charge de ces troubles. Pour beaucoup de patientes interrogées, leur médecin traitant ne semblait pas à l'aise avec la maladie, ce qui se répercutait lourdement sur la relation médecin-patient : un médecin mal à l'aise, une attitude passive qui immobilise la prise en charge, une perte de confiance du patient… Les troubles du comportement alimentaire sont sous-diagnostiqués, mais ils sont en réalité fréquents. Les médecins traitants doivent être mieux formés sur les signes d'alerte, la bonne attitude à adopter ainsi que sur les propositions thérapeutiques et les ressources dont ils peuvent disposer pour accompagner ces patients.

CINQUIEME PARTIE :

CONCLUSION

Notre étude a permis de souligner la place centrale du médecin traitant tout au long du parcours de soins, du diagnostic au suivi souvent prolongé dans le temps, en s'appuyant sur l'expérience vécue des patientes interrogées. Cela confirme les résultats du travail de J.S. Cadwallader sur la place du médecin généraliste dans la prise en charge de l'anorexie mentale, qui concluait au rôle primordial du médecin traitant de par son approche globale centrée sur le patient, et ses capacités de coordination du soin ambulatoire et de dépistage de la maladie au stade le plus précoce. (1)

Nous avons aussi pu mettre en évidence deux autres points majeurs dans la relation :

- L'alliance thérapeutique nécessaire à une prise en charge efficace de la maladie est vulnérable et peut être altérée par de nombreux facteurs tels qu'une attitude jugeante de la part du médecin, un manque d'investissement et d'initiatives, des lacunes dans le domaine de l'anorexie mentale, un manque d'honnêteté menaçant la relation de confiance.
- L'anorexie mentale influence la relation médecin-patient. Une insatisfaction dans la prise en charge peut être responsable d'une rupture du lien de confiance et donc d'un échappement aux soins chez ces patients dont la compliance et l'observance sont déjà des enjeux de taille. A l'inverse, un médecin traitant à l'écoute, disponible et sachant remettre en question ses lacunes et ses erreurs sont autant de facteurs potentialisateurs de l'alliance thérapeutique. Pour beaucoup, l'anorexie a permis d'améliorer le lien médecin-patient par des consultations plus régulières, une amélioration des échanges et un approfondissement de la relation de confiance. Les patientes ont montré une grande tolérance envers le manque de maîtrise de leur médecin traitant ou leur appréhension perceptible face à la maladie. Elles ont semblé conscientes de la difficulté que leur prise en charge impose au médecin généraliste, souvent débordé et peu formé dans le domaine.

Les patients atteints d'anorexie mentale qui consultent leur médecin traitant sont en demande d'une aide, plus que d'une solution thérapeutique universelle. Les médecins généralistes ne sont pas nécessairement à l'aise dans le domaine des TCA ni habitués à les prendre en charge, mais tout médecin traitant, soumis à une obligation de moyens, est en capacité d'adopter une attitude neutre, d'écouter son patient, et de lui proposer un accompagnement adapté par un suivi régulier, en se reposant éventuellement sur l'aide de confrères (psychiatre, psychologue, endocrinologue, structure de soins ambulatoire ou hospitalière…).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cadwallader J-S. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires en France. Paris-Saclay; 2018.

2. Roux H, Chapelon E, Godart N. Épidémiologie de l'anorexie mentale : revue de la littérature. L'Encéphale. avr 2013;39(2):85-93.

3. Collège national des ensignants en psychiatrie. Référentiel de psychiatrie. Presse Universitaires François-Rabelais. 2014.

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 J Epidemiol. 2013;03(02):53-61.

5. HAS : argumentaire pour la recommandation de bonne pratique dans la prise en charge de l'anorexie mentale. In 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf

6. Glashouwer KA, Bloot L, Veenstra EM, Franken IHA, de Jong PJ. Heightened sensitivity to punishment and reward in anorexia nervosa. Appetite. avr 2014;75:97-102.

7. Kaye WH, Wierenga CE, Bailer UF, Simmons AN, Bischoff-Grethe A. Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa. Trends Neurosci. févr 2013;36(2):110-20.

8. Ursula F. Bailer, Rajesh Narendran, W. Gordon Frankle, Michael L. Himes, Vikas Duvvuri, Chester A. Mathis, et al. Amphetamine Induced Dopamine Release Increases Anxiety in Individuals Recovered from Anorexia Nervosa. Int J Eat Disord. 2012;

9. Frank GK, Bailer UF, Henry SE, Drevets W, Meltzer CC, Price JC, et al. Increased dopamine D2/D3 receptor binding after recovery from anorexia nervosa measured by positron emission tomography and [11c]raclopride. Biol Psychiatry. 1 déc 2005;58(11):908-12.

10. Fladung A-K, Grön G, Grammer K, Herrnberger B, Schilly E, Grasteit S, et al. A Neural Signature of Anorexia Nervosa in the Ventral Striatal Reward System. Am J Psychiatry. févr 2010;167(2):206-12.

11. Pr Daniel RIGAUD, Angélique GIMENEZ, Dr Alain PERROUD. Faire face aux troubles alimentaires. 2016.

12. Cyrulnik B, Lemoine P. Histoire de la folie avant la psychiatrie. Odile Jacob;

13. Sidani JE, Shensa A, Hoffman B, Hanmer J, Primack BA. The Association between Social Media Use and Eating Concerns among US Young Adults. J Acad Nutr Diet. sept 2016;116(9):1465-72.

14. Robinson E, Aveyard P. Emaciated mannequins: a study of mannequin body size in high street fashion stores. J Eat Disord [Internet]. déc 2017 [cité 13 nov 2018];5(1). Disponible sur: http://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-017-0142-6

15. Décret n° 2017-738 du 4 mai 2017 relatif aux photographies à usage commercial de mannequins dont l'apparence corporelle a été modifiée [Internet]. mai 5, 2017. Disponible sur:

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034580217&categorieLien=id

16. Arrêté du 4 mai 2017 relatif au certificat médical permettant l'exercice de l'activité de mannequin [Internet]. mai 5, 2017. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034580535&categorieLien=id

17. Dr Marsaudon E. Anorexie mentale : Comprendre pour mieux accompagner. Dangles. 2011.

18. Daussy D. Insatisfaction dans la relation médecin-malade : Point de vue du patient. Montpellier; 2018.

19. Loi relative aux droits des patients [Internet]. mars 4, 2002. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1715928/fr/droits-des-usagers-information-et-orientation

20. Loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie [Internet]. Loi 2004-810 Article 7, L. 162-5-3. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&categorieLien=id

21. Elaine C. Ogg,Harry R. Millar, Edit E. Pusztai, and Alison S. Thom. General Practice Consultation Patterns Preceding Diagnosis of Eating Disorders. févr 1996;

22. HAS : Recommandation de bonne pratique pour la prise en charge de l'anorexie mentale. In 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf

23. Pawlak J. Le questionnaire SCOFF-F : Utilisation en médecine de soins primaires dans le dépistage de l'anorexie mentale ou de la boulimie. Lille Warembourg; 2016.

24. Beate Herpertz-Dahlmann, Reinhild Schwarte, Melanie Krei, Karin Egberts, Andreas Warnke, Christoph Wewetzer, Ernst Pfeiff er,, Christian Fleischhaker, André Scherag, Kristian Holtkamp, Ulrich Hagenah, Katharina Bühren, Kerstin Konrad, Ulrike Schmidt,. Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial. Lancet ; 383: 1222 2014;

25. Higgins A, Cahn S. Detection of anorexia nervosa in primary care. Eat Disord. 6 déc 2017;1-16.

26. Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux. In 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_de_cadrage_coordination_mg_psy.pdf

27. Rives-Lange C. Anorexie mentale et médecine générale: réflexions concernant la place du médecin généraliste dans le parcours de soins. [Paris Diderot]; 2013.

28. Doucet M. Modalités de prise en charge de l'anorexie mentale restrictive pure : Enquête retrospective auprès de 545 médecins généralistes exerçant en cabinet de ville dans le bassin Lillois. 2011.

29. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4ème édition. Armand Collin; 2016.

30. Annuaire des centres de soins [Internet]. [cité 23 sept 2019]. Disponible sur: https://www.ffab.fr/images/mesimages/pdf/2017_ANNUAIRE_DEFINITIF.pdf

ANNEXES :

ANNEXE 1 : Le guide d'entretien

ANNEXE 2 : Le formulaire d'information et de consentement

ANNEXE 3 : La fiche de recueil d'information

ANNEXE 4 : L'aval du comité d'éthique

ANNEXE 5 : Sélection d'entretiens contributifs

ANNEXE 6 : Tableaux de résultats de l'analyse qualitative

ANNEXE 1 : Le guide d'entretien

Bonjour, et merci d'avoir accepté de participer à cet entretien pour mon travail de thèse.

Je me présente à nouveau : Je m'appelle Florentine DUCHERPOZAT, je suis interne en médecine générale et je m'intéresse beaucoup aux troubles du comportement alimentaire.
Pour ma thèse, je travaille plus précisément sur la relation entre les patients atteints d'anorexie mentale et leur médecin traitant.

Je vais donc vous poser quelques questions concernant votre expérience personnelle.

J'anonymiserai bien entendu les réponses à ces questions. Elles sont enregistrées afin que je puisse les retranscrire de façon exacte (sans les déformer) puis les étudier, Seules moi-même et ma directrice de thèse auront accès à ces enregistrements conservés dans mon ordinateur.
Je n'aurai pas accès à l'identité de votre médecin traitant. Vous pouvez donc parler librement, refuser de répondre si une question vous embête, et décider d'arrêter l'entretien à tout moment.
Et surtout : il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. C'est votre propre ressenti personnel et votre histoire que je souhaite recueillir.

Puis-je lancer l'enregistrement afin d'obtenir à nouveau votre accord par oral :

- *Lancement de l'enregistrement* -

Etes-vous toujours d'accord pour participer ?
Pouvons-nous commencer ?

1) Question ouverte globale pour introduire le point de vue du patient sur la notion de médecin traitant

   Que vous évoque la notion de médecin traitant ?

Questions de relance :
. A quelle fréquence le consultez-vous ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

2) Récit du parcours du patient concernant le TCA

a) ***Pouvez-vous me raconter comment s'est passé le diagnostic de votre anorexie ? Quels acteurs ont participé ?***

Orientation de l'entretien :

. Rechercher quels ont été les acteurs : Les proches ? Le milieu scolaire ? Des professionnels de santé ?

. Si non mentionné spontanément : ***A quel moment est intervenu le médecin traitant ?***

b) ***Pouvez-vous maintenant me raconter comment s'est organisée la prise en charge et le suivi de votre anorexie ?***

Orientation de l'entretien :

. Rechercher de quelle façon le patient a été orienté/accompagné/aidé par son entourage ou par des professionnels de santé.

. Si non mentionné spontanément : ***Est-ce le médecin traitant qui a orienté le patient vers la clinique Jouvence Nutrition ?***

3) <u>Point de vue du patient sur sa prise en charge</u>

Que pensez-vous du rôle joué par votre médecin traitant dans ce parcours ?

Questions de relance :

. Dans quelle mesure a-t-il –ou non- répondu à vos attentes initiales ?

. Si vous aviez été à la place de votre médecin traitant, auriez-vous agi différemment pour accompagner votre patient ?

4) <u>Impact du TCA sur la relation médecin-patient</u>

Selon vous, comment a évolué la relation que vous entreteniez avec votre médecin avant-pendant-et après la prise en charge de votre anorexie ?

Explicitation si besoin :

. La prise en charge de l'anorexie a-t-elle modifié le point de vue que vous portiez sur votre médecin traitant ?

L'entretien est terminé. Je vous remercie pour votre participation.
Je souhaiterais maintenant recueillir quelques informations vous concernant, afin d'analyser au mieux les données reçues dans leur contexte.

ANNEXE 2 : Le Formulaire d'information et de consentement

Comment les patients atteints d'anorexie mentale perçoivent-ils la relation entretenue avec leur médecin traitant ?

Bonjour,

Je m'appelle Florentine DUCHERPOZAT, je suis interne en 9ème année et je réalise actuellement mon travail de thèse, qui a pour objectif ***d'explorer l'expérience des patients atteints d'anorexie mentale dans leur relation avec leur médecin traitant.***

Pour cela, je recherche des patient(e)s acceptant de témoigner de leur parcours et de leur ressenti de vis-à-vis de leur médecin traitant par de courts entretiens individuels d'une quinzaine de minutes environ, avec enregistrement audio (non filmés)
Les informations recueillies lors de ces entretiens seront bien entendu **anonymes** et soumises au **secret** médical. Seules moi-même et le Dr Marie PANTHENE-CHALAUD –ma directrice de thèse- y aurons accès.

Si vous avez des questions, ou si vous souhaitez me contacter pour de plus amples informations :

Florentine DUCHERPOZAT
florentine.ducherpozat@hotmail.fr
06.50.50.18.77

Docteur Marie PANTHENE-CHALAUD
Cabinet médical d'Uzès, 10 rue du docteur Gardes 30700 UZES 04.66.22.23.24

Si vous êtes intéressé(e) pour y participer, je vous invite à prendre connaissance des informations suivantes, et à donner ensuite votre consentement signé.

Problématique :

L'anorexie mentale est à la fois une maladie du corps et de l'esprit, caractérisée par :
- Sa chronicité impliquant un suivi au long cours et rapproché, au sein d'une relation de confiance
- La nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire bien orchestrée (suivi psychiatrique, dietétique, somatique)
- Un diagnostic souvent long et difficile : d'où l'importance d'un repérage précoce et d'une orientation rapide dans l'espoir d'en améliorer le pronostic.

Ainsi je souhaite mettre en lumière le vécu des patients atteints d'anorexie mentale dans leur relation avec leur médecin traitant.

Déroulement de l'étude :

Pour ce faire, je souhaite recueillir l'expérience des participant(es) au cours d'**entretiens individuels** d'environ 15 minutes, avec un enregistrement audio afin de pouvoir retranscrire les propos de la manière la plus exacte possible. (puis l'enregistrement sera effacé)
Par la suite, je réaliserai une analyse des informations recueillies dans le but de répondre à la question de mon projet : **Comment les patients atteints d'anorexie mentale perçoivent-ils la relation entretenue avec leur médecin traitant ?**

Votre participation :

Votre participation est **libre** et **consentie** par votre signature au bas de ce document. Une confirmation orale de votre consentement vous sera demandée avant de commencer l'entretien.
Vous êtes libre de changer d'avis, refuser de répondre à une question, interrompre momentanément ou définitivement l'entretien si vous le souhaitez.
Les informations que vous transmettrez seront **soumises au secret et totalement anonymes.**
Elles ne seront transmises à aucun organisme ni aucune autre personne que moi-même et le docteur PANTHENE-CHALAUD qui dirige ce projet.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de lire ces informations.

Je vous invite à confirmer votre participation en cochant la case suivante et en apposant la date et votre signature :

- ☐ J'ai reçu **oralement et par écrit** toutes les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt, les modalités et le déroulement de l'étude

Date :

Signature du participant :

Signature de l'investigatrice :

ANNEXE 3 : La fiche de recueil d'informations

1) Vous avez :
   - Entre 18 et 21 ans
   - Entre 21 et 25 ans
   - Entre 25 et 30 ans
   - Plus de 30 ans

2) Vous êtes :
   - Une femme
   - Un homme

3) A quand remonte le début de la prise en charge de votre trouble (approximativement) :
   - Il y a moins de 6 mois
   - Il y a entre 6 mois et 2 ans
   - Il y a entre 2 ans et 5 ans
   - Il y a plus de 5 ans

4) Avez-vous déjà effectué un séjour à l'hôpital dans le cadre de votre anorexie mentale ?

   Oui Non

5) Toujours dans ce cadre, avez-vous consulté en dehors de la clinique ou de l'hôpital :
   - Un psychologue
   - Un psychiatre
   - Un diététicien/nutritionniste
   - Un endocrinologue

Autre(s) professionnel(s) de santé consulté(s) pour la prise en charge de l'anorexie :

……

6) Avez-vous changé de médecin traitant depuis le diagnostic initial de votre anorexie?

   Oui Non

Si oui, avez-vous changé de médecin traitant car vous étiez insatisfait de sa prise en charge concernant l'anorexie ?

Oui Non

7) Depuis quand votre médecin traitant actuel vous suit-il ?

- Depuis 6 mois à 1 an
- Depuis 1 à 5 ans
- Depuis plus de 5 ans
- Depuis plus de 10 ans

8) A quelle fréquence, en moyenne, consultez-vous votre médecin traitant ?

- Une fois par semaine ou plus
- Une fois tous les 15 jours
- Une fois par mois
- Une fois par trimestre
- Moins d'une fois par trimestre
- Autre : ……..

ANNEXE 4 : L'aval du comité d'éthique

Comité Ethique du CNGE

155 rue de Charonne 75011 PARIS
Courriel : comite-ethique@cnge.Fr
Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 10 Décembre 2018

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude " Comment les patients atteints d'anorexie mentale perçoivent-ils la relation entretenue avec leur médecin traitant ?" –

AVIS n° -22111857

Le comité d'éthique a donné un avis favorable à la réalisation de ce projet, reposant sur des entretiens, visant à explorer la relation médecin généraliste / patient anorexique.

Le comité d'éthique suggère toutefois aux auteurs d'éviter de recourir à des questions fermées pour caractériser les participants lors du temps des entretiens, et de privilégier la constitution d'un échantillon raisonné (ce qui devrait intervenir en amont de la réalisation des entretiens eux-mêmes).

Cédric RAT Pour le Comité Ethique du CNGE

ANNEXE 5 : Sélection d'entretiens contributifs

Patiente P6, Entretien 221-4, Enregistrement 7

- **Alors tout d'abord, pour commencer est-ce que vous pouvez me dire un petit peu ce que représente pour vous la notion de médecin traitant ?**
- Ehm … C'est … Le médecin que, voilà … Que je consulte pour moi et pour ma famille, euuh pour les petits bobos comme pour les gros [rires]. Euh c'est un médecin euh, qui justement par cette relation qui s'étale dans le TEMPS, euh … Me permet de voir avec euhm … Confiance, honnêteté, franchise [pause]. Euh… j'ai la chance d'avoir un super médecin traitant qui est à l'écoute, euh, voilà. Qui est à l'écoute, qui me fait confiance … Qui a aussi eu des enfants, donc du coup moi comme j'ai un petit garçon de 6 ans ça me permet d'avoir aussi ce lien euh, voilà, … D'écoute, et de confiance et d'expérience aussi. Donc on, on … Elle va être là pour soigner bien évidemment quand on est malade, quand on a de la fièvre, ce genre de choses, et aussi elle assure le suivi pour mon fils et euh, voilà et mon suivi pour euh … D'autres choses que les petits bobos du quotidien. [sourire]
- **D'accord, très bien ! Donc euh vous la consultez finalement pour beaucoup de choses.**
- Oui tout à fait
- **Ehm est-ce que vous pouvez me raconter maintenant un petit peu comment s'est passé le diagnostic de votre trouble du comportement alimentaire ?**
- Alors moi je suis ici pour une rechute. Donc euh … Je sais pas si je vous parle de la première ou de la deuxième fois ? [rire]
- [**Rire] On part du départ !**
- Euh … Au départ en fait j'ai fait euh … J'ai commencé par faire une dépression qui s'est euh, portée donc sur des troubles du comportement alimentaire. Euh … Moi j'étais complètement dans le déni, hein. Je … Voilà, je me disais que c'était une mauvaise passe et que j'allais réussir à m'en sortir seule. Euh … Déjà par rapport à la dépression, je – je – j'acceptais pas. Et euh, j'ai mon meilleur ami euh … Qui m'a dit « Mais attends tu peux pas rester comme ça ! » quoi donc euh, donc après j'ai – ça a été assez long hein – J'ai accepté de consulter un psychiatre, mais je voulais prendre aucun traitement. Euh, au bout d'un certain laps de temps – au bout de plusieurs mois euh, je me suis rendue compte que le suivi, euh, avec le psychiatre ne suffisait pas donc euh j'ai … J'ai … Pris un antidépresseur mais euh voilà. En même temps euh, je souffrais d'anorexie - boulimie. Et euh … Ca a été compliqué pour moi de - d'en prendre conscience et de mettre des MOTS. Et toujours cet ami en fait en me voyant maigrir, maigrir, me dit « Mais tu peux pas rester comme ça » quoi donc euh … Voilà il m'a vraiment

incitée à me faire soigner, moi j'arrivais pas à décrocher mon téléphone donc en fait euh, bah il s'est renseigné, euh … A l'époque exerçait le Pr R. au CHU. [NDLR : Endocrinologue, spécialiste des TCA]

- **Hmm**
- Euh … Donc voilà. Il m'a dit « Ben écoute, tu t'occupes de rien, je m'occupe de tout » et euh, il m'a pris un rendez-vous, il m'a accompagnée [en riant], il m'a tenue par la main pour que je fasse pas demi-tour, euh, j'ai vu le Pr R. – Bon la première fois ça m'a pas parlé plus que ça mais euh il m'a proposé en fait de … A l'époque ils avaient mis en place un groupe de paroles le mardi au CHU, animé par une psychologue, Mireille BREMONT, et euh voilà, il m'a proposé de me rendre à … A cette réunion on va dire … [sourire] et euh quand je suis arrivée la première fois je me suis dit « Mais j'ai vraiment rien à faire là », il y avait que des filles assises autour de la table, jeunes, avec des sondes nasogastriques dans le nez ou d'une maigreur à faire peur [hausse les sourcils]. Donc euh j'ai eu envie de prendre mes - mes deux jambes à mon cou et de m'enfuir, bon je me suis dit « Maintenant que t'es là tu vas quand même écouter, hein », ça … Bah voilà ça … « T'es pas venue pour rien, au moins ne serait-ce que par respect ou aussi par curiosité » parce que voilà, je savais pas trop euh … Où je mettais les pieds. Et finalement je me suis assise autour de la table, j'ai écouté tout le monde parler, je n'ai absolument pas pris la parole mais j'ai écouté, et finalement je me suis dit : « Bah … En fait euh … Si. Je suis euh … Comme les personnes qui sont autour de la table » euh, simplement pas au même stade et si je veux pas en arriver là, il faut peut-être effectivement que je suive des soins. Voilà.
- **Hmm Hmm**
- Euh … Donc du coup voilà. Je – je – le Pr RIGAUD m'avais proposé une hospitalisation complète ici à Jouvence nutrition que j'ai pas voulue. En fait euh je … Je … Je voulais conserver euh – Par peur de ne pas réussir à y retourner – je voulais conserver ma vie de tous les jours en fait, et allier plutôt les soins et … Et ma vie. Et euh, voilà. Je me suis engagée au départ à reprendre euh, du poids. Ce que j'ai fait puisque j'ai dû avoir rendez-vous 3 mois plus tard et j'avais pris un petit peu de poids mais c'était pas suffisant quand même. Et du coup voilà, on est parvenus à un accord où euh … J'ai fait une demande d'hospitalisation de jour en fait … Et euh … Je venais une ou deux fois par semaine, suivant mes jours de repos au travail. Et je suis venue pendant euh, 3 ans et demi. Euh … je – j'ai eu un petit garçon en février 2013, que j'élève seule, donc après j'avais plus la possibilité - en terme d'agenda - de venir ici donc j'ai interrompu euh, mon suivi. Et je me suis beaucoup concentrée sur mon fils, j'ai aussi réparé et pansé mes blessures avec lui, et puis euh … Et bah aujourd'hui il a 6 ans, il a toujours besoin de moi mais d'une manière différente [rire], et euh, voilà il prend son indé

– un petit peu d'indépendance, et moi ça m'a renvoyée à … à mes blessures aussi, ce qui n'était pas guéri au final … Par l'interruption des soins, était toujours présent quoi. Et j'ai fait une rechute euh … L'année dernière donc en juin 2017. [silence]

- **D'accord. Et … Donc quand vous aviez assisté à ce groupe de parole, c'était en quelle année ?**
- Ca devait être en …. 2010 ?
- **D'accord. Donc finalement euh … Vous avez connu Jouvence Nutrition par le Pr RIGAUD et son équipe ?**
- Oui, tout à fait.
- **Vous aviez jamais été hospitalisée dans le service à l'hôpital ?**
- Non.
- **Ok ! Et donc finalement au tout début là, quand tout ça s'était passé, votre médecin traitant il était intervenu euh, à un moment donné ou pas ?**
- [inspire] Alors j'avais pas du tout le même médecin traitant [rire]
- **Oui, c'est intéressant [sourire]**
- Donc euh … Non en fait. Pas du tout
- **D'accord, OK.**
- Même la perte de poids, même euh … L'état dans lequel j'étais non, ça l'a pas …
- **Ouais …**
- C'était à la chaine quoi.
- **C'était un médecin qui était âgé ou pas ?**
- Bah … Non, il avait une cinquantaine d'années quoi !
- **D'accord. Et donc lui euh, vous lui avez dit après que vous étiez … que vous aviez participé à ce groupe de parole etc … ?**
- Non. Non. J'avais pas du tout le même lien que j'ai aujourd'hui avec mon médecin traitant.
- **D'accord.**
- Non non pas du tout. Là pour le coup lui il gérait vraiment que les petits bobos {rires] … et les maladies.
- **OK ! Et donc là lors de votre rechute vous aviez cette autre médecin ?**
- Oui
- **C'est une femme du coup ?**
- Oui
- **Et comment ça s'est passé avec elle, là au niveau de la rechute, de tout ça ?**

- Et ben en fait j'ai pris rendez-vous et euh … Hmmm c'était l'été et … Voilà ouais, j'ai pris rendez-vous et j'ai dit « Voilà je suis pas bien » quoi. Je suis pas bien euh … Je – Donc je lui ai expliqué, hein, que j'avais été malade une première fois puisqu'elle m'a pas connu à cette période-là et euh … En fait j'étais incapable de continuer à exercer euh, mon travail donc euh … Donc voilà, je suis allée la voir et euh, elle m'a … Elle m'a – en fait je travaillais en horaires décalés – Donc euh, elle m'a … J'avais déjà perdu beaucoup de poids et du coup elle m' a prescrit euh, 2 mois de travail en horaires de bureau en fait. Euh … Et puis voir si effectivement ça suffisait à ce que je me repose, à ce que je me recale sur un rythme euh … Voilà mais on a … Quand j'ai pris rendez-vous avec elle on a … longuement discuté, c'était pas du tout quelqu'un qui connait cette maladie-là. Donc on a – elle a été TRES à l'écoute, elle a pris le TEMPS de m'écouter, et aussi après de faire un petit peu des recherches de son coté, et euh, bon. On se connaissait depuis suffisamment longtemps pour qu'elle me prenne au sérieux, c'est-à-dire que je suis pas quelqu'un euh … Qui … suis allée la voir auparavant pour lui … Pour me plaindre, ou pour lui demander un arrêt de travail ou euh, donc là c'est que j'étais vraiment voilà. C'est vrai que j'étais – et puis ça se voyait que j'étais vraiment pas bien. Donc au départ elle m'a proposé cette solution-là, elle m'a dit « Voilà ce qu'on peut faire c'est vous mettre en horaires de bureau pour que vous recaliez votre sommeil, votre alimentation », et puis euh … Bah ça n'a pas – ça n'a pas suffit. Et moi les horaires de bureau c'était compliqué pour moi, je suis pas du tout habituée, et … Et au travail, euh la personne qui gère ma programmation euh, m'a suggéré en fait de reprendre mon travail, mais à mi-temps thérapeutique, et le mi-temps thérapeutique devait passer par mon médecin traitant. Donc euh voilà, je l'ai rappelée, j'ai repris rendez-vous avec elle, je lui ai expliqué tout ça et elle m'a dit « Oui il y a aucun souci ». Et, et … En parallèle, euh bien évidemment euh … Je lui avais parlé de Jouvence Nutrition, et j'ai refait euh … un dossier pour euh bénéficier d'une hospitalisation de jour et de soins euh ici. Du coup il fallait vraiment coupler les deux, j'avais besoin de ce mi-temps thérapeutique pour me reposer, j'étais très, très, très fatiguée. Euhm … Et puis, et puis voilà, ce suivi ici euh, au départ je suis venue une fois tous les 15 jours parce que je pensais pas que le rechute était aussi sévère, et puis je me suis rendue compte … euh grâce à l'ensemble de l'équipe que voilà, c'était pas suffisant. Donc je suis revenue une fois par semaine. Donc voilà. J'ai été un – un an à mi-temps thérapeutique qui s'est terminé au mois d'octobre et euh voilà. Elle a –elle a – toujours été ehm, voilà. Elle a été à mon écoute, elle m'a fait confiance, elle a fait des recherches, elle a aussi vu que … En parallèle je mettais en place des choses, et que je me contentais pas euh, juste de rester dans mon canapé chez moi [sourire]. Donc voilà, on a cette relation de – ouais – d'écoute et de confiance.

- **D'accord ! Tant mieux ! C'est mieux effectivement que le médecin d'avant qui était pas …**
- C'est ça.
- **Et du coup, euh … Votre point de vue à vous, sur sa prise en charge, vous la qualifieriez comment ? Quels termes vous utiliseriez ?**
- Par mon médecin traitant ? Ah ben elle est exceptionnelle ! [rires] Elle est exceptionnelle … Oui oui.
- **D'accord. Et est-ce que vous avez l'impression qu'entre avant – et après cette rechute où vous avez mis en place des choses ensemble, ça a changé votre relation ou pas ?**
- Non, parce qu'en fait euh je … Je lui parle de beaucoup de choses. J'ai eu mon fils toute seule, il a 6 ans, donc on a beaucoup euh … Voilà, parlé de – de – aussi de ma vie, de mon fils, de … Elle nous suit euh, depuis toujours, c'est elle qui fait le suivi de Louis donc euh. Voilà elle – on a parlé de plein d'autres choses euh – sur lesquelles on a établi aussi notre relation de confiance. Sur euh, des repères vis-à-vis de l'enfant, euh … Donc euh. Non, en fait euh, cette relation elle s'est vraiment - C'est parce qu'elle s'est inscrite dans le TEMPS – et que c'est quelqu'un à l'écoute, d'empathique, euh de … Bienveillant. Et … Et du coup euh, je – je suis jamais trop à l'aise de parler de la maladie parce qu'est … [cherche ses mots] euhm … pas … la facette de soi qu'on a envie de – d'exprimer aux autres. Mais euh je sais qu'elle est sans … jugement en fait. Et bienveillante. Donc euh voilà. Je – j'y vais c'est jamais un plaisir d'aborder le sujet, mais … En même temps quand je lui parle je vois qu'elle écoute et qu'elle essaye de comprendre. Donc euh, j'essaye aussi de trouver les bons mots pour lui expliquer au mieux parce que c'est une maladie tellement particulière, et je pense que je dois être sa seule patiente euh, comme ça quoi. Donc c'est pas évident pour un médecin non plus, euh … De – d'arriver à comprendre [rires] cette maladie-là, de comprendre quelqu'un comme nous et euh … Comme moi et de –d'essayer d'être euh, au plus juste euh.
- **Tout à fait. Et puis finalement effectivement on n'est pas toujours bien formés, on sait pas toujours comment faire correctement, mais après c'est à chacun aussi de se renseigner, de s'impliquer …**
- C'est ça !
- **Et du coup vous, imaginons comme ça, si vous étiez à la place d'un médecin traitant qui reçoit une dame, qui vient comme vous un peu en détresse, qu'est-ce que vous auriez fait, euh … différemment ou … comme elle ?**
- En fait j'aurais fait comme elle. Ouais, ouais je trouve que c'est la meilleure des solutions en fait. L'écoute, l'attention … Après le fait de faire des recherches, parce qu'effectivement on sait pas tout sur tout et puis euh … Non, voilà, elle euh, on s'adapte en fait l'une et l'autre au

fur et à mesure que la situation évolue, donc euh … Il y a aussi cette faculté de – d'observer, d'être à l'écoute … Euh … de réadapter les choses s'il y a besoin ... Non je trouve qu'elle est, elle est – elle est juste en fait. [sourire]

- **Bon ben c'est super ! Tant mieux [sourire]**
- C'est ça. Elle est ouais, elle est où il faut et comme il faut. Et le fait de pas juger, et de ne pas … de – Enfin je trouve c'est aussi tout à son honneur de – de dire en tant que médecin : « Ben voilà, c'est pas une maladie que je connais, mais euh … mais voilà, je vais – je vais regarder euh... Je préfère ça à quelqu'un qui me dise euh, voilà, qui donne – qui se donne des grands airs de tout savoir et – et au final euh voilà. Il y a tellement de pathologies différentes, un généraliste peut pas euh … Connaitre toutes les maladies, et leurs répercussions, et le comportement sur le bout des doigts quoi !
- **Ben oui, bien sûr …**
- Donc euh voilà, je trouve que c'est … Non c'est quelqu'un de fantastique. [rires] Je la changerais pas, pour tout l'or du monde !
- **C'est super, c'est vrai qu'avec les entretiens que j'ai fait c'est pas toujours ce qui ressort … [sourire]**
- C'est ça ! Ah bah le généraliste que j'avais avant je vous aurais pas du tout dit la même chose vous voyez ça a été très court quand on a abordé le sujet ! [rire]
- **Et est-ce qu'il y a d'autres choses sinon que vous aimeriez me dire sur le sujet ?**
- Sur mon médecin – enfin sur le –le …
- **Sur la relation … Le médecin traitant euh …**
- Non, je crois que je vous ai à peu près … Je crois que je vous ai tout dit ! [sourire]
- **Merci !**

<u>Patiente P10, Entretien 291-1, Enregistrement 12</u>

- **Donc pour commencer, est-ce que vous pouvez m'expliquer une petit peu ce que vous évoque d'une façon générale la notion de médecin traitant ?**
- Bah … Un médecin qui nous suit euh … Souvent pendant plusieurs années et puis qu'on consulte quand on a un souci de santé. Qui connaît nos antécédents et … [sourire] Voilà. C'est … Le premier qu'on va voir. [rire]
- **Hmm, très bien ! Et … Vous par exemple votre médecin traitant vous le consultez pour quoi ?**
- Quand euh … J'ai un virus, quand euh … [réfléchit] Ouais voilà, quand il y a un souci. Mais en fait euh j'en ai plus. Enfin plus vraiment donc en fait euh … Ouais. Voilà.

- **D'accord, pourquoi vous en avez plus vraiment ?**
- Bah parce que … Mon … Enfin … Mon avant-dernier médecin traitant m'a … [silence] … Un peu virée de son cabinet, en me disant que mon cas était trop grave et que il ne voulait plus s'occuper de moi. Voilà. Et euh … Le dernier, qui est encore du coup euh, mon médecin traitant sur le papier euh … Bah … A estimé pareil, mon cas trop grave donc euh, bah [hésitation] il a bien voulu me faire une lettre pour m'envoyer à Paris, à Lyon, à … Voilà. Mais il allait pas me suivre de manière somatique régulièrement.
- **D'accord. Il vous l'a dit, ça ? Il vous l'a dit … Clairement.**
- Il me l'a verbalisé ouais, voilà. Donc je vais le voir une fois tous les 3 ans pour euh, renouveler l'ALD.
- **D'accord. OK. Est-ce que vous pouvez me raconter un peu maintenant comment s'est passé un peu le début, le diagnostic de la maladie ?**
- Alors le tout début euh … J'avais un médecin de famille, euhm c'est lui qui a … Après plusieurs malaises, plusieurs séjours du coup en centre hospitalier, c'est lui qui a vraiment mis les mots dessus. Et qui a essayé de m'orienter euh … [réfléchit] Vers des spécialistes, à l'époque. Mais il est parti en retraite à ce moment-là.
- **D'accord.**
- C'est … Voilà c'est le médecin généraliste qui – c'est dommage qu'il soit parti en retraite - parce que pour le coup bah j'étais tombée sur quelqu'un qui aurait été … Bien [sourire]. Voilà. Un généraliste qui … Qui aurait pu me suivre globalement et m'orienter vers des spécialistes et faire le LIEN, sur une équipe pluridisciplinaire, je pense. Ce qui est pas le cas [incompréhensible] avec les autres.
- **Oui. D'accord. C'était il y a longtemps ça ? La première fois que vous en avez parlé avec lui ?**
- Euh … J'avais 15 ans. Donc euh, c'était il y a 13 ans. [silence]
- **Et, à part le médecin –donc ce médecin – qui est intervenu, il y a d'autres personnes, par exemple vos proches, ou d'autres professionnels de santé qui … ?**
- Euh… Ma famille était énormément dans le déni donc euh en fait euh … [hésitation] Un jour où j'étais dans un état un peu pitoyable, ma proviseure m'a déchargée de cours, a pris sa voiture et m'a emmenée chez un médecin qui m'a emmenée directement à l'hôpital.
- **D'accord**
- Voilà. Et c'est là que je suis rentrée vraiment dans le milieu des soins.
- **Et donc euhm, voter médecin traitant, vous m'aviez dit que … Il a su vous orienter, il a fait quoi en fait ?**

- En fait il m'a … Donné euh, des articles, euh, des numéros de téléphone, et puis … Il y avait ma mère dans la consultation. Il a essayé de - de lui en parler, de … Mais mes parents étaient énormément dans le déni, aussi. Et puis bon moi ça m'arrangeait bien aussi, voilà [sourire]. Donc euh … Donc voilà ! Mais encore aujourd'hui j'ai ses articles, hein. Donc c'est … C'est que finalement ça a bien marqué, hein ! [sourire] Mais euh … Mais à l'époque euh … Ouais c'était … On était dans le déni énormément en fait. Hmmm.
- **Et … Comment vous en êtes arrivée à la clinique de Jouvence ?**
- En fait euh … Du coup mon – mon lycée a – après avoir fait un séjour du coup, après que la proviseure m'ait emmenée à l'hôpital, après la consultation du médecin puis l'hôpital – Euh, a exigé un –un suivi, et notamment un suivi par un médecin psychiatre.
- **Hmm Hmm**
- Qui m'a fait hospitaliser, connaissant peu de cliniques, dans une clinique psy. Et euh … J'étais euh … En train de … Mourir là-bas ! [rires] Et euh, et ce jour-là j'ai ressorti le petit bout de papier que euh, ce généraliste super m'avait donné, et euh … j'ai appelé ce numéro, qui était le numéro du Pr RIGAUD, au bocage. Qui … M'a reçue dans la semaine, voilà, et qui m'a littéralement sauvé la vie. Et donc j'ai été hospitalisée au bocage et puis après à Jouvence, à l'ouverture. Et puis, voilà.
- **D'accord !**
- Et puis après Bocage – Jouvence – Bocage – Jouvence … [silence]
- **OK. Donc après, ce médecin traitant vous me disiez, il est parti en retraite, donc vous avez changé de médecin, et lui donc euh … Il vous a vu quelques fois avant de vous dire – avant de vous mettre dehors comme vous le disiez ?**
- Ah oui, oui oui ! Ben … C'était euh … En fait je venais et puis bah … Les compléments bah, je lui en demandais mais du coup elle connaissait pas les noms, donc par exemple au lieu de mettre Fresubin elle mettait un F et puis elle me laissait remplir. « Vous avez besoin de quoi ? », « Euh … de ça », la prise de sang bah ça sert à rien parce que de toute façon elle sera mauvaise, prendre la tension bah ça sert à rien parce que de toute façon elle est dans les choux, euh … Donc en fait ça sert à RIEN quoi. Donc euh … Bon ben … VOILA.
- **OK, il y avait comme… un peu un manque d'investissement dans le … dans la prise en charge quoi ?**
- C'était … Oui. Je pense qu'elle était démunie, donc en fait euh … Du coup ça servait à rien, enfin… Donc, j'étais plus, enfin je pense que je la mettais plus à mal qu'autre chose, et moi ça me mettait à mal de la mettre à mal, et finalement c'était … Donc voilà, à chaque fois que j'y allais finalement on m'auscultait, c'était pas… C'était pas possible parce que de toute façon ça allait être mauvais, et faire des analyses – allaient être mauvaises, et quoi qu'il arrive

pour elle, il y avait qu'un seul remède c'était de manger, donc de toute façon, euh … Voilà enfin. [silence] Il fallait pas … Il fallait pas investir plus loin quoi.

- **Hmmm**
- Donc du coup c…. On y arrivait pas quoi.
- **Effectivement, il faut aussi un investissement bilatéral** …
- C'est ça.
- **D'accord. Donc euhm … Maintenant, est-ce que vous pourriez dire – comme il y a eu plusieurs médecins traitants c'est difficile – en parlant du premier, et en parlant ensuite des autres médecins traitants, comment vous qualifieriez leur prise en charge ? Quels mots vous mettriez ?**
- Le premier, euh … très bon. La deuxième je pense qu'il y avait vraiment une MECONNAISSANCE des troubles du comportement alimentaire qui faisait que ça la mettait à mal, et du coup euh … C'est pas qu'elle euh, voulait pas faire, mais c'est qu'elle ne SAVAIT pas faire. Euh …. Et puis que j'étais pas forcément une patiente facile non plus, faut le reconnaître. Et euh … Le dernier bah … C'était … Compliqué. Et tous ceux après que j'ai voulu essayer de prendre en médecin traitant, bah il y a avait beaucoup d'hypokaliémies, et pour euh c'est – il y a trop de danger, et en étant en libéral c'est trop compliqué à gérer. Et là je leur jette pas la pierre parce que c'est vrai, c'est compliqué. Et euh … Et il y a beaucoup de médecins qui sont pas habitués à travailler en équipe, surtout en libéral. Ils sont pas habitués à faire des compte-rendus, à … A dire bah voilà... Et même au niveau – par – certains psychiatres, hein, ils sont contents d'avoir le compte-rendu du collègue, mais en faire un au collègue, tout de suite ça pose problème hein ! [sourire]
- **Oui c'est sûr que pour la bonne coordination euh … En libéral, il faut qu'il y ait un minimum de communication.**
- C'est ça. Et donc euh … Je dirais que il y a un manque de … Pour moi c'est [hésitation] … Le trouble alimentaire est pas FACILE à prendre en charge, et il y a un manque de formation en terme de travail d'équipe entre … Entre professionnels, en tout cas en libéral. Ce qu'on ne ressent pas en structure, puisque tout le monde est habitué à travailler en équipe et à partager et à transmettre les informations. Mais voilà c'est … En libéral on sent que chacun est dans son petit coin, et finalement c'est trop compliqué d'échanger et du coup ben, travailler seul ça va pas, ça marche pas, c'est trop difficile et du coup bah on préfère dire au patient « Bah, écoutez en fait euh … Je peux pas vous prendre en charge » quoi.
- **Hmmm D'accord. Parce que vous, vous étiez suivie par d'autres praticiens libéraux ? Psychologue, psychiatre …**

- Ouais, ouais, diététicien etc … J'avais la panoplie libérale à l'extérieur quoi. Mais c'était pas possible de faire le … Tant qu'il y avait le Pr RIGAUD, on arrivait à peu près à … Parce qu'il faisait les compte-rendus aussi pour tout le monde, et euh, voilà il y avait – du coup certains s'y mettaient … Mais s'il y a pas quelqu'un qui … En fait le Pr RIGAUD faisait le généraliste, hein voilà ! [rires]. Mais tant que … On sent – on sent que c'est compliqué, par exemple les – les psychiatres ne sont pas habitués à travailler en équipe, ne sont pas habitués à … Euh … Et puis, pour les généralistes et ben … Voilà, la formation Troubles du comportement alimentaire elle reste euh, elle reste très limitée et du coup bah c'est plus facile d'envoyer dans un centre, c'est plus facile de … Si vous demandez à un généraliste un rendez-vous euh, mensuel juste pour euh voilà, une prise de sang, une pesée, euh, une tension etc … Il vous regarde euh : « Ben vous avez pas de virus » quoi. Vous … vous voyez ? Vous y allez tout simplement pour – et vous l'intéressez pas du tout quoi !
- **Hmm Hmm**
- Moi je me suis présentée il y a pas longtemps parce que le Dr YUAN m'avait dit « Il FAUT que vous ayez un généraliste, il faut que … euh [inspiration] Et là le médecin m'a regardée … Grosso modo mais … Mais ouais … « Mais euh … Vous êtes malade sinon ? Vous toussez ? Vous euh … » Et là je me suis sentie mais STUPIDE et … Et …[en riant] Et la seule excuse qu'il a trouvée pour me dire « Je veux pas vous revoir » c'est [imitant le médecin] : « Vous habitez quand même un peu loin de mon cabinet ! ».
- **D'accord**
- [sourire] Oui, effectivement, je … Si vous voulez ! [rire]
- **Vous sentiez qu'il était pas … Forcément intéressé, ou qu'il …**
- C'est ça. Et, et donc du coup – effectivement je comprends bien, c'est PAS intéressant de recevoir un patient et de le peser, prendre sa tension et de-de- recevoir une prise de sang, et de vérifier et de l'appeler s'il est en hypokaliémie ou … Voilà. Et … Mais du coup ça met le patient encore plus à mal, et … et du coup il se dit « Bon ben c'est pas grave quoi ». Déjà qu'on veut pas … Si on peut éviter les soins on les évite, mais alors si en plus on nous renvoie la balle de : « Boarf, euhrm », bah du coup vous vous faites : « Ah bah pas besoin de médecin traitant ! Pas de problème quoi ! » [rire]. C'est … Voilà.
- **OK ! Euuuh … Dernière petite question – enfin avant-dernière petite question : Si vous, vous aviez été médecin généraliste, et qu'il y a une jeune dame qui se présente à votre cabinet comme vous, comme ça. Qu'est-ce que vous feriez ?**
- Ehm … Ben je lui proposerais justement d'avoir un suivi pluridisciplinaire et de la voir régulièrement.
- **Hmm**

- Euh … Parce qu'en fait pour moi ce qui – ce qui tient c'est la régularité, et euh … C'est - toute façon il FAUT une approche pluridiscipinaire, parce que c'est pas … Il faut effectivement qu'au niveau alimentaire ça tienne, il faut un suivi psy, il faut au niveau somatique surveiller, c'est euh … Mais il faut aussi, voilà, un suivi régulier à tous points de vue, et que ça tourne au niveau de l'équipe, euh, il faut qu'une confiance s'installe et c'est pas avec un rendez-vous tous les 6 mois que la – que la confiance s'installe. Euh … Et euh pour moi le médecin traitant malgré tout c'est un peu – c'est un peu le centre. C'est un peu le maillon de la chaine quoi. Et euh … Et donc même si c'est 5 minutes, toutes les 2 semaines, ben pour moi ça vaut le coup en fait. [silence] Ca vaut le coup. Et euh … Ouais. Moi je … C'est aussi, le patient dans ces cas-là il manque tellement d'estime, il manque tellement de … Il croît tellement qu'il vaut RIEN, que lui montrer qu'en fait euh, il EST important, il a de la place, et qu'on peut prendre du temps pour lui, euh … Ben c'est important en fait. C'est lui redonner un peu de valeur.
- **[sourires] C'est une jolie conclusion à la question… OK, et donc enfin, est-ce que euh, vous avez l'impression – j'imagine que vous allez me dire oui au vu de ce que vous m'avez raconté – est-ce que le fait d'avoir cette maladie, ça change la relation que vous avez avec votre médecin traitant ? Quand il y a eu des mots de mis, ça a changé quelque chose pour vous ou pas ?**
- Euh … Oui. Parce que en fait – et c'est là où c'est … - c'est pour ça aussi qu'il y a besoin de, de rendez-vous relativement réguliers – c'est que, euh, il faut vraiment qu'il y ait une confiance qui s'installe parce que on se rend pas compte que dans le TCA, enfin on –on révèle, en tout cas le patient souvent le ressent comme ça, c'est – c'est d'une intimité … Terrible. [sourire]. Et … Si on voit son médecin traitant une fois tous les 6 mois, euh clairement on va lui mentir quoi. [rires] Je veux dire, faut pas rêver quoi ! Euh … Et du coup euh, oui, il y a – il faut qu'un lien de confiance s'installe, et il y a du coup forcément une relation différente qui s'installe. Obligatoirement. Et on le voit bien avec les autres thérapeutes c'est pareil. C'est … Il y a un vrai besoin de pouvoir à nouveau faire confiance. Voilà.
- **Hmm, OK. Je vous remercie !**

<u>Patiente P15, Entretien 311-3, Enregistrement 17</u>

- **Alors pour commencer, est-ce que vous pouvez me dire un petit peu, d'une façon générale, ce que vous évoque la notion de médecin traitant ?**

- Euh … Ben c'est un médecin qui nous suit depuis toujours, non ?
- **Hmmm**
- Je dirais que c'est ça ou que c'est … Oui, c'est quelqu'un qui nous connaît bien, et qui connaît un peu… notre évolution au cours du temps.
- **Et … Vous par exemple, vous y allez pour quoi chez le médecin traitant ?**
- Quand je suis malade. [rires]
- **D'accord. Vous y allez pas souvent alors ?**
- Non. C'est vraiment très rare. Enfin jusqu'à maintenant [rire]
- **Okay ! Et … Alors maintenant on va parler un peu de votre histoire. Alors est-ce que vous pouvez me raconter un peu comment ça s'est passé les débuts avec la maladie ? Comment ça a été diagnostiqué etc …**
- Euh, ça a été diagnostiqué officiellement assez tardivement, parce que … Ben c'est ma mère qui s'en est rendue compte en fait. Euh parce qu'en fait quand je suis allée voir mon médecin traitant il était pas du tout au courant – enfin il était – pour lui, pff... Il y avait pas de problème. En fait vraiment il m'a pris plusieurs fois la tension, enfin soi-disant … Enfin il était pas – il s'est jamais alarmé – il m'a jamais rien dit. Jusqu'à ce que vraiment on doive lui dire « Mais si, si ! ». Enfin que ma mère lui dise : « Si, si, elle est anorexique ! ». On est allés voir aussi un autre médecin qui s'est clairement moqué de moi, et qui a tourné en dérision, il a dit que j'avais juste à manger, enfin … Ca a vraiment été un peu compliqué. Oui… Ils se sont pas …
- **Parce que donc le médecin il avait vu que vous aviez perdu du poids mais lui il avait pas …**
- Non, lui il n'a rien vu du tout. Mon médecin traitant n'a rien vu du tout. C'est pourquoi je suis allée voir d'autres médecins. Dont un qui s'est … clairement … Voilà qui était très … Désobligeant. Et le médecin traitant d'une de mes sœurs est différent du mien, et je suis allée voir ce médecin et là j'ai été suivie euh … Voilà. C'est à partir de ce moment-là que j'ai commencé à être suivie par elle.
- **D'accord. Et jusqu'à maintenant c'est elle qui vous suit alors ?**
- Non, elle n'exerce plus là-bas.
- **Ok. Donc en fait heureusement que votre Maman a été là pour vous accompagner …**
- Oui, oui oui.
- **C'était difficile …**
- Bah elle était un peu formée parce que ma sœur était elle-même… malade et elle avait été directement prise en charge par ce médecin donc elle savait – elle a su - reconnaître les signes.
- **D'accord. Okay ! Et donc vous êtes allée voir le médecin de votre sœur, et qu'est-ce qu'elle a fait ?**

- Euh, tout d'abord elle a essayé de me faire sortir du déni. Première chose. Après elle a essayé de … Me mettre dans la tête que je me fasse hospitaliser – ce qui n'était pas possible pour moi – donc euh régulièrement je passais la voir, elle me donnait des conseils nutritionnels, elle prenait mon poids, ma tension, elle contrôlait mes signes vitaux, elle euh … Mon moral aussi. Elle a plusieurs fois joué le rôle d'une psychologue. Mais voilà.
- **D'accord. Elle vous a proposé des médicaments ?**
- Oui oui. J'étais totalement OPPOSEE à ça. Mais oui elle m'en a proposé plusieurs fois. Des antidépresseurs aussi.
- **Oui … Et est-ce qu'elle vous a proposé d'aller voir d'autres professionnels de santé ?**
- Oui, parce que j'étudiais loin de … de son cabinet. Mais euh, on n'avait pas forcément le temps et puis les moyens financiers tout ça … C'était compliqué donc euh, j'ai pas suivi, mais elle me l'a proposé.
- **D'accord. Et elle vous voyait à quelle fréquence ?**
- Toutes les 2 semaines.
- **Et ça vous convenait ?**
- C'était compliqué aussi, parce que je rentrais pas forcément les week-ends et quand je rentrais j'avais pas forcément envie d'aller chez le médecin alors … Enfin plus ou moins.
- **Oui, c'est pas toujours facile de mettre en place un suivi … Et est-ce que vous – est-ce qu'il y a d'autres choses que vous auriez souhaité qu'elle mette en place et qu'elle n'a pas fait par exemple ?**
- Euh … Je pense que tout avait été mis en place. Il aurait fallu peut-être y avoir un … Un suivi à distance peut-être, ça aurait été bien. Mais je ne pense pas que ça soit possible. Mais ça aurait été bien.
- **C'est une bonne idée ! Personne ne m'avait parlé de ça … Mais c'est vrai que ne serait-ce qu'un coup de téléphone de temps en temps …**
- C'est ça. Et peut-être un suivi –étant étudiante – avec la fac ou quelque chose comme une mise en relation avec la fac. Je pense que ça peut être bien qu'il y ait un partage des données, un partage des informations. Un suivi « partout », pluridisciplinaire.
- **Et … A la fac vous aviez été suivi par la médecine de la fac ou pas ?**
- Ils le proposaient pas. C'est nouveau là, cette année, donc euh non.
- **C'est vrai que c'est un axe de travail aussi ! Et donc comment vous en êtes venue à connaître Jouvence ?**
- Euh, c'est ma mère, pareil, qui a … Oh je ne sais plus comment. Mais qui a entendu parler de ce centre. Et moi-même j'avais lu un livre d'un médecin qui a exercé ici. Il y a eu Delphine de Vigan. Et donc euh … Elle m'a parlé de ce centre, j'ai directement fait la relation, et euh

… Ben de fil en aiguilles, quand j'ai vu que ça n'allait vraiment plus ben… J'ai demandé à venir ici.

- **D'accord ! Et vous avez été reçue en hospitalisation ?**
- Complète, oui. […]
- **Ehm … Et alors ce médecin traitant de votre sœur a arrêté d'exercer, et vous avez eu un autre médecin traitant alors** ?
- Maintenant je n'ai plus de médecin traitant. Je vois un médecin ici, c'est tout.
- **Oui d'accord. Et le médecin d'ici vous le voyez souvent ?**
- Toutes les 4 semaines maintenant. En hospitalisation complète c'était toutes les 2 semaines mais maintenant c'est tous les mois.
- **Alors maintenant, c'est un petit peu difficile mais vous allez essayer de vous mettre à la place d'un médecin traitant, et qui reçoit dans son cabinet une jeune dame comme vous, qui souffre, qui est malade, avec sa maman, et qui vous dit que ça ne va pas. Qu'est-ce que vous faites ?**
- Hmm déjà je serais perdue. Je saurais pas trop quoi faire parce que … Il y a pas de … Il y a pas de formation pour ça. Même le chapitre Nutrition en médecine est très restreinte, très réduit. Donc vous n'avez pas vraiment … De véritable formation. En tous cas, toutes les personnes avec lesquelles j'en parle, clairement ça ressort. Donc je pense qu'il y a un grand manque. Euh … Je pense qu'il faudrait un suivi assez psychologique. Je lui proposerais – ben dejà j'essaierais oui, de discuter beaucoup de temps avec elle seule-à-seule, après, je proposerais quand même comme le médecin de ma sœur a fait, des … Des médicaments, une aide, enfin … Je prendrais toutes ses constantes vitales et en fonction de ça il faudrait aviser. Je l'orienterais, ben, vers le centre hospitalier ici – enfin ce centre – parce que je trouve qu'il est vraiment bien. Après pas forcément un centre psychiatrique tout ça, non. Je pense que c'est pas forcément la solution. Pas du tout.
- **Vous n'avez pas eu l'occasion d'aller dans un hôpital psychiatrique dans votre parcours ?**
- Non, non, mais … Vraiment ici il y en a beaucoup qui en ont fait l'expérience et je pense que c'est totalement contre-productif.
- **Effectivement, ça revient fréquemment dans les discussions avec les patientes qui ont fait un séjour en hôpital psychiatrique …**
- Ben c'est plus traumatisant qu'autre chose.
- **D'accord … Et … Est-ce que vous avez l'impression – on va parler avec la médecin, celle que vous aviez eu avec votre sœur – que la relation que vous aviez avec elle, elle a évolué avec le suivi de votre maladie ? Est-ce qu'entre le début et l'après, c'était différent ?**

- Euh bah oui, dans le sens où il y a eu un rapport de confiance qui s'est instauré et une relation … Oui. De confiance mutuelle. Parce qu'on a appris à se connaître et c'était beaucoup plus facile. Personnellement je pouvais me confier à elle, et elle me faisait plus confiance, elle me donnait des objectifs, elle m'encourageait, elle me … Ouais. Elle se permettait même parfois de me houspiller un peu … Il y a vraiment eu un … Un rapport de confiance oui.
- **D'accord. Ça c'est important …**
- Ben je pense qu'il faudrait l'instaurer dès le départ oui. Ce serait bien aussi qu'il y ait un … un suivi, dans ces cas-là. Une sorte de relation entre un diététicien ou une nutritionniste et le médecin traitant, quelque chose, vraiment … un LIEN.
- **Oui, vous aviez-vu un nutritionniste vous ?**
- Je voyais une diététicienne à l'époque.
- **D'accord. Et il y avait pas de lien …**
- Pas du tout ! Je pense que ça manquait cruellement.
- **Oui c'est dommage… Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous voudriez me dire sur le sujet ?**
- Euh non … Je vois pas vraiment … Ben à part le fait que ça manque vraiment... C'est très peu connu. J'avais consulté un médecin sur Nancy qui était acupuncteur et lui-même était désemparé en fait. Il savait pas quoi faire. Il a un peu expérimenté sur moi… Ca s'est bien passé, hein. Mais qu'un médecin de son expérience (parce qu'il était assez âgé), doive expérimenter à nouveau … Enfin, je pense que c'est quand même une maladie assez ancienne – C'EST une maladie TRES ancienne, et elle existe depuis des époques … Et c'est très peu connu. Je trouve que c'est assez problématique, parce que ça touche beaucoup de gens.
- **C'est vrai, et puis c'est une prise en charge qui est pas évidente. Ca se voit bien avec ce médecin qui avait déjà eu votre sœur comme patiente, et qui semblait déjà un peu plus rôdée, un peu plus à l'aise** …
- Oui. J'ai eu énormément de chance parce qu'elle avait justement travaillé dans un centre qui traitait les TCA, donc elle s'y connaissait, mais c'était un – un coup de chance incroyable. Parce qu'elle était dans un tout petit village de rien du tout, et moi j'étais à Nancy, je n'avais rien !
- **Donc vous voyiez la différence entre ce médecin qui avait travaillé dans ce domaine-là et d'autres médecins qui étaient …**
- Ah ben qui étaient totalement jugeants et qui … Qui ne voyaient rien et qui ne voulaient surtout pas s'en approcher. Ça fait peur. [silence] Et c'est quand même bizarre que ça fasse peur à des médecins.
- **Et pourquoi vous pensez que ça fait peur ?**

- Il y a une sorte d'incompréhension. C'est que, manger c'est tellement naturel normalement, que s'éloigner du naturel comme ça, de l'instinct, de l'inné … Ça fait peur. Parce que c'est incompréhensible. Et puis il y a une relation directe à l'affectif, à l'affect, à tout ça. Donc ça nous pose des questions sur nous-même finalement, et on n'a pas forcément envie de se poser des questions, ouais c'est pas ... Facile.
- **Je vous remercie beaucoup.**

Patiente P17, Entretien 012-2, Enregistrement 19

- **Alors pour commencer, est-ce que vous pouvez me dire un petit peu ce que vous évoque la notion de médecin traitant ?**
- Euh … [réfléchit]. Un médecin présent en cas de tout – pour tout type de maladie.
- **Hmmm. Vous y allez pour quoi vous par exemple ?**
- Euh … Fièvre depuis 48h, ou 72, avec des symptômes associés, blessure … J'ai 4 enfants donc j'y vais régulièrement. Voilà, je vais y aller pour un conseil aussi, de suivi. Euh … Douleur …
- **Donc comme vous le dites, c'est très varié**.
- Voilà.
- **Est-ce que vous pouvez me dire un peu comment ça s'est passé vos débuts avec la maladie ?**
- Alors. Mes débuts avec la maladie euh … Pour moi ça a été très particulier parce que j'ai 50 ans, et que … J'ai toujours eu des troubles alimentaires - mais toujours - avec une mère qui en avait également, qui m'a élevée dans la restriction. Euh … A 20 ans j'ai commencé à … A plonger vraiment. Donc en 2 mois j'ai perdu 10 kilos, et ma mère est restée dans le déni de mes besoins. Et du coup ça s'est transformé pour moi en … En déni et en culpabilité énormes. Et … J'ai pas une vie simple. J'ai pas une vie simple … Des problèmes de stérilité importante, j'ai eu des problèmes de santé très lourds aussi suite à une péritonite appendiculaire. Beaucoup de problèmes digestifs ET gynéco, de grosses opérations, et … Un fils très lourdement handicapé, que des enfants prématurés, qui ont des problèmes de santé, enfin … Enfin voilà, tout ça c'est un peu lourd. Obligation d'arrêter mon activité professionnelle à la naissance de mon troisième enfant né grand préma et très handicapé … Et si je vous raconte tout ça c'est parce que tout ça, ça a mené à un burn-out en fait, il y … 4 ans. Et au décours de ce burn-out pendant lequel j'ai été hospitalisée 4 mois et demi, j'ai perdu énormément de poids –je mangeais plus du tout- et à ce moment-là on m'a parlé d'anorexie.
- **D'accord …**

- Euh … Mon médecin généraliste m'avait alertée plusieurs fois sur le fait que j'étais limite en poids, mais j'étais tellement dans la honte et la culpabilité que voilà, je … Et surtout je me rendais pas vraiment compte de ce que j'avais. Pourtant je travaillais dans une profession médicale, donc c'était vraiment très particulier. Mais euh … voyant faire ma mère … Voilà.
- **C'est quelque chose qui était un peu ancré …**
- Voilà, dans mon… Fonctionnement. Et à l'issue de cette hospitalisation pour burn-out en psychiatrie, après un séjour en endocrino, je suis arrivée ici. Et c'est vraiment que depuis 4 ans que je suis suivie ici, de manière très régulière, hospit' complète – hospit' de jour … Voilà.
- **D'accord. Donc qui vous avait orientée vers la clinique de Jouvence ?**
- Le CHU. Avec conseil de mon médecin traitant qui me suivait de très près à ce moment-là, évidemment d'abord au moment de mon burn-out, par des appels très réguliers, et au moment où j'ai … Le … Enfin le médecin de l'hôpital a décidé d'une hospitalisation à Messigny, j'ai demandé conseil à mon médecin traitant… Qui-qui m'a évidemment confirmé qu'il fallait que j'y aille quoi.
- **D'accord. Et donc vous me disiez qu'il avait quand même tiré la sonnette d'alarme parce que vous perdiez du poids, et que …**
- Parce que j'avais toujours un poids limite, qu'enceinte je prenais très-très-très peu de poids, que … Euh … J'avais des grossesses très compliquées, à chaque fois j'étais hospitalisée 2 mois à chaque grossesse avec des naissances prématurées … Euh … Voilà. Il m'a quand même souvent, en effet, alarmée. Alors est-ce qu'il suspectait quelque chose ? Il ne m'en a jamais parlé avec – dans ces termes-là. Euh … Et après dès qu'il a … Il a su mes problèmes, il a su que j'étais hospitalisée à Messigny euh … Ben là il m'a appelée très-très régulièrement, au moins une fois par semaine, pour voir comment ça se passait. Euh … Je continuais à perdre du poids, je mangeais pas, et … Tant que j'étais hospitalisée en fait il y avait pas de vomissements. Et je suis retournée chez moi, et … Les vomissements ont repris et j'ai à nouveau perdu du poids. Et je me souviens d'un rendez-vous auprès de lui pour un de mes enfants … Après lequel il m'a prise à part et il m'a dit euh … Il m'a demandé de mes nouvelles et … Je me souviendrai longtemps du fait qu'il m'ait dit : « Surtout, il y a une chose à faire avant tout c'est d'arrêter de vomir ». Et pour moi ça a été un peu un coup de poignard, parce que je savais pas comment faire quoi. Pour moi c'était pas euh… « Tac », on claque des doigts et on y arrive. Et … Ce médecin généraliste qui suit toute notre famille depuis 20 ans était devenu un ami en plus, par d'autres biais, et j'avais l'impression qu'il perçait un … Un mystère, euh … ou quelque chose que je vivais comme une honte depuis des années. Et j'ai été assez gênée vis-à-vis de lui. Donc quand je suis retournée à son cabinet c'était pour mes enfants mais c'était pas pour moi. En plus que … Il y a avait un médecin généraliste et

nutritionniste ici, qui faisait, lui, le lien. Voilà donc euh … La relation s'est … s'est pas cassée du tout. Mais euh … Voilà, j'étais pas très à l'aise du fait de sa remarque, que je comprends tout à fait hein, mais … Voilà.

- **Parce que vous en aviez jamais parlé avec lui ?**
- Non.
- **C'est lui qui s'est un peu …**
- Il m'a demandé s'il y avait des vomissements, et je lui ai dit oui. Et … Et pour moi c'était – c'était tellement honteux d'en avoir… Voilà. Et puis un jour je suis retournée le voir quand même parce qu'il restait quand même euh … Proche. Et j'avais toute confiance en lui parce qu'à chaque fois qu'il avait diagnostiqué chez moi des choses que personne d'autre n'avait diagnostiqué, … Enfin voilà. Il a toujours été très présent. Je m'étais cassé l'épaule, à l'hôpital on m'avait dit qu'il y avait pas de fracture, enfin … Parce qu'il avait confirmé ça par radio – enfin bref. Euh … Un jour je suis allée le voir, euh … Pour faire un bilan – complètement effondrée – j'avais redemandé une hospitalisation ici. A chaque fois que je suis réhospitalisée ici – donc c'est la quatrième hospitalisation là, en 4 ans – euh c'est généralement parce que je plonge sur le plan … psychologique en fait. Avec des gros soucis à la maison. Et donc je suis toujours un peu limite. Comme je suis limite en poids, bah tout s'écroule. Et donc un jour je l'ai appelé en lui disant « J'en ai parlé à Messigny, ils sont d'accord pour me suivre après mon hospit ' complète, mais euh, ils sont également d'accord pour que je voie en dehors de la structure un médecin psychiatre qui puisse me voir beaucoup plus régulièrement qu'ici, c'est à dire toutes les semaines. Par contre j'ai fait le tour des … Des psychiatres de Dijon, et j'arrive pas à savoir qui choisir, est-ce que tu pourrais me conseiller ? » Et à ce moment-là on a beaucoup parlé, et … Je lui ai … Ouvert mon cœur en fait. Et parlé de … De tous les drames qui étaient arrivés dans ma vie … Et dont je lui avais jamais parlé. [long silence, puis en chuchotant]. Viols … Violence etc …
- **Hmm hmm…**
- Voilà. Et là il a été euh … Il a été d'une écoute et d'une empathie extraordinaires. Enfin vraiment euh … Donc j'ai … je dirais pas que j'ai REPRIS confiance en lui - parce que j'ai jamais perdu confiance – mais euh … J'ai retrouvé un lien euh … médecin –patient qui était juste et vrai. Voilà.
- **Et qu'est-ce qu'il vous a proposé du coup ?**
- Déjà il m'a dit que j'étais ua bout du rouleau et qu'il fallait absolument que je sois réhospitalisée. Donc ça, j'ai été hospitalisée 2 jours après. Et euh, il m'a donné des contacts, ouais, sur Dijon.
- **D'accord**

- Il m'appelle moins régulièrement actuellement, il a des nouvelles d'ici très régulièrement par le médecin, euh … Mais, je vais pas le voir parce qu'en fait je tombe pas malade. Ou quand je suis malade, comme je vais ici une fois par semaine j'ai l'occasion d'en parler ici. Ou quand j'ai d'autres problèmes – j'ai un problème de hernie discale – mais à j'ai un médecin qui me suit pour ça, j'ai … Donc en fait mon médecin généraliste, je vais plus le voir pour mes enfants que pour moi-même actuellement quoi. Et je n'aurais aucun souci à aller le voir si j'en avais besoin, pour quoi que ce soit. Voilà.
- **Et qu'est-ce que vous pensez finalement, du rôle qu'il a joué dans votre prise en charge ? Sur le plan de l'anorexie.**
- Euh … [réfléchit]. Ben pour moi il a été remarquable. Il a … Il y a eu ce moment où il m'a dit « Il faut que tu arrêtes de vomir », là ça m'a vraiment … choquée parce que pour moi c'était euh … Tellement puissant et tellement culpabilisant et … voilà. Mais autrement son écoute, ses appels réguliers, euh … Je l'ai jamais senti dans le jugement, mais plutôt dans le conseil. Et il a TOUJOURS répondu à mes appels quoi. [silence] Et il les a même devancés. Donc c'est un vrai soutien. Voilà.
- **Et … Pour terminer, si vous étiez médecin généraliste – c'est pas évident hein – et qu'une patiente comme vous se présente, comme vous disiez « au bout du rouleau », qui ne mange pas et qui visiblement ne vas pas bien … Qu'est-ce que vous lui proposeriez ?**
- Euh … Bah déjà je – j'aborderais avec elle le problème du TCA, ce qu'il a jamais vraiment fait en fait. Il m'a dit « Mais tu manges ? » etc … Est-ce qu'il y pensait pas ? Est-ce qu'il osait pas ? Enfin je sais pas. Euh … Ca fait 4 ans que je suivie donc euh … J'ai pas de problème pour en parler. Et … s'avouer malade c'est très compliqué. Ou se rendre compte qu'on est malade c'est très compliqué, quel que soit l'âge auquel ça nous arrive. Et en en parlant à d'autres patientes ici, je me suis rendue compte qu'en fait c'est l'extérieur qui leur a … Qui leur a expliqué que ça allait plus quoi. Nous on s'en rend pas compte en fait. On est tellement dans une espèce d'engrenage épouvantable, destructeur, et on sait pas comment se raccrocher à la vie, que … Voilà, le rôle du médecin pour moi c'est vraiment … - et particulièrement le médecin généraliste – c'est de tirer la sonnette d'alarme, quelle que soit la pathologie. Et voilà, ça c'est une vraie maladie, il faut en tenir compte, il faut agir vite. Donc parler de structures pluridisciplinaires comme Messigny, c'est idéal et … Et s'il n'y en a pas euh … Ben peut-être la voir plus régulièrement, lui conseiller un suivi psy – parce qu'il y a des choses qu'on dira à un psychiatre mais qu'on dira pas forcément à son médecin généraliste. Le suivi psychiatrique est long à mettre en place parce qu'il faut trouver le psychiatre qui nous convient, il faut trouver euh … une relation de confiance, qui est beaucoup plus longue que

celle du médecin généraliste lui-même quoi. Parce qu'on parle de ce qui fait mal quoi, de ce qu'on a au fond du cœur.

- **Donc finalement vous pensez que c'est important de mettre le patient sur la voie**.
- Oui, oui …
- **Et ... Est-ce que vous pensez que des alternatives avec par exemple des compléments nutritionnels, des médicaments, tout ça … Est-ce que vous pensez que ça aiderait ou pas ?**
- Euh … Peut-être pas commencer par ça. Peut-être l'orienter vers une diététicienne aussi si … Mais euh … Je dirais aussi qu'il y a le feeling du médecin généraliste, qui va « sentir » le patient, partant pour se faire aider ou pas. Parce qu'en fait un complément alimentaire on peut toujours le prescrire mais est-ce que le patient va le prendre ? Quand il est vraiment euh … Dans un état euh … Il faut que le patient soit – accepte un accompagnement et une aide pour pouvoir s'en sortir, quoi. Tant que c'est pas accepté par le patient ça marchera pas. Donc euh, bien sûr que si le patient dit « Ah ben ça , ça pourrait peut-être m'aider en effet, parce que vraiment voir de la nourriture ça – ça me va pas », pourquoi pas. Ou « Ca me rappelle certaines choses », pourquoi pas. Si euh … Le médecin fait ça uniquement pour euh … Ou bien alors dire au patient « Prends ça comme un médicament, mais pas comme un aliment ». Parce que le problème ALIMENTAIRE c'est tellement envahissant pour nous qui sommes malades, du matin au soir et du soir au matin on ne pense qu'à ça… Que … [silence] Ouais, il faut … Il faut que le patient soit partant. Je sais pas comment l'exprimer …
- **Oui c'est … C'est la première étape, quoi !**
- Oui. Oui, la première étape c'est ça. Et on voit même euh, ici, pour ne pas parler que de mon cas, mais des patients qui viennent conseillés par leurs parents, par des proches, par leur médecin, et qui disent « Mais c'est n'importe quoi ! » et qui repartent aussi sec, quoi. Et qui se sentent pas du tout euh … Bien accompagnées. Et puis euh … Quelques mois après reviennent, parce qu'elles sont à ce moment-là disponibles pour cette démarche, quoi. Mais la démarche doit être personnelle, on ne peut pas s'en sortir autrement
- **Je vous remercie beaucoup.**

ANNEXE 6 : Tableaux de résultats de l'analyse qualitative des verbatim

PREMIERE RUBRIQUE : LES NOMBREUX APPORTS DU MEDECIN TRAITANT POUR LE PATIENT ANOREXIQUE

Verbatim et sous-thèmes	**Thèmes**	**Catégories**
«Quelqu'un qui vous aide et qui vous accompagne quand vous n'arrivez plus à gérer tout seul » (P20) « Cette maladie est tellement FORTE qu'elle vous emporte » (P20) « Nous on s'en rend pas compte, en fait. On est tellement dans une espèce d'engrenage épouvantable, destructeur, et on sait pas comment se raccrocher à la vie, que … Voilà, le rôle du médecin pour moi c'est vraiment … - et particulièrement le médecin généraliste – c'est de tirer la sonnette d'alarme » (P17) «On est PERDUE quoi. Enfin … J'arrivais même pas, c'est elle finalement qui a dû appeler la structure pour savoir un petit peu quel était le délai d'attente, comment ça se passait etc… Moi j'arrivais pas à le faire ». (P14) « Il m'a dit que là c'était pas possible, tout ça, il m'a – il m'a dit que là euh… C'était l'anorexie, tout ça. Et du coup il a tout de suite commencé à appeler l'hôpital, des confrères pour euh… Parce qu'il m'a dit que là fallait se … Se faire hospitaliser quoi » (P3)	**1) Le médecin traitant prend les choses en main quand le patient est dépassé**	**Le médecin traitant comme « bouée de sauvetage » dans la tempête**
« Mes parents ils ont dit : On va te réhospitaliser parce que nous on n'en peut plus » (P21) « Mais les gens autour de moi étaient démunis, oui. Ils voyaient que je perdais du poids mais ils se disaient «Mais voilà, qu'est-ce qu'il faut faire ? » (P14) « Mais je n'ai pas eu de mal à aller voir mon médecin traitant quand …Mon entourage m'a signalé que … Ca commençait un petit peu à dégénérer. Donc c'est eux qui ont un petit peu tiré l'alarme et qui m'ont dit : « Va voir le médecin traitant ». (P11)	**2) Mais aussi quand les proches sont dépassés**	
« Je ne pouvais plus avancer, il y a eu un CRAQUAGE » (P20), « J'en pouvais plus de vivre ça […]. Du coup j'ai dit à mes parents : il faut qu'on trouve une solution. » (P21) «C'est à un moment donné où j'avais plus de force que je me suis dit « Ouais, il faudrait peut-être que j'aille consulter un médecin » » (P7) « En fait j'étais incapable de continuer à exercer mon travail, donc euh …Donc voilà, je suis allée la voir » (P6)	**3) La décision de prise en charge survient sur un point de rupture**	

[Un médecin] Qui vous fait prendre conscience de certaines choses, notamment par rapport aux TCA » (P20) « J'avais un médecin de famille, euhm, c'est lui qui a … Après plusieurs malaises, plusieurs séjours en centre hospitalier, c'est lui qui a vraiment mis les mots dessus » (P10) « Je sais pas ce que j'avais, si j'étais grippée… J'étais vraiment dans un état pas bien du tout. Donc du coup c'est de là que j'ai été voir mon médecin parce que j'avais très mal aux jambes, j'étais … Je savais que j'avais perdu du poids et tout … Du coup c'est là qu'il m'a diagnostiquée … Anorexique.» (P3) « J'ai mis 20 minutes à lui expliquer le problème pour qu'elle me sorte : « Donc en fait vous êtes anorexique ». Et je … J'arrivais [hésitation] … Je pouvais pas euh… C'est un mot que MOI je ne pouvais pas mettre » (P2)	**4) Le médecin traitant aide à la prise de conscience du trouble**	
« Je vais travailler ici et je trouverai quelqu'un ici pour me suivre, parce que c'est un peu compliqué à distance. » (P20) « C'était compliqué aussi, parce que je rentrais pas forcément les week-ends et quand je rentrais j'avais pas forcément envie d'aller chez le médecin alors … » (P15) « J'allais plus trop voir le médecin, et puis ensuite j'ai été mutée dans la Nièvre […] Ensuite quand ça a été plus posé et que j'ai arrêté de muter, là j'ai eu vraiment un généraliste qui m'a suivie pendant 5 ans » (P13)	**1) Le médecin traitant comme ressource de proximité**	**Le médecin traitant comme « compagnon de route » dans un long chemin vers la guérison**
« C'est elle qui m'a relancée par mail en me disant : J'ai appris que vous étiez hospitalisée […], donc c'est encore plus de bienveillance. » (P20) « Ben je sais que je peux lui faire confiance, oui, parce qu'il est bienveillant, et puis il prend des nouvelles » (P21) « Dès qu'il a … Il a su mes problèmes, il a su que j'étais hospitalisée à Messigny euh … Ben là il m'a appelée très-très régulièrement. » (P17) « Et il a TOUJOURS répondu à mes appels quoi. [silence] Il les a même devancés » (P17)	**2) Garder le contact (par téléphone, mail…) et prendre des nouvelles est important**	
« C'est lui qui … S'occupe de nous tout le temps » (P19) « Ben … C'est un médecin qui nous suit depuis toujours, non ? » (P15) « Médecin traitant c'est un médecin qui suit un patient, euh, un peu tout au long de sa vie en général. On a un médecin traitant qui est défini euh, au début de – de notre vie. » (P11) « C'est un médecin qui euh, qui justement par cette relation qui s'étale dans le TEMPS euh, me permet de voir avec … Confiance » (P6) « [C'est] le médecin de famille, qui nous suit euh … Pour euh … Bah qui nous suit depuis notre enfance. » (P18)	**3) Une relation qui s'inscrit dans la durée**	

« Elle a été à mon écoute, elle m'a fait confiance, elle a fait des recherches, elle a aussi vu que … En parallèle je mettais en place des choses, et que je me contentais pas euh, juste de rester dans mon canapé chez moi [sourire] » (P6) « Ce dossier, je lui ai montré, et c'est ce qui nous a semblé ENSEMBLE le plus approprié. Donc on a essayé.» (P20)	**4) Un travail qui se fait à deux**	
***Référent** : « Médecin traitant c'est un médecin qui … qui … C'est LE médecin qu'on va voir quand on a un souci de santé. C'est le médecin – pour moi c'est le médecin – c'est une référence quoi. » (P14) « C'est un médecin référent. Médecin généraliste référent ». (P16) « Pour moi c'est le médecin qui est REFERENT […] Le médecin du quotidien. » (P13)* ***Qui nous connait** : « Voilà, c'est le médecin traitant, un médecin qui me connaît » (P14) « C'est quelqu'un qui nous connaît bien, et qui connaît un peu … Notre évolution au cours du temps » (P15) « C'est plutôt une relation euh … Le médecin CONNAIT quand même son patient. » (P11)* ***Qui nous correspond** : « J'ai trouvé un médecin traitant qui me correspond bien en fait. Voilà. Oui, un médecin avec qui ça se passe bien » (P14) « On s'adapte en fait l'une et l'autre au fur et à mesure que la situation évolue, donc euh… Il y a aussi cette faculté d'observer, d'être à l'écoute […] Non, je trouve qu'elle est … Elle est juste en fait » [sourire] (P6)* ***Et en qui on a confiance** : « Moi j'attache beaucoup d'importance à mon médecin traitant […] c'est quelqu'un, oui, en qui j'ai pleinement confiance » (P7) « Le patient a confiance en son médecin traitant. Il y a une relation de confiance, et euh … Voilà » (P11) « J'aime bien les médecins traitants, en règle générale ! [Rires] Bon à part le premier que j'avais qui était … nul Mais euh, non non. J'ai plutôt confiance dans les médecins traitants » (P13) « Mes parents j'avais pas le même rapport, je pouvais pas tout dire à mes parents. Par contre avec mon médecin traitant, j'ai pu jouer cartes sur table quoi. J'avais aucun tabou. » (P7)*	**5) C'est « NOTRE » médecin**	
C'est toujours quelqu'un qui a eu beaucoup de bienveillance, qui a toujours été à l'écoute et vous voyez, c'est moi qui suis restée dans le silence » (P20) « La bienveillance, l'écoute, et de savoir qu'elle est là » (P20) « C'est RASSURANT en fait, d'aller le voir » (P11) « C'est quelqu'un sur qui je peux me reposer et … C'est appréciable d'avoir quelqu'un euh … D'extérieur, mais sur qui on peut compter quoi. » (P7) « [C'est] un médecin qui … Qui est là pour ses patients » (P3)	**1) Le médecin traitant comme présence bienveillante**	

« Elle me donnait des objectifs, elle m'encourageait, elle me … Elle se permettait même de me houspiller une peu.» (P15) « Elle est très bien, bon par contre, elle me fout franchement la trouille. Donc c'est vrai que… Bah c'est vrai que quelque part elle met le doigt aussi sur ce qui va pas quoi. C'est un peu son job aussi ! […] Et des fois on n'a pas forcément envie d'entendre des choses » (P2)	**2) Le médecin traitant comme « élan motivationnel »**	**Le médecin traitant, un allié à plusieurs casquettes**
« [Un médecin qui] nous aide, euh… Bah … Qui s'occupe de tout ! Dès qu'on a quelque chose, on peut aller le voir » (P19) « C'est celui qui peut nous soigner pour tout et n'importe quoi. […] Qui peut très bien nous prescrire des antibiotiques pour une grippe ou une gastro, et qui peut aussi ben… Prendre en charge … Des pathologies plus lourdes aussi. Et donc voilà pour moi c'est un éventail très LARGE » (P18) « C'est la personne chez qui on va quand on a à peu près tout et n'importe quoi » (P2)	**3) Le médecin traitant comme « généraliste professionnel »**	
« Ben ça a été un pilier, hein. Ça a été vraiment un soutien qui a su me guider, euh … Me guider et puis m'écouter aussi. » (P7) « Pour moi le médecin traitant malgré tout c'est un peu - c'est un peu le centre. C'est un peu LE maillon de la chaîne » (P10) « Au départ c'est quand même LUI, voilà, qui m'a orientée vers ces spécialistes-là » (P11)	**4) Le médecin traitant comme pivot central des soins**	
« Le médecin de l'hôpital a décidé d'une hospitalisation à Messigny, j'ai demandé conseil à mon médecin traitant… Qui m'a évidemment confirmé qu'il fallait que j'y aille quoi ». (P17) « J'ai mis longtemps avant d'accepter [l'hospitalisation], et c'est quand je suis montée sur la balance et que j'ai vu que … C'était bas, je me suis dit « Là il faut faire quelque chose » […] et le médecin m'a dit : « Ce serait bien que tu te fasses soigner » (P7)	**5) Le médecin traitant comme aide à la prise de décision**	
« Et c'est moi ensuite qui ai fait des démarches pour trouver un établissement adapté. A ce moment-là je l'ai rappelée, je lui ai demandé conseil » (P20) « Et donc un jour je l'ai appelé en lui disant « J'ai fait le tour des... Des psychiatres de Dijon et j'arrive pas à choisir, est-ce que tu pourrais me conseiller ? » » (P17) « Mais elle s'était quand même renseignée, sur ce qui était possible dans le coin […] et puis après effectivement elle a pris le temps de remplir mon dossier, elle a été très réactive ». (P14) « Il a eu un de ses confrères à l'hôpital qui lui avait parlé d'ici, donc du coup après il s'est renseigné, tout ça. Il avait monté, lui, le dossier médical » (P3)	**6) Le médecin traitant comme accompagnant dans les démarches**	

« Il a beaucoup parlé avec mon père. Euuuhm puisqu'on a le même médecin traitant mon père et moi, et mon père lui a exprimé ses doutes, et … […] Il était très à l'écoute de ce que mon père avait à lui dire. » (P16) « Et puis il prend de mes nouvelles. Si mon père doit y aller juste pour faire une prise de sang ou un truc comme ça il va demander : « Et votre fille ? » (P21)	**7) Un médecin « de famille », en lien avec les proches**	

DEUXIEME RUBRIQUE : LES ATTENTES RELATIONNELLES DES PATIENTS ENVERS LE MEDECIN TRAITANT

Verbatim et sous-thèmes	**Thèmes**	**Catégories**
« Je l'ai jamais senti dans le jugement, mais plutôt dans le conseil » (P17) « Je suis jamais trop à l'aise de parler de la maladie parce que c'est … [réfléchit] Euhm… Pas la facette de soi qu'on a envie de – d'exprimer aux autres. Mais je sais qu'elle est sans … Jugement en fait » (P6) « [Le médecin traitant c'est] une personne de CONFIANCE, déjà, à qui on peut … Tout dire, sans avoir peur, sans avoir la crainte d'être jugé » (P7)	**1) Une bonne relation réside sur le non-jugement**	**La juste place du médecin traitant**
« J'avais 17 ans et là du coup j'avais changé de médecin traitant, c'était avec un autre médecin, parce que notre médecin traitant était un ami à mes parents et du coup je me sentais pas spécialement à l'aise, surtout à 17 ans donc j'ai… Voilà, j'ai changé de médecin pour avoir quelqu'un de plus neutre. » (P18) « Entre temps on est retournés chez le médecin, et c'était pas elle, c'était une remplaçante […] en fait c'était … Quelqu'un que je connaissais, enfin c'était la sœur d'une de mes amies, et quand j'ai vu que c'était elle la remplaçante euh… Ca m'a un petit peu… Enfin je savais pas comment ça allait se passer » (P12)	**2) Le médecin traitant doit être un individu neutre :**	
« Le feeling c'est vachement important pour moi, mais tout en maintenant quand même euh… Une … Une certaine distance. Parce que ça c'est … Vraiment très très très important » (P2)	**3) Trouver la bonne distance**	
***Elle est réciproque** « Si j'ai des questions j'ai pas peur de lui poser […]. Elle va me … Elle va me motiver, et quand il y a quelque chose qui ne va pas elle va me le dire » (P19) « Il y a eu un rapport de confiance qui s'est instauré et une relation … Oui, de confiance mutuelle. Parce qu'on a appris à se connaître et c'était beaucoup plus facile. Personnellement je pouvais me confier à elle, et elle me faisait confiance » (P15)* ***Elle est longue à mettre en place** : « Et à ce moment-là on a beaucoup parlé, et … Je lui ai … Ouvert mon cœur en fait. Et parlé de … De tous les drames qui étaient arrivés dans ma vie… Et dont je lui avais jamais parlé. » (P17) « Il faut qu'une confiance s'installe, et c'est pas avec un rendez-vous tous les 6 mois que la – que la confiance s'installe » (P10) « On se connaissait depuis suffisamment longtemps pour qu'elle me prenne au sérieux » (P6)*	**1) Savoir entretenir la relation de confiance**	

Elle repose sur de bons diagnostics *« Et j'avais toute confiance en lui parce qu'à chaque fois il avait diagnostiqué chez moi des choses que personne d'autre n'avait diagnostiqué » (P17)* ***Elle repose sur une attitude bienveillante :*** *« Ben je sais que je peux lui faire confiance, oui, parce qu'il est bienveillant, et puis il prend des nouvelles » (P21)*		**La relation de confiance : Un lien précieux mais aussi fragile**
« Mais je trouve que c'est important qu'on se sente bien et … Qu'on puisse lui faire confiance et lui parler… Ben il y a pas que le côté médical pour moi » (P12) « Hmmm… Je le vois comme un nounours. Il a une boucle d'oreille. Et c'est toujours la même image en fait [sourire] […] Pour le coup je l'aime bien et … Ouais, j'ai plaisir à aller le voir parce qu'il est sympa ! » (P16) : «Je voulais pas y aller. Je sais pas si c'est parce que j'avais peur ou … [réfléchit]. J'avais pas confiance. J'avais du mal à avoir confiance avec lui [grimace] Et du coup c'était difficile, j'étais … J'étais pas super bien quand j'y allais en fait » (P19)	**2) Etre à l'aise avec son médecin traitant est indispensable à l'alliance thérapeutique**	
« Je suis allée voir le médecin, c'était un remplaçant. Et euh … Il m'a prise un peu euh… Je dirais qu'il était un peu condescendant […] Et maintenant, quand elle n'est pas là je … Je ne prends pas rendez-vous [NDLR : avec les remplaçants] » (P14)	**3) Une mauvaise expérience avec des remplaçants renforce l'attachement au médecin traitant**	
Par un manque d'honnêteté de la part du médecin : *«Lui il voulait que – mais ça il me l'avait pas dit par exemple – j'avais une ordonnance avec plusieurs médicaments et c'est seulement à la pharmacie quand j'ai pris toutes les boites, qu'elle m'a expliqué euh, les 3 autres médicaments, et celui-là j'ai demandé, et elle m'a dit que c'était pour ça. Du coup voilà, il m'en avait jamais parlé non plus » (P4) « Bah il disait à ma Maman quand j'étais pas là – donc du coup j'étais pas au courant de tout, et ça je pense que c'était dur aussi parce que du coup je savais pas tout » (P19) « Il a voulu me donner un truc pour me faciliter le sommeil. Je lui ai dit « c'est quoi ? », il m'a dit « c'est des plantes ». Je suis pas complètement débile, je suis allée chercher le truc à la pharmacie, j'ai regardé la notice et c'était marqué hypnotique dessus ! […] Voilà. Là pour le coup le médecin traitant … Euh pff… Voilà. Depuis j'ai changé [de médecin traitant].» (P2) « Il a pas eu la FRANCHISE de me dire ce qu'il me donnait. Pour moi il m'a prise pour une con ! […] Je lui ai dit « Ecoutez je suis pas médecin mais je sais lire ». Du coup il a fait la gueule. [Rire] Et après je suis partie » (P2)*	**4) La relation de confiance peut être mise à l'épreuve**	

Par l'absence de rigueur dans la prise en charge: *« A chaque fois que j'y allais déjà il m'examinait à peine, donc euh, il me pesait rarement et quand il me pesait c'était toute habillée [hausse es sourcils] avec les chaussures, euh… La tension il la prenait euh, avec les pulls […] Des fois il m'auscultait même pas quoi donc euh … » (P3) « J'ai été déçue. Parce que … Enfin c'est un médecin qui me suit depuis euh, des années, à qui je faisais confiance et … Et en fait elle a - enfin- elle a pas pris ça à la légère mais euh … [hausse les épaules] » (P12)* ***Par une attente de soins non comblée :*** *« Je suis toujours MEFIANTE. Et euh … Du coup voilà, comme si j'avais – du coup les dernières fois où j'ai vu mon médecin vraiment de famille, j'ai eu l'impression que c'était moi qui lui ai plus apporté des choses que lui m'en avait vraiment apporté » (P14)*		
«J'y vais presque plus quoi, parce que je pense que voilà, j'ai dû … Bah perdre un peu confiance » (P18)	**5) Une perte de confiance provoque la rupture de suivi**	
« J'essaierais de … Discuter déjà plus avec la personne et d'essayer de comprendre un peu comment c'est apparu, et les symptômes » (P16) « Déjà je lui demanderais dans un premier temps « Pourquoi ça va pas ? Pourquoi tu n'arrives pas à manger ? » (P21)	**1) La compréhension de la maladie : un point de départ**	**A la recherche d'un médecin traitant compréhensif**
Elle conduit à des propositions inadaptées *: « Il y a même une fois où il m'a mis des … C'était des médicaments pour donner faim. Parce que du coup bah, il avait peut-être pas compris euh, vraiment la notion d'anorexie » (P4) « Donc je suis allée chez lui avec le dossier d'admission, et comme l'IMC [minimal] était de 13 et que j'étais à 13,5, il m'a dit euh « Oh bah non il faudrait reprendre du poids un peu avant d'y aller, j'ai peur que si on fasse le dossier maintenant vous soyez pas acceptée ». Du coup j'ai dit « Mais moi je peux plus là ! Voilà, si je reste chez moi je vais perdre encore ! » (P4) « Mon médecin généraliste clairement il était … Un peu à côté et … Quand il me voit il me dit « Alors ! Ca va ? ». Enfin il comprend la maladie si vous voulez, mais de me dire qu'il faut que je mange une entrecôte et des frites, enfin bon. C'est … pas le meilleur traitement. » (P16)* ***Elle amène à tourner la maladie en dérision*** *: « On est allés voir un autre médecin qui s'est clairement moqué de moi, et qui a tourné en dérision, il a dit que j'avais juste à manger, enfin ça a été un peu compliqué … » (P15) « Donc je suis allée voir mon médecin traitant pour le coup. Euh … Qui m'a dit lui en gros : « Bah une entrecôte, des frites et un côte du Rhône et pis ça vous remettre un peu d'aplomb ! » […] J'aurais bien aimé le faire mais bon c'était … physiquement IMPOSSIBLE pour moi. » (P16)*	**2) Les conséquences d'une mauvaise compréhension**	

« J'ai l'impression que je suis bien suivie ici parce que c'est une clinique spécialisée dans les troubles du comportement alimentaire, donc je sais TRES bien que le médecin est au point là-dessus, donc je me sens en confiance, LÀ. » (P18) « Bah elle était un peu formée parce que ma sœur était elle-même …malade et elle avait été directement prise en charge par ce médecin donc elle savait –elle a su- reconnaître les signes […] J'ai eu énormément de chance parce qu'elle avait justement travaillé dans un centre qui traitait les TCA, donc elle s'y connaissait. » (P15) « Bah autant avec ma médecin –Dr Legendre ici [NDLR à la clinique] –je vais plus lui dire ce qui va pas, je vais être plus proche que mon médecin traitant que j'ai à l'extérieur. Parce que Dr Legendre elle comprend vraiment l'anorexie, elle est dans … Dans le truc un peu. » (P19)	**3) Un médecin qui comprend est un meilleur allié**	
« Il me disait : « Faut que tu remanges, parce que sinon ça va pas le faire », enfin des trucs comme ça mais … » (P21) « C'est un peu de la surface, le discours que tout le monde a un peu, quoi. » (P21) « On me proposait pas grand-chose en fait, on me disait juste d'augmenter mes quantités, de marcher moins … Mais c'était plus des recommandations, mais il y avait rien de … Concret en fait. » (P18) « Parce que je savais pas comment faire quoi. Pour moi c'était pas euh … « Tac » on claque des doigts et on y arrive. » (P17) « Bah, elle me donne un peu des petites astuces plus au niveau alimentaire pour essayer de réintroduire des aliments, des choses … Mais c'est … Pas … Compris, on va dire. » (P9)	**4) Les « simples conseils » ne font pas avancer la prise en charge**	
***«** Il a été d'une écoute et d'une empathie extraordinaires… Enfin vraiment euh … Donc j'ai … Je dirais pas que j'ai REPRIS confiance en lui – parce que je n'ai jamais perdu confiance – mais euh… J'ai retrouvé un lien médecin-patient qui était juste et vrai. Voilà » (P17) « Parce que du coup j'ai changé de médecin traitant. […] Disons qu'elle, elle prend le temps, même si elle comprend pas tout sur le trouble, elle prend le temps d'écouter, de me donner des conseils même si c'est des conseils un petit peu maladroits » (P9) « J'ai la chance d'avoir un super médecin traitant qui est à l'écoute. Qui est à l'écoute, et qui me fait confiance » (P6)*	**1) L'écoute permet de renforcer la confiance**	**L'écoute : Une des plus grandes attentes des patients**
« En même temps quand je lui parle je vois qu'elle écoute et qu'elle essaie de comprendre. Donc euh, j'essaye aussi de trouver les bon mots pour lui expliquer au mieux parce que c'est une maladie tellement particulière » (P6) « En fait j'aurais fait comme elle. Ouais ouais, je trouve que c'est la meilleure des solutions en fait. L'écoute, l'attention … » (P6)	**2) L'écoute, témoin de l'empathie du médecin**	

« A un moment j'en pouvais plus donc j'ai dit à mon Papa de venir avec moi chez le médecin, parce que je lui ai dit « Il m'écoute pas ! » et puis on y est allés et puis il nous a dit « Ah ben je pensais que ça allait mieux, vous veniez plus » (P4)	**3) Ne pas écouter, c'est abandonner**	
« Le patient dans ces cas-là il manque tellement d'estime, il manque tellement de … Il croit tellement qu'il vaut RIEN, que lui montrer qu'en fait euh, il EST important, il a de la place et qu'on peut prendre du temps pour lui, ben c'est important en fait. C'est lui redonner un peu de valeur » (P10) « [Un médecin] qui prend le temps, qui n'ait pas le regard sur la montre. Elle a tout le temps du retard mais je ne lui en veux pas parce que je sais qu'avec moi elle fait pareil. Elle prend le temps. Elle discute, elle échange… » (P14) « Quand j'ai pris rendez-vous avec elle on a … Longuement discuté […] Elle a été TRES à l'écoute, elle a pris le TEMPS de m'écouter » (P6) « C'est quelqu'un qui prend vraiment le temps. Elle a beaucoup de retard mais je m'en FOUS. Je préfère voir des gens qui prennent du retard, mais qui prennent le temps qu'il faut avec les patients. Plutôt que ceux qui sont expéditifs. » (P2) « Voilà, on a droit au rendez-vous, on a – c'est un moment où on est écoutée donc euh, ben voilà, c'est important pour les patientes » (P11)	**1) Prendre le temps c'est donner de l'estime au patient**	**Savoir donner un peu de son temps**
« Le deuxième lui alors il était très bien. Il considérait que c'était une consultation plus longue, donc déjà au niveau tarif c'était plus cher et j'étais moins bien remboursée. Ca à la limite je peux le comprendre, ils prennent du temps pour moi » (P1)	**2) Le temps d'une consultation dédiée**	

TROISIEME RUBRIQUE : DE NOMBREUX ECUEILS PEUVENT ALTERER LA RELATION MEDECIN-PATIENT

Verbatim et sous-thèmes	**Thèmes**	**Catégories**
« Par rapport au médecin traitant, alors lui avait plutôt diagnostiqué une dépression, parce que j'avais perdu ma grand-mère à l'époque donc euh, il m'a mise sous antidépresseurs, voilà [inspiration]. Et euh, enfin moi je savais que c'était pas juste une dépression » (P13)	**1) Un épisode dépressif associé rend le diagnostic difficile**	**L'anorexie mentale pose des difficultés diagnostiques**
« Je disais « je ne peux plus manger parce que j'ai mal à l'estomac, c'est pas parce que je ne veux pas ! » [sourire] Ca se manifestait comme ça… En fait l'angoisse elle était manifestée ici. » (P14) « Les débuts c'est pas évident parce qu'il y a eu beaucoup de DENI. [Sourire] Au début des recherches au niveau euh … Plus digestif, estomac, toujours mal au ventre … Donc on a cherché pas mal par rapport à ça. Et puis c'est un … Gastro-entérologue qui a un peu pointé le doigt sur … Les troubles du comportement alimentaire » (P9) « Le médecin il voyait que je perdais du poids, mais les prises de sang étaient bonnes, j'ai passé une gastroscopie, une IRM … TOUT. J'ai eu la totale. Et il y avait rien » (P7)	**2) Des symptômes satellites peuvent fausser le diagnostic**	
« Mais encore une fois j'étais très convaincante pour lui dire que « Naaaan franchement ça va, il y a pas de souci ». Parce que je m'en étais convaincue aussi moi-même. Donc c'est un peu ambigu quoi. » (P16) « Ben au début je … Je n'ai pas vu de médecin hein, c'est vrai que la maladie, on se rend pas trop compte qu'elle est là en fait – quand elle est là » (P11) « Mais mes parents étaient énormément dans le déni, aussi. Et puis bon moi ça m'arrangeait bien aussi, hein, voilà ! [Sourire] » (P10) « Je suis allée deux fois chez le médecin parce que j'avais une gastro –quelque chose comme ça – et j'avais pas parlé spécialement de mes problèmes … Voilà, j'ai échappé à tout suivi pendant plusieurs années » (P13) « Enfin c'était déjà un peu là avant mais je pense que ça a vraiment commencé à ce moment-là, et puis j'en ai pas parlé tout de suite » (P12)	**3) Le déni est responsable d'une fuite aux soins**	

« Au début c'était juste une restriction alimentaire, puis ben ça a coulé dans l'anorexie en fait. Petit à petit je m'écroulais dedans sans m'en apercevoir » (P21) « J'ai commencé à travailler de nuit, et en fait ça a commencé à se dégrader à ce moment-là, j'ai perdu mes repères alimentaires, et du coup je savais plus quoi manger, à quel moment, s'il fallait que je déjeune, que je mange … Du coup j'ai arrêté de manger […] J'ai maigri sans vouloir maigrir. Donc petit à petit j'ai perdu 5, 10, 15, et jusqu'à 30 kilos » (P7) « Je faisais que travailler, je faisais des allers-retours à pieds, tout ça […] Je prenais pas de pause entre les heures de travail et du coup j'ai commencé en fait petit à petit à … à diminuer […] » (P3) « Mes premiers repas, j'ai commencé à les sauter en 97 à peu près [NDLR : à l'âge de 18 ans]J'avais … D'autres préoccupations au lycée pour moi qui étaient prioritaires et voilà ça a commencé un petit peu comme ça » (P2)	**4) La maladie s'installe de façon progressive et insidieuse**	
« Mon médecin traitant m'avait alertée plusieurs fois sur le fait que j'étais limite en poids, mais j'étais tellement dans la honte et la culpabilité que … » (P17), « Il m'a demandé s'il y avait des vomissements et je lui ai dit oui. Et … Et pour moi c'était – c'était tellement honteux d'en avoir » (P17) « Je pense que de moi-même j'aurais pas … Posé de mots dessus, j'aurais pas osé en parler, mais j'attendais que ma Maman le fasse » (P12) « Il faut vraiment qu'il y ait une confiance qui s'installe parce qu'on se rend pas compte que dans le TCA, enfin… On révèle – en tous cas le patient, souvent le ressent comme ça – c'est … C'est d'une intimité… Terrible. [sourire] » (P10)	**5) C'est un sujet tabou difficile à aborder par les patientes**	
« Et voilà, ça c''est une vraie maladie, il faut en tenir compte, il faut agir vite » (P17) « [Il faut] qu'il y ait un vrai suivi surtout pour –euh- les jeunes patients/patientes, c'est important dès le début et de pas attendre qu'il y ait 15 kilos de moins parce que … C'est problématique quoi. » (P13)	**6) La prise en charge doit être la précoce possible**	

« Euh tout d'abord elle a essayé de me faire sortir du déni. Première chose. Après elle a essayé de me … De me mettre dans la tête que je me fasse hospitaliser » (P15) « S'avouer malade, c'est très compliqué. » (P17), « Je lui avais expliqué un peu mes problèmes, et je lui avais dit que c'étaient des « petits problèmes ». Et il avait rigolé je me souviens » (P16) « La psychologue m'a … parlé euh à un moment d'anorexie. Mais pour moi c'était pas entendable à ce moment-là. Je pouvais pas. » (P14) « J'y croyais pas au début, et puis bon, ben de fil en aiguille, on s'aperçoit que finalement, c'est bien ça [sourire] » (P9) « Si elle est dans le déni de la maladie, je vais pas déjà lui parler de Jouvence tout de suite. Je vais plutôt essayer de lui montrer qu'elle est malade, atteinte de troubles du comportement alimentaire » (P8) « Moi j'étais complètement dans le déni, hein. Je… Voilà, je me disais que c'était une mauvaise passe et que j'allais réussir à m'en sortir seule » (P6) « C'est mes éducatrices qui m'ont dit que, pour elles, j'avais un problème. Et … Pour moi ben… Même si je perdais du poids, il y en avait pas […] J'ai mis du temps à accepter euh… C'est en étant venue ici qu'après j'ai pris conscience des choses » (P3)	**1) Le déni : premier obstacle**	**L'anorexie mentale pose des difficultés de prise en charge**
« Oui oui. J'étais totalement OPPOSEE à ça. Mais oui elle m'en a proposé plusieurs fois. Des antidépresseurs aussi » (P15) « On discutait quoi, mais on faisait rien de plus parce que voilà, tout ce qu'elle me proposait – enfin les traitements médicamenteux, les antidépresseurs – j'étais totalement contre » (P14) « Il voulait TOUT LE TEMPS, tout le temps, tout le temps me donner des antidépresseurs. Et j'étais totalement contre et à CHAQUE FOIS que j'allais en rendez-vous c'était systématique, il voulait m'en remettre » (P4) « Au début on va dire que ça a été compliqué parce que déjà euh … Accepter ce qui était soin, tout ça c'était … […] Et on voulait me mettre la sonde, donc chose que j'ai refusée. » (P3)	**2) Les patientes et leur refus de soin face aux propositions du médecin**	
*« J'ai toujours eu des troubles alimentaires –*mais toujours*- avec une mère qui en avait également, qui m'a élevée dans la restriction » (P17) « C'est particulier mais l'anorexie c'est une fragilité, je pense – aujourd'hui j'ai compris que je l'ai depuis longtemps, parce que j'ai eu des épisodes de pertes de poids dans ma vie, si je remonte à l'adolescence, mais des choses qui étaient plus ponctuelles, qui duraient moins longtemps, qui n'ont jamais été diagnostiquées comme de l'anorexie » (P14) « J'ai maigri, mais sans forcément VOULOIR maigrir en fait. C'est pour ça que j'ai pas mis le mot « anorexie » … Sachant que je suis dans le milieu médical j'aurais dû être alertée, mais des fois on dit : c'est les cordonniers les plus mal chaussés ! » (P7) « Tout en sachant que … Depuis le plus LOIN que je puisse me souvenir ça a toujours été à la maison : [d'un ton autoritaire] « Mange, dépêche-toi, ça va être froid, tu vas finir dehors ! » » (P2)*	**3) L'anorexie est profondément ancrée dans le fonctionnement du patient**	

« C'est pas évident pour un médecin non plus euh … De –d'arriver à comprendre cette maladie-là [Rires] De comprendre quelqu'un comme nous et euh - comme moi - et de … d'essayer d'être au plus juste » (P6) » Bah … C'est pas évident quand on … Quand on est dans la maladie, il y a des choses déjà que NOUS-MEME on comprend pas forcément, donc on sait très bien que déjà notre entourage … Pour eux c'est difficile aussi de comprendre. Donc le médecin, bah c'est un être humain aussi, hein. » (P9)	**4) L'anorexie est une maladie difficile à comprendre**	
***Lorsque la prise de poids est rapide** : « Ca m'a un peu traumatisée de reprendre 4 kilos en si peu de temps [sourire], du coup j'ai vite rechuté » (P21)* ***Lorsque le moral est fragile** : « Dès qu'il y a un mal-être, la maladie revient très-très vite » (P20), « Et à 30 ans, je pense qu'une fragilité, un nouveau mal-être s'est installé, et elle est revenue » (P20)*	**5) Les rechutes sont fréquentes**	
« Tout ça, je pense pour beaucoup de monde c'est un mal-être, des non-dits qui se traduisent par cette maladie. » (P20) « Moi c'est une anorexie un peu particulière parce que j'ai eu une leucémie, en décembre 2015, et suite au traitement […] j'ai eu le contrecoup émotionnel, psychologique, tout ce qu'on veut » (P14) « En fait j'ai eu plein de mauvaises nouvelles en un mois de temps […] Ca m'a fait un choc. » (P21) « J'ai pas une vie simple. Des problèmes de stérilité importante, des problèmes de santé très lourds […] Et si je vous raconte tout ça c'est parce que ça a mené à un burn-out […] J'ai perdu énormément de poids – je mangeais plus du tout – et à ce moment-là on m'a parlé d'anorexie » (P17) « Avec le recul, j'ai compris que c'était suite à une rupture. Mon premier copain qui m'avait quittée par sms. Après j'ai commencé à moins manger » (P16) « J'avais euh, bah, déjà d'autres soucis au niveau psychologique puisque bon j'ai été euh… Je sais pas si on peut appeler ça du harcèlement scolaire […] beaucoup de mises à l'écart, des tensions familiales très importantes, euh, des violences sexuelles, enfin il y a eu plein de choses qui font que effectivement à un moment donné je me suis laissé couler » (P2) « Ca a commencé, j'avais 14 ans, à la naissance de ma sœur. J'avais l'impression qu'elle prenait toute la place, et moi … Je trouvais pas la mienne, parce que j'avais un frère ainé aussi, donc j'étais au milieu… Et c'est ce qui a déclenché les premières crises » (P1)	**6) Un lien direct avec une souffrance morale**	
« Mettre des limites, peut-être parce que mine de rien ça … Ca fait quand même. Moi je sais que mon psychiatre m'avait dit à l'époque : « En dessous de 40 kilos je veux même plus vous parler, je vous fais hospitaliser, parce que de toute façon il y aura aucun travail possible » » (P13)	**7) Le besoin d'un cadre de suivi**	

« Il [NDLR : le psychiatre] m'avait envoyée chez le généraliste, pour me faire peser euh, toutes les semaines, pour euh, pour valider. Et rien que ça c'était bien. Ca permet de discuter, même 5 minutes, même si je passais juste sur la balance » (P13) « Parce que pour moi, ce qui tient c'est la régularité […] donc même si c'est 5 minutes toutes les 2 semaines, ben pour moi ça vaut le coup en fait. [Pause] Ca vaut le coup » (P10) « Il nous a dit « Ah ben je pensais que ça allait mieux, vous veniez plus », euh… Dans ce cas-là on sait que si on n'y va plus c'est que … Donc voilà. Je me suis pas du tout sentie euh … Suivie à ce niveau-là » (P4) « Euh non, moi je trouvais que c'était très bien [le suivi hebdomadaire]. D'être suivie comme ça, je me sentais encadrée quoi » (P1)		
***Les médecins généralistes sont débordés** : « Je sais, pour très bien connaitre le milieu médical […] que c'est pas évident et qu'il y a énormément de … Enormément de boulot et que c'est partout pareil » (P13)* ***Des consultations de 20 minutes** : « Est-ce que la personne est vraiment anorexique et c'est une vraie pathologie ou est-ce que c'est une passade, est-ce que c'est juste un régime ? Enfin c'est super difficile de déceler ça en 20 minutes de consultation » (P16) « J'avais plusieurs petits trucs qui n'allaient pas. Et elle me dit : « Nan mais on va pas pouvoir tout voir ! » [pause] Voilà, ce côté : je prends pas le temps, je suis dans mes 20 minutes de consultation […] Non, je … J'avais trouvé ça … » (P14)*	**1) L'anorexie mentale dans la consultation de médecine générale**	**Anorexie et médecine générale : Prendre en charge une maladie complexe en ambulatoire**
Alors je le consulte jamais [sourire], parce que je crois que je l'ai vu une fois pour faire le papier de médecin traitant » (P8) « Je vais le voir une fois tous les 3 ans pour euh, renouveler l'ALD » (P10) « J'y vais très rarement parce que généralement je me soigne avec ce que j'ai chez moi. Euh… La dernière fois que j'y suis allée … c'était […] pour un renouvellement de médicaments » (P3) « C'est plus un petit soutien [Réfléchit] En fait j'ai l'impression d'y aller que pour mon arrêt de travail finalement » (P9)	**2) Le médecin traitant parfois réduit à un rôle administratif**	
***Un rôle crucial d'initiateur dans la prise en charge** : « Et je pense que le problème c'est que quand on rentre dans une chronicisation c'est parce que la prise en charge à la base, euh … et c'est le médecin traitant qui va surtout être au premier poste » (P13) « Mes parents lui en veulent un peu plus parce que c'est son métier, c'était à LUI de pas passer à côté » (P7) « C'est … Le premier qu'on va voir ! [rires] » (P10) «Ca comprend beaucoup de choses, déjà parce que … C'est le PREMIER contact quand on a … Oui je vois ça comme ça. Comme le premier contact quand on a un souci de santé » (P9)*	**3) Le médecin traitant est au « premier poste »**	

Un passage obligé avant d'aller voir un spécialiste *: « [Je vais voir mon médecin traitant pour] des choses … Je vais pas dire « petites » parce que c'est pas sympa mais oui, des-des choses euh … Ben je passe par lui avant d'aller voir quelqu'un d'autre plus-plus spécialiste. » (P16) « Dès qu'on a quelque chose on peut aller le voir lui, et c'est lui qui nous envoie vers de spécialistes » (P19) « Comme je dis [c'est une] première approche quand ils savent pas, pour nous rediriger, et en général ils savent où nous diriger » (P9) « Au départ le médecin traitant c'est… Je veux dire c'est un peu pour soigner … La bobologie on va dire […] Et quand il sent qu'il est pas dans [Réfléchit] … Dans ses prérogatives, euh nous envoyer vers des spécialistes » (P1)*		
« Parce qu'en fait un complément alimentaire on peut toujours le prescrire mais est-ce que le patient va le prendre ? » (P17) « Parce que lui, il est dans un cabinet, donc je peux très bien lui dire « Oui, oui, à partir d'aujourd'hui je me remets à manger tout » et euh voilà, il est pas là pour voir, hein ! » (P21) «Si on voit son médecin traitant une fois tous les 6 mois, euh clairement on va lui mentir quoi. [Rires] Je veux dire, faut pas rêver quoi ! » (P10) « Il me faisait monter sur la balance. Ce qui était pratique c'est qu'il y avait un paravent entre la balance et lui. Et moi. Donc je lui disais le poids que je voulais » (P1)	**4) Les limites de l'observance en ambulatoire**	
Car l'AM n'est pas une « vraie maladie » *: « Le médecin traitant on va le voir quand on a des gastros, des bronchites, des trucs comme ça, mais il soigne pas des maladies comme l'anorexie par exemple » (P21) « Si vous demandez à un généraliste un rendez-vous mensuel, juste pour euh voilà, une prise de sang, une pesée, euh une tension … Il vous regarde euh : « Ben vous avez pas de virus ? » quoi. Vous … Vous voyez ? Vous y allez tout simplement pour … - et vous l'intéressez pas du tout quoi ! » (P10)* ***Car il n'est pas spécialisé*** *: « Et puis [la clinique] c'est spécialisé. Lui il est pas spécialisé. Un médecin traitant c'est pas spécialisé dans l'anorexie » (P21) « Elle ne pouvait pas agir sur les TCA, c'était pas son métier, ni sur la dépression d'ailleurs, puisque c'est pas son métier non plus » (P20)* ***Car il n'est pas formé sur les TCA*** *: « Je sais pas si ça aurait été adapté à la maladie parce que je sais pas si elle avait les connaissances pour, en fait. C'est ça ma question. Donc du coup c'est peut-être pour ça que je me suis pas orientée vers elle aussi. Parce que je me dis, je sais pas si les médecins traitants sont assez euh… Ouais, assez formés sur la maladie pour euh… Pour pouvoir aider assez la personne » (P8)* ***Car c'est un somaticien :*** *« C'est important que le médecin traitant ne soit ni un psychologue, ni un psychiatre, ni un diététicien. C'est-à-dire qu'il faut qu'il reste dans son rôle de « Comment va le corps » » (P16) « Pour moi un médecin ça … Quand on n'est pas bien ou quand on y va on ausculte, déjà la patiente » (P3)*	**1) Dans l'imaginaire des patientes, le médecin généraliste n'est pas le médecin de l'anorexie mentale**	

A l'adolescence, la notion de médecin généraliste n'est pas la même : *« Moi j'i été suivie par un pédiatre pendant x-années puis après effectivement il est parti en retraite et c'est un … généraliste qui a pris la relève. Alors c'est vrai qu'au début mon médecin généraliste c'était assez… Ben … Ca sonnait péjorativement dans ma tête. J'étais ado. J'ai grandi [Rires] » (P2)*		**Le médecin généraliste face à l'anorexie mentale : entre manque de connaissance et peur de la maladie**
« Mon médecin traitant à l'époque elle était assez démunie […] parce que c'était un domaine qu'elle ne connaissait absolument pas » (P14) « C'est très peu connu. J'avais consulté un médecin sur Nancy qui était acupuncteur et lui-même était désemparé en fait. Il savait pas quoi faire. Il a un peu expérimenté sur moi… Ca s'est bien passé, hein. Mais qu'un médecin de son expérience (parce qu'il était assez âgé) doive expérimenter à nouveau … » (P15) *« Le médecin bah c'est un être humain aussi, hein. Il a tellement –enfin moi je vois ça du fait d'un médecin généraliste il entend tellement de problèmes différents que … Il peut pas connaître par cœur chaque problème. » (P9) « Et c'est pas des maladies –tout ce qui est trouble alimentaire – qu'il connaît bien. Lui en fait c'est plus voilà, du généralisme. Donc c'est angine, des petits bobos comme ça mais tout ce qui est TCA, il est vraiment passé à côté » (P7) « Parce que moi j'habite en milieu rural, dans un petit village très perdu et … Ben oui, l'anorexie euh pfff … Enfin c'est quelque chose qu'on connaît pas, qu'on cherche pas spécialement connaître non plus, et du coup bah oui, je pense que je suis pas la seule dans ce cas-là et la seule à être complètement désœuvrée. […] Parce que l'anorexie ça touche pas que les jeunes filles qui habitent en ville ! [Rires] » (P18)*	**2) Les TCA ne sont pas ce que rencontre le généraliste dans sa pratique quotidienne**	
« Même le chapitre Nutrition en médecine est très restreint, très réduit. Donc vous n'avez pas vraiment … De véritable formation. […] Donc je pense qu'il y a un grand manque » (P15) « C'est pas évident. Je me mets à la place du médecin : se trouver seul face à ça quand on n'est pas spécialement formé …» (P13) « *Je pense qu'il y avait vraiment une MECONNAISSANCE des troubles du comportement alimentaire qui fait que ça la mettait à mal, et du coup euh … C'est pas qu'elle ne voulait pas faire, c'est qu'elle ne SAVAIT pas faire » (P10)*	**3) La formation des médecins généralistes sur les TCA est insuffisante**	
Entraine un retard de prise en charge : *« J'avais un médecin traitant qui lui euh … Etait pas forcément très informé je pense sur ces problèmes-là. Donc … Pour lui… On a jamais trop évoqué le trouble alimentaire* » (P9)	**4) Les conséquences d'un manque de maîtrise du sujet**	

Entraine une sous-estimation de la gravité : *« Quand je suis sortie d'ici parce que j'avais un IMC trop bas [NDLR : <13 kg/m²], ils pouvaient plus me garder ici, mon médecin traitant il me dit « Mais euh, je vous refais un arrêt de travail ? Vous vous sentez de retourner travailler ?» [Rires] Alors qu'ici ils voulaient m'envoyer aux urgences … » (P9)* *« Et elle [NDLR : La maman de la patiente] me dit : « LA j'ai eu l'impression qu'elle avait compris et qu'elle avait réalisé, mais que c'était pas le cas avant », donc euh … Enfin voilà, je pense qu'elle avait pas … Peut-être compris l'enjeu directement » (P12)* ***Entraine une perte de confiance*** *: « Enfin il y a certaines choses qu'il ne maîtrisait pas. Du coup bah oui je me sentais pas spécialement … Confiante. Quand en face de nous un professionnel ne maîtrise pas les choses, ben on a du mal à être pleinement confiant » (P18) « Les compléments, bah je lui en demandais mais du coup elle connaissait pas les noms, donc par exemple au lieu de mettre Fresubin® elle mettait un F et elle me laissais remplir » (P10) « J'ai perdu un peu confiance en mon médecin traitant. Il y a eu une perte de confiance parce que je me suis dit « Ben mince, on … Ils sont pas du tout au point sur cette pathologie-là » (P18)* ***Conduit à changer de médecin traitant :*** *« Du coup j'ai changé de médecin généraliste. C'était pas un mauvais médecin, hein, loin de là. Mais … Le trouble alimentaire c'était très… Méconnu pour lui on va dire. » (P9)*		
« Et tous ceux après que j'ai voulu essayer de prendre en médecin traitant, bah il y avait beaucoup d'hypokaliémies, et pour eux c'est … Il y a trop de danger, et en étant en libéral c'est trop compliqué à gérer » (P10) « [Des médecins] qui ne voyaient rien et qui ne voulaient surtout pas s'en approcher. Ca fait peur [silence]. Et c'est quand même bizarre que ça fasse peur à des médecins. Il y a une sorte d'incompréhension. C'est que, manger c'est tellement naturel normalement, que s'éloigner du naturel comme ça, de l'instinct, de l'inné … Ca fait peur. Parce que c'est incompréhensible. » (P15)	**5) Une maladie qui fait peur**	
« Le premier [médecin traitant] que j'ai eu – parce que j'ai changé plusieurs fois – […] Il voulait absolument que je reprenne du poids, il m'avait mis des compléments à l'époque que je pouvais pas avaler. Et après il est parti donc j'ai été obligée de prendre un autre médecin traitant qui lui me suivait plus psychologiquement » (P1) « Là pour le coup le médecin traitant euh… Pff… Voilà. Depuis j'ai changé et c'est vrai que celle de maintenant c'est TOTALEMENT autre chose » (P2) « C'est quelqu'un de fantastique. Je la changerais pas, pour tout l'or du monde ! Ah bah le généraliste que j'avais avant je vous aurais pas du tout dit la même chose. » (P6) « Après voilà c'est parce que je suis toujours tombée sur des médecins hommes, alors je sais pas si … [Rire] Si des médecins femmes seraient plus … » (P13) « C'est dommage qu'il soit parti en retraite, parce que pour le coup j'étais tombée sur quelqu'un qui aurait été … Bien. […] Qui aurait pu me suivre globalement et m'orienter vers des spécialistes et faire le LIEN sur une équipe pluridisciplinaire, je pense. Ce qui est pas le cas avec les autres » (P10)	**6) Tous les médecins ne sont pas égaux**	

Il traduit un sentiment d'incurabilité *: « A chaque fois elle [NDLR : la maman de la patiente] lui disait : « Nan mais il faut faire quelque chose, vous pouvez pas lui donner des compléments ? […] » Et il a dit « Bah si mais bon, ça vaut pas trop le coup… » » (P19) « La prise de sang ça sert à rien parce que de toute façon elle sera mauvaise, prendre la tension bah ça sert à rien parce que de toute façon elle sera dans les choux, euh … Donc en fait ça sert à RIEN quoi. Donc euh…. » (P10)* ***Il est source d'inquiétude*** *: « Ma psychiatre me disait « Bah il faudrait que tous les 15 jours ou tous les mois vous alliez voir votre médecin traitant » et une fois j'y suis allée et il m'a dit […] « Ben, je vois pas l'utilité ». Donc déjà, moi ça me – ça m'avait pas trop rassurée, parce que je dis bah, le médecin il doit être là quand même pour euh … » (P19) « C'est problématique. Enfin moi je sais, je suis descendue très bas hein, je suis descendue à 33 kilos, mon médecin traitant m'a pas fait hospitaliser quoi ». (P13) « Il m'avait dit euh, « Si vous descendez en-dessous de 48 kilos je vous fais hospitaliser ». Je suis quand même descendue à 37… Et il a jamais rien fait » (P4)* ***Il laisse le patient à l'abandon face à la maladie*** *« Si je lui demandais rien … Enfin c'est moi qui lui demandais des compléments alimentaires, qui lui demandais des prises de sang, qui lui demandais de … De me donner du potassium, quoi ! » (P13) «Pfff … C'est pareil. Il m'a pas mis en place de suivi particulier, c'est … […] J'ai perdu beaucoup de poids avec l'allaitement et euh donc c'est…C'est moi qui ai pris rendez-vous et j'ai dit « Bah écoute, là il me faut des compléments parce que là … » mais il m'a pas dit « Faudrait peut-être que tu arrêtes d'allaiter… » (P13) « Je comprends bien, c'est PAS intéressant de recevoir un patient et de le peser, prendre sa tension et de recevoir une prise de sang, et de vérifier et de l'appeler s'il est en hypokaliémie… Et … Mais du coup ça met le patient encore plus à mal, et du coup il se dit « Bon ben c'est pas grave ! » quoi. (P10) « Bah je l'ai vu qu'une fois quand … En deux ans. Et il devait normalement me voir régulièrement, il m'avait dit, et je le vois jamais donc euh … […] Il y a aucun suivi [hoche la tête] » (P3) « J'ai cherché sur internet un centre, euh, près de chez moi. Et ici c'était le centre le plus proche […] Mais du coup encore une fois c'est moi qui ai cherché le dossier et qui l'ai montré à mes parents, et puis après ils sont venus avec moi pour le montrer chez le médecin. Mais il connaissait pas le centre » (P4)*	**1) Un manque d'initiatives du médecin est lourd de conséquences**	**Une attitude négative du médecin traitant conditionne l'image que le patient a de lui et de sa maladie**
Il est source de rechute *: « Le suivi était pas … Bah … Comment dire ? Trop superficiel on va dire. Et du coup ben, voilà, Ca a rechuté très vite » (P18)* ***Il est source de rupture de thérapeutique*** *: « Déjà qu'on veut pas … Si on peut éviter les soins on les évite, mais alors si en plus on nous renvoie la balle de « Boaarf », bah du coup vous vous faites « Ah bah pas besoin de médecin traitant ! Pas de problème quoi ! [Rires] » (P10) « Il m'avait dit « Bon bah on va faire un suivi, on va se voir euh, tous les mois » Donc au début j'y allais, et puis après j'y allais plus et il s'est jamais inquiété [Pause] » (P4)*	**2) Le désinvestissement du médecin traitant précipite la rupture de soins**	

Elle provoque un sentiment d'illégitimité *: « Bah au début le médecin euh … J'avais du mal à aller vers lui. Il me disait « Nan mais c'est rien de spécial », et ça l'inquiétait pas plus que ça, sauf que bah, j'ai vu que ma Maman elle se faisait beaucoup de souci. » (P19) « C'était pas … C'était pas pris au sérieux. Comme si j'étais pas crédible » (P18) « Il m'a jamais rien dit. Jusqu'à ce que vraiment on doive lui dire « Si, si, elle est anorexique ! » (P15) « Bah, c'est pas que je lui en veux mais j'ai un peu l'impression qu'elle a pris ça à la légère et qu'elle a pas réalisé tout de suite et … Donc euh, c'est vrai que ça m'a un peu … Déçue. » (P12) « Moi je me suis présentée il y a pas longtemps parce que le Dr YUAN [NDLR : médecin de la clinique de Jouvence] m'avait dit « Il FAUT que vous ayez un généraliste » […] Et là le médecin m'a regardée … Grosso Modo… Mais … « Mais euh … Vous êtes malade sinon ? Vous toussez ? » Et là je me suis sentie STUPIDE. » (P10) «Il m'avait dit : « Oui, si vous voulez des analyses, je vais vous en faire à renouveler pendant 1 mois », mais c'était … Ben je me suis dit « C'est moi qui veux être trop … » Oui voilà ! [Sourire] Je savais pas le souci où il était quoi. » (P19)* ***Elle retarde la prise en charge*** *: « Elle a pas du tout – je lui en veux absolument pas – mais c'est vrai que … Elle … Elle a pas vraiment pris au sérieux cette perte de poids [Grimace], et elle a pensé que ça allait pouvoir se rétablir vite tout simplement en remangeant, quoi » (P18) « Pendant plusieurs mois, elle a pas vraiment sonné la … Elle a pas tiré la sonnette d'alarme quoi. » (P18) « Euh ça a été diagnostiqué assez tardivement parce que […] Pour lui, pff… Il y avait pas de problème. En fait vraiment il m'a pris plusieurs fois la tension, enfin soi-disant… Enfin il était pas – il s'est jamais alarmé. » (P15)*	**3) Banalisation des symptômes : Quelle légitimité pour le patient ?**	
« Enfin je pense que je la mettais plus à mal qu'autre chose, et moi ça me mettait à mal de la mettre à mal, et finalement c'était … Donc voilà. » (P10)	**4) L'inconfort du médecin traitant est perceptible par le patient et le met lui-même dans l'inconfort**	
« Elle m'a dit que comme il y avait ce suivi qui était ici, et que voilà … Et donc elle se – quelque part elle se déch – c'est pas qu'elle se déchargeait, mais en tout cas elle restait à distance […] Par exemple elle me propose plus de me peser [Rires]. Elle a dit « Bah voilà, c'est pris en charge » » (P14) « Enfin, elle nous a dit « Bon ben faut prendre rendez-vous chez le –chez un endocrinologue. » Donc elle nous a donné un nom, et puis voilà. Et puis ma Maman lui a dit « Oui mais en attendant je fais quoi ? » […] Enfin globalement elle m'avait dit « Faut prendre rendez-vous avec l'endocrinologue, et c'est ELLE qui gèrera le truc »» (P12)	**5) L'orientation vers les spécialistes, un moyen de se décharger ?**	

« Euh … Bah déjà j'aborderais avec elle le problème du TCA, ce qu'il a jamais vraiment fait en fait. Il m'a dit « Mais tu manges ? » etc … Est-ce qu'il y pensait pas ? Est-ce qu'il osait pas ? » (P17) « Il m'a quand même souvent, en effet, alarmée. Alors est-ce qu'il suspectait quelque chose ? Il ne l'en a jamais parlé dans ces termes-là » (P17) « Des fois j'aimerais qu'elle soit un tout petit peu moins CASH, et que … Elle soit des fois un tout petit peu plus ouverte sur certains sujets » (P2)		**Y a-t-il un bon moyen d'aborder la maladie avec le patient ?**
« L'anorexie en fait était ancrée, et ça c'est une maladie qui … Il y a pas de pilule miracle » (P20)	**1) Il n'y a pas de « traitement miracle »**	**Il n'existe pas de solution miracle**
« Ma psychologue et mon médecin traitant sont assez ouverts au niveau médecines alternatives, et donc je suis allée voir une sophrologue, donc j'ai fait plusieurs séances, euh… Et puis je suis allée voir aussi une naturopathe […] mais bon tout ça n'a pas fait … » (P14) « [C'est elle] qui m'a aidée en tous cas dans un premier temps avec des anxiolytiques, et en voyant que ça marchait pas, qui m'a dirigée vers euh, le CHU » (P20)	**2) Un long parcours émaillé d'échecs thérapeutiques**	

QUATRIEME RUBRIQUE : LA RELATION MEDECIN-PATIENT A LA LUMIERE DE L'ANOREXIE

Verbatim et sous-thèmes	**Thèmes**	**Sous-catégories**
« Avant j'allais presque pas le voir, juste quand j'avais un rhume, ou je me faisais mal quelque part ou autre. Et maintenant je dois y aller plus souvent » (P19) « Bah voilà, quand il nous arrive quelque chose comme ça donc on va le voir plus souvent, ben il y a quelque chose qui s'installe » (P11)		**L'anorexie oblige à voir plus souvent son médecin traitant**
«[Le rôle joué] par mon médecin traitant ? Ah ben elle est exceptionnelle ! [Rires]… Elle est exceptionnelle… Oui oui » (P6) «C'est quelqu'un de fantastique. [Rires] Je la changerais pas, pour tout l'or du monde ! » (P6) « Euh … Ben pour moi il a été remarquable […] C'est un vrai soutien. Voilà » (P17)	**1) Le médecin traitant a joué un grand rôle**	**L'avis des patientes sur le rôle joué par leur médecin traitant est très variable**
« Je trouve pas qu'il ait joué vraiment le rôle qu'il aurait dû. Bah il était pas assez présent » (P19) « C'est vrai que je me dis euh… Voilà euh … Pour le reste il a … C'est pas un médecin top quoi. […] Il devait normalement me suivre – me voir régulièrement il m'avait dit, et je le vois jamais donc euh… » (P3) « Investigatrice : Donc finalement si vous deviez dire des mots sur ce que votre médecin traitant a fait dans votre parcours, vous diriez quoi ? - Patiente : Pas grand-chose » (P4) « [Il a joué] un tout petit rôle. [Sourire] C'est même pas un rôle c'est juste euh, de la bienveillance en fait » (P21) « Du coup les dernières fois où j'ai vu mon médecin de famille, j'ai eu l'impression que c'était moi qui lui ai apporté plus de choses que lui m'en avait apportées. Comme s'il était un peu carencé en certaines … Enfin il y a certaines choses qu'il ne maîtrisait pas » (P18)	**2) Le médecin traitant a joué un rôle insuffisant**	

« C'est ma Maman qui a euh … Regardé sur internet et qui m'a fait prendre contact avec le Pr RIGAUD qui était au CHU […] Mon médecin traitant il a strictement rien fait pour » (P8) « Rien. Rien. Il y a pas eu de compléments alimentaires, il y a pas eu … Il y a pas eu de prises de sang, non il y a rien eu. Il y a RIEN eu. » (P13) « Ben … Pfff… Je dois avouer que … [Réfléchit] Que voilà, le médecin qui me suivait, c'était une prise en charge inexistante pour moi » (P18)	**3) Le rôle du médecin traitant était inexistant**	
« Euh je pense quand même que oui, il est plus attentif, il est plus … » (P1) « Ben au début, vu que j'étais pas anorexique il se faisait pas de souci. […] Et là quand je vais le voir c'est … Ben j'ai un rhume et tout, mais il me demande si je mange, si euh … Parce que du coup il sait très bien que je suis moins immunisée et tout. » (P21)	**1) L'anorexie a rendu le médecin plus soucieux de sa patiente**	**Quand l'anorexie a amélioré la relation médecin –patient**
« Peut-être même une … Même une relation un peu plus … Pas fusionnelle parce qu'on peut pas parler de ça entre un médecin et un patient mais … […] Peut-être un peu plus de confiance, oui. » (P11) « Et du coup euh, oui il y a – il faut qu'un lien de confiance s'installe, et il y a du coup forcément une relation différente qui s'installe. Obligatoirement. Et on le voit bien, avec les autres thérapeutes c'est pareil. C'est … Il y a un vrai besoin de pouvoir à nouveau faire confiance. Voilà. » (P10) « Ben j'avais déjà confiance en lui avant [l'anorexie], et là j'ai deux fois plus confiance en lui. » (P7)	**2) L'anorexie a permis au patient d'avoir une plus grande confiance en son médecin traitant**	
« Je prendrai rendez-vous avec elle à nouveau pour lui expliquer tout ce qu'il s'est passé, ne serait-ce que parce qu'elle avait aussi de l'intérêt à savoir… Euh voilà, comment j'avais pu gérer ça. […] Donc encore plus d'échange en tous cas, entre moi et le médecin traitant » (P20)	**3) L'anorexie a permis de meilleurs échanges avec le médecin traitant**	
« Mon médecin traitant n'a rien vu du tout. C'est pourquoi je suis allée voir d'autres médecins » (P15) « Disons que moi j'avais un médecin traitant qui m'a pas bien suivie [Rires]… Donc pour l'instant j'en aurais une mauvaise euh… Une mauvaise image. Donc du coup ben là quand j'ai été hospitalisée ici en sortant j'ai directement changé de médecin traitant » (P4) « Le médecin d'ici m'avait conseillé un nom de médecin, du coup je vais avoir un médecin qui est beaucoup mieux apparemment … Que celui que j'avais » (P3)	**1) Quand l'insatisfaction conduit à changer de médecin**	**Les conséquences d'une insatisfaction dans la prise en charge**

« J'ai l'impression que voilà, je suis toujours un peu sur la réserve. Du coup. Parce que comme j'ai l'impression de … De pas avoir été prise en charge correctement, bah forcément oui, je vais toujours être un petit peu sur la réserve » (P18) « J'y suis retournée parce que j'ai été malade euh … Et … Ben en fait je l'ai trouvée très … distante - enfin pas distante mais euh […] Je pense qu'il y a un truc qui … Je pense que moi aussi je suis moins … Parce que oui, elle m'a déçue et du coup il y a quelque chose qui s'est cassé » (P12)	**2) Quand l'insatisfaction rompt la communication**	
« Même si au début il y a eu un … un gros loupé, bon ça après c'est humain, je veux dire je lui en veux pas. » (P7) « Mais il est très gentil, c'est pas le souci, mais en plus il est à la campagne à côté d'Auxerre, il est spécialisé en gériatrie et je pense que c'est des problématiques un peu éloignées de ce qu'il connait finalement. […] Ca me pose pas problème, parce qu'il était très bienveillant par ailleurs » (P16) « Bon, c'est vrai j'aurais bien aimé qu'elle me le dise clairement […] Mais je lui en veux pas plus que ça parce que la relation de confiance est déjà établie et que voilà euh … C'est quelqu'un à qui je peux dire beaucoup de choses aussi » (P2)	**1) Le médecin a le droit à l'erreur**	**Le jugement des patientes face à « l'humain médecin traitant »**
« Je trouve qu'elle a – elle a vraiment … Elle a fait comme elle pouvait » (P14) « Je pense que c'est délicat pour eux … de tout savoir quoi. Tout simplement. Je leur en veux pas du tout ! Après c'est … Ils font leur travail du mieux qu'ils peuvent. » (P9)	**2) Les patients ont conscience de l'investissement du médecin traitant**	
« Ma maman y est retournée du coup, quand moi j'étais hospitalisée […] Elle m'avait dit que là, en en parlant avec le médecin, euh [réfléchit]… Enfin que le médecin avait été touchée, qu'elle avait les larmes aux yeux et tout ça parce que… Ben parce qu'entre-temps j'étais descendue encore plus bas » (P12) « Et là depuis que j'ai été malade, il prend souvent de mes nouvelles. Parce que bon, il s'est passé quelque chose, il – il a un peu loupé le coche quoi. La maladie il est passé à côté et je pense que depuis bah… C'est pas qu'il culpabilise mais il doit s'en vouloir un peu, il prend souvent de mes nouvelles. » (P7)	**3) Le médecin doit savoir se remettre en question**	
«C'est aussi tout à son honneur de dire en tant que médecin : « Ben voilà, c'est pas une maladie que je connais, mais euh … Mais voilà, je vais – je vais regarder ». Je préfère ça que quelqu'un qui me dise euh … Voilà, qui se donne des grands airs de tout savoir et au final euh, voilà » (P6) « Bah, si lui il se sent pas compétent à ce niveau-là, qu'il m'envoie voir quelqu'un d'autre ou qu'il essaie de se renseigner un peu. Là il m'a jamais fait part de … Il m'a jamais dit euh … « Je suis pas assez compétent à ce niveau-là » [pause] » (P4)	**4) « C'est tout à son honneur » de reconnaître qu'il ne sait pas**	

« Après moi j'ai donné cette adresse-là à mon médecin traitant parce que … […] Il m'a confié qu'il avait d'autres patientes aussi euh… Avec lesquelles bah, il savait pas trop comment se comporter non plus parce que voilà il aimerait … Bah il savait que c'était sûrement le même cas de figure que moi et du coup il me demandait un peu mon aide aussi, et j'essayais de lui donner quelques adresses » (P18)	**5) Quand le patient apprend à son médecin**	

POINT DE VUE DES PATIENTES SUR LES DIFFERENTES OPTIONS THERAPEUTIQUES :

Verbatim et sous-thèmes	**Thèmes**	**Catégories**
« Comment je pourrais faire ? Je sais pas. [Pause] Je sais pas parce que ça dépend de si elle est dans le déni de la maladie ou pas, ça dépende de plein de choses, si elle est toute seule… » (P8) « Après, euh … Adapter en fonction vraiment des patients et des problèmes euh, voilà. Il y a l'anorexie mais il y a tellement de choses par-dessus, enfin… Il faut prendre en compte le cas de chaque patient » (P11)		**La prise en charge doit être adaptée au cas-par-cas**
***Quand le suivi ambulatoire ne suffit plus** : « On a essayé de mettre en place un suivi à l'extérieur, et euh le suivi n'a pas – enfin on s'était fixé des objectifs qui n'ont pas été atteints donc euh voilà. C'était une évidence pour moi de venir ici » (P11) « Tant que j'étais hospitalisée en fait il y avait pas de vomissements. Et je suis retournée chez moi et … Les vomissements ont repris et j'ai à nouveau perdu du poids » (P17)* ***Malgré la difficulté à l'accepter** « Donc ça a été difficile de venir ici, et puis finalement j'ai vu ce que ça m'apportait [sourire] » (P16)* ***Pour « remonter la pente » :** « Et je me suis dit « Bon bah pourquoi pas tenter euh… Tenter une hospit' », voilà au moins pour me remettre à flots, pour pouvoir parler etc … » (P13) « C'était ma volonté aussi, même si c'était très dur à accepter, c'était aussi la bonne solution pour remonter un petit peu la pente » (P11)* ***Comme un cocon protecteur :** « Et puis après ben, quand j'ai dû sortir j'ai eu du mal à … A accepter de sortir parce que j'étais pas prête, euh à retourner au monde réel » (P3)*	**1) Une hospitalisation peut aider**	**L'hospitalisation : une solution contestée mais parfois nécessaire**
« Pas forcément un centre psychiatrique, tout ça, non. Je pense que c'est pas forcément la solution. […] Vraiment ici il y en a beaucoup qui en ont fait l'expérience et je pense que c'est totalement contre-productif. » (P15) «Ca a été difficile de venir ici parce que je pensais que c'était un peu « Shutter Island, qu'on m'envoyait dans un truc pour …Un asile psychiatrique qui allait me changer complètement » (P16) « [Un médecin psychiatre] m'a fait hospitaliser dans une clinique psy. Et euh … J'étais euh … En train de… Mourir là-bas ! [Rires] » (P10) « En 2004 j'ai fait mon premier séjour en HP [NDLR : hôpital psychiatrique] vers chez moi. Alors euh là effectivement j'ai passé 18 jours là-bas, 18 jours où je n'ai absolument rien mangé […] et ils m'ont gentiment qualifiée d'anorexique là-bas sans jamais chercher à savoir comment ça se passait à la maison » (P2)	**2) Mais l'hospitalisation en psychiatrie n'est pas forcément la meilleure option**	

« Donc la deuxième fois que j'y suis allée je suis retournée à Ker Yonnec ([NDLR : Clinique psychiatrique] – je connaissais rien d'autre – et là c'était pas du tout … Il y avait plus aucun suivi quoi. Ils nous pesaient à l'entrée, ils nous pesaient à la sortie et stop » (P1)		
***Le rôle à part du psychiatre/du psychologue** : « Parce qu'il y a des choses qu'on dira à un psychiatre mais qu'on dira pas forcément à son médecin généraliste » (P17) « Le suivi psychiatrique est long à mettre en place parce qu'il faut trouver le psychiatre qui nous convient, il faut trouver euh … une relation de confiance, qui est beaucoup plus longue que celle du médecin généraliste lui-même. (P17) « Le déclencheur c'est vraiment les gens d'ici en fait. Hormis mes parents et ma sœur, c'est le psychiatre. Je crois que c'est le dr B. [NDLR : Psychiatre] qui m'a déverrouillé des trucs. » (P16) « C'est la psychologue qui m'a conseillée. Et je lui ai fait confiance, parce que c'est vrai qu'elle était vraiment de bon conseil ». (P14) « Mais je pense que plus que de l'emmener vers un diététicien ou un nutritionniste, je commencerais par dire d'aller vers un psychologue – parce que ça fait moins peur que les psychiatres - » (P16)* ***Syndrome dépressif et anorexie mentale sont étroitement liés** : « J'étais jeune Maman et j'ai perdu mes jumeaux et j'ai fait une BONNE – là c'était une GROSSE – dépression après, et euh, il y a eu un retour … Les troubles alimentaires étaient toujours là, sous-jacents, mais disons que c'était euh … On va dire ça stagnait. » (P13) « Au départ en fait j'ai fait euh … J'ai commencé par faire une dépression qui s'est euh, portée sur des troubles du comportement alimentaire. » (P6) «Mon médecin traitant a géré dans un premier temps un état dépressif qui était donc lié au TCA […] C'est plutôt l'état dépressif qui m'a … Qui a fait qu'on a discuté plus là-dessus et qu'on s'est orienté vers quelque chose qui pourrait gérer les deux c'est-à-dire l''état dépressif ET les troubles du comportement alimentaire qui duraient depuis un certain temps et qui jouaient sur l'état dépressif » (P20)*	**1) La prise en charge psychiatrique est indispensable**	**La pluridisciplinarité : véritable potentialisateur de la prise en charge**
« Pour elle c'était vraiment un problème purement somatique, mais il y avait rien à traiter d'autre quoi. Le plan psychologique était totalement occulté, et ça c'est vrai que ben … » (P18) « Elle prenait mon poids, ma tension, elle contrôlait mes signes vitaux, elle euh … Mon moral aussi. Elle a plusieurs fois joué le rôle d'un psychologue. » (P15) « Je pense qu'il faudrait un suivi assez psychologique. Je lui proposerais … - ben déjà j'essaierais de discuter beaucoup de temps avec elle seule-à-seule » (P15) « Il y a l'alimentation, ça c'est une chose, mais il y a aussi toute la dimension psychologique, l'état d'esprit, et puis bah, la relation qu'on a – l'esprit, le corps – enfin c'est plus que … Qu'un soin par des médicaments, voilà c'est toute une thérapie » (P11) « C'est un tout. Il faut euh … Le côté psychologique c'est vrai que c'est très important. Et le côté psychologique influe sur le côté alimentaire de toute façon, il y a pas de secret » (P1)	**2) La prise en charge du médecin traitant ne doit pas être uniquement somatique**	

Savoir déléguer quand ce n'est plus de notre ressort *: « Elle a essayé plusieurs traitements … Ca n'a pas fonctionné, et c'est à ce moment-là qu'elle m'a dit « Vous êtes au bout […] donc voilà, moi j'ai fait mon travail de médecin traitant, c'est-à-dire que je vous ai prescrit des médicaments, après je ne peux pas aller plus loin, c'est un psychiatre » (P20) » « Voilà, elle a essayé plusieurs traitements qui n'ont pas fonctionné donc elle m'a conseillé de me rediriger vers des … personnes compétentes » (P20)* ***Orienter vers les bons acteurs :*** *« Ben c'est compliqué, mais … Oui je pense que, enfin … Faut essayer de rediriger vers les bonnes personnes » (P12) « Je pense après, si j'étais pas au courant, à la place du médecin bah je dirigerais la personne vers un service plus…calé que moi » (P9) « Mais oui, je pense peut-être oui, un accompagnement peut-être plus… Parce qu'on oriente bien les gens quand on se fait opérer, euh enfin quand c'est des maladies euh… physiques ! [Rires] » (P14)* ***Prendre des avis*** *: « Elle s'était renseignée auprès de confrères qui lui avaient parlé d'ici et de Paris » (P14)*	**3) Les autres disciplines comme « ressources » quand le médecin traitant est dépassé**	
« Parce qu'il y avait un remplaçant qui était venu – et euh après il m'a … dirigée vers euh … vers une diététicienne au début, et après il m'a dirigé vers un psychiatre » (P 19) « Donc entre-temps on est retournées chez le médecin, et c'était pas elle, c'était une remplaçante, qui elle pour le coup a été plus…Enfin mieux j'ai trouvé […] Elle a plus rassuré ma Maman [sourire] parce que –enfin elle a rien pu apporter de plus mais je l'ai trouvée plus à l'écoute » (P12) « Elle [NDLR : La remplaçante] avait proposé de mettre en place des compléments alimentaires pour éviter que … Ca dégénère trop […] Enfin je la sentais plus concernée » (P12)	**4) L'intervention d'un remplaçant : regard neuf sur la prise en charge**	
« Je suis aussi suivie par une hématologue à Nancy – et elle voyait aussi que je perdais du poids parce que je la voyais tous les 3 mois, et elle me disait « Mais là il faut que vous vous fassiez aider parce que moi je suis démunie aussi» et elle m'avait pris rendez-vous au service de nutrition du même hôpital » (P14) « Mon poids est descendu tellement que le psychiatre a dit « Non, non, on fait directement la demande d'hospitalisation complète » (P19) « A un moment il m'a dit « On peut pas continuer comme ça ». Même là, j'avais une psychologue qui me suivait au CMP et un psychiatre et ils m'ont dit : « Vous êtes en train de mettre votre vie en danger, il faut absolument vous faire hospitaliser » (P1)	**5) Un autre professionnel de santé peut intervenir dans la prise en charge**	

« Il faut une réelle prise en charge mais que ce soit vraiment pluridisciplinaire on va dire. Parce que juste un médecin traitant je sais très bien que ça n'aurait pas suffi pour m'aider » (P18) « Travailler tout seul ça n'a aucun intérêt. » (P16) « Travailler seul ça va pas, ça marche pas, c'est trop difficile et du coup bah on préfère dire au patient « Bah écoutez en fait euh, je peux pas vous prendre en charge » quoi » » (P10) « C'est pluridisciplinaire, je pense que – qu'un seul soignant c'est pas… C'est pas possible avec ce genre de maladies mentales » (P8) « Je pense que ça peut être bien qu'il y ait un partage des données, un partage des informations. Un suivi « partout » pluridisciplinaire. » (P15) « Ce serait bien aussi qu'il y ait un … Un suivi dans ces cas-là. Une sorte de relation entre un diététicien et le médecin traitant, quelque chose, vraiment … Un LIEN » (P15) « Alors, [je l'orienterais vers] une structure si possible, et si c'est pas possible, oui faire … Bah … Etre en lien avec d'autres professionnels » (P18)	**6) L'anorexie : l'absolue nécessité de la pluridisciplinarité**	
« Certains professionnels pourraient converser – mettre en lien vraiment ce qui est plutôt du domaine de la psychologie, de la psychiatrie, de la diététique … Mettre aussi en lien avec la médecine générale quoi. Parce que c'est vrai qu'on a l'impression que c'est un peu cloisonné. On pourrait tellement travailler MIEUX.» (P18) « C'est vrai que ça serait bien que le médecin traitant soit plus coordonné avec les spécialistes, je pense pour euh, pour un suivi vraiment pluridisciplinaire, parce que moi ça a jamais été le cas » (P13) « En libéral on sent que chacun est dans son petit coin, et finalement c'est trop compliqué d'échanger » (P10)	**7) Les professionnels de santé libéraux ont du mal à communiquer**	
« Parce que pour avoir personnellement vu un psychologue-tout seul- et un diet' –tout seul- euh je me suis rendue compte que ça faisait rien. Et quand tout est mélangé ici, c'est carrément cohérent, et en plus ils se parlent, donc ils savent. (P16) « [en parlant de la prise en charge à la clinique] C'est justement parce qu'ils sont en lien qu'ils comprennent aussi beaucoup de choses et que chacun apporte à l'autre quoi » (P18) « Le trouble alimentaire est PAS FACILE à prendre en charge, et il y a un manque de formation en terme de travail d'équipe entre … Entre professionnels, en tout cas en libéral. Ce qu'on ne ressent pas en structure. » (P10)	**8) Communication : Ce qu'une structure spécialisée apporte par rapport au libéral**	

Exploration de la relation entretenue par les patients atteints d'anorexie mentale avec leur médecin traitant

Problématique :
L'anorexie mentale est une maladie très complexe caractérisée par un déni profond qui rend difficile son diagnostic et l'adhésion des patients à la prise en charge. Le médecin traitant a donc la responsabilité d'instaurer un lien médecin-patient efficace depuis le diagnostic et tout au long du suivi afin de permettre une prise en charge optimale.

Question de recherche :
Quelle est l'expérience des patientes atteintes d'anorexie mentale dans la relation avec leur médecin traitant ?

Méthode :
L'enquête a été menée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de vingt femmes recrutées au sein d'une clinique spécialisée. Ils ont été retranscris et soumis à une analyse qualitative inspirée de la méthode de théorisation ancrée.

Résultat :
Le médecin traitant occupe une place centrale dans la prise en charge de l'anorexie mentale, les patients ayant envers lui des attentes relationnelles basées essentiellement sur l'écoute et le non-jugement. Une attitude passive du médecin, un manque d'investissement, des lacunes non reconnues et un manque de compréhension du trouble peuvent être délétères. Les patients acceptent volontiers les remises en question du médecin et reconnaissent la difficulté de prise en charge de leur maladie en ambulatoire, nécessitant le plus souvent un recours à la pluridisciplinarité. Les patients atteints d'anorexie mentale qui consultent leur médecin traitant sont en demande d'une aide, plus que d'une solution thérapeutique universelle. Les médecins généralistes ne sont généralement pas à l'aise dans le domaine des TCA mais tout médecin traitant est en capacité d'adopter une attitude neutre, d'écouter son patient, et de lui proposer un accompagnement adapté.

Discussion :
On pourrait approfondir la compréhension des mécanismes de l'alliance thérapeutique en s'intéressant aux déterminants de la motivation du médecin face à l'anorexie, et en améliorant la formation des généralistes autour de sa prise en charge.

Mots-clés : **Anorexie mentale, médecine générale, relation médecin-patient, soins primaires**