

Faculté de médecine et de médecine dentaire



L'ANOREXIE MENTALE

*Etude qualitative sur les obstacles à sa
détection et à sa prise en charge par les
médecins généralistes wallons*

BIELDERS Loriane

Travail de Fin d'Etudes

Master complémentaire en médecine générale - UCL

Année académique 2021-2022

Promotrice: Dr Aurélie Baudoux

Table des matières

Remerciements	3
Glossaire	4
Abstract	5
1. Introduction	6
1.1. Choix du sujet	6
1.2. Définition de l'anorexie mentale	7
1.3. Epidémiologie	8
1.4. Etiologie	8
1.5. Comorbidités	8
1.6. Dépistage	9
1.7. Consultation.....	10
1.8. Présentation clinique et complications somatiques	11
1.9. Examens complémentaires	12
1.10. Traitement	12
1.11. Entourage.....	15
2. Méthodologie.....	16
2.1. Recherche bibliographique.....	16
2.2. Type d'étude	17
2.3. Comité d'éthique	17
2.4. Stratégie d'échantillonnage.....	17
2.5. Guide d'entretien	18
2.6. Déroulement des entretiens	18
2.7. Analyse des entretiens	18
3. Résultats.....	19
3.1. Description de l'échantillon.....	19

3.2.	Généralités.....	19
3.3.	Gestion de l'anorexie mentale	21
3.4.	Obstacles rencontrés lors de la prise en charge de l'AM	26
3.5.	En vue d'une meilleure prise en charge de l'AM en médecine générale.....	30
4.	Discussion.....	33
4.1.	Interprétation des résultats.....	33
4.2.	Qualité des résultats.....	41
4.3.	Biais et limites de l'étude	42
5.	Conclusion.....	43
6.	Bibliographie	44
7.	Annexes.....	47
7.1.	Annexe 1- Définition anorexie mentale	47
7.2.	Annexe 2- questionnaire SCOFF	48
7.3.	Annexe 3- Signes cliniques	49
7.4.	Annexe 4 - Psychothérapies	50
7.5.	Annexe 5- Critères d'hospitalisation	51
7.6.	Annexe 6 - Comité d'éthique.....	53
7.7.	Annexe 7- Guide d'entretien	54
7.9.	Annexe 9- Retranscriptions des entretiens	66

Remerciements

Au docteur Aurélie Baudoux, ma promotrice, pour ses conseils avisés et sa disponibilité tout au long de la réalisation de ce travail.

Au docteur Patrick Paindeville, mon maitre de stage de ces deux dernières années d'assistantat, pour son soutien, sa disponibilité et ses conseils judicieux.

Aux médecins qui ont accepté de m'accorder leur confiance et leur temps pour répondre à mes questions.

Merci à mes collègues actuelles qui m'ont apporté un soutien quotidien inébranlable et avec qui j'ai pu échanger sur le sujet.

Sans oublier ma famille, pour leur soutien inconditionnel, leur patience sans limite et leur présence à mes côtés depuis le premier jour de mes études jusqu'à la clôture de ce travail. Sans eux tout cela n'aurait pas été possible.

Je tiens également à remercier Alice qui m'a épaulée et guidée tout au long de ces 10 années de formation.

Et je n'oublie pas Antoine, que je remercie pour ses encouragements sans relâche et son soutien inconditionnel.

Glossaire

ALAT	Alanine aminotransaminase
ALAT	Alanine aminotransaminase
AM	Anorexie mentale
ASAT	Aspartate aminotransaminase
CBT/TCC	Cognitive behaviour therapy / thérapie cognitivo-comportementale
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders = Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
ECG	Electrocardiogramme
FBT	Family based therapy
FPT	Focal psychodynamic therapy
GLEM	Groupeement local d'évaluation médicale
HAS	Haute Autorité de Santé
IMC	Indice de masse corporelle
SCOFF	Sick, control, one stone, fat, food
SCOFF-F	Version française du SCOFF
SSCM	Specialist Supportive Clinical Management
TCA	Troubles du comportement alimentaire
TFE	Travail de fin d'étude
TOC	Trouble obsessionnel compulsif
TSH	Thyréostimuline

Abstract

Introduction : L'anorexie mentale (AM) est une maladie rare à laquelle les médecins généralistes sont confrontés dans leur pratique quotidienne. Leur place dans la prévention, le diagnostic et le suivi des patients est primordiale. L'objectif de ce travail est de mettre en lumière les difficultés rencontrées lors de la prise en charge de cette pathologie et d'apporter des perspectives d'aide afin d'améliorer la gestion de l'AM en médecine générale.

Question de recherche : Quels sont les obstacles à la détection et à la prise en charge de l'anorexie mentale pour le médecin généraliste en région Wallonne ?

Méthode : La réalisation de ce mémoire a débuté par une recherche dans la littérature suivie d'une étude qualitative. Cette dernière a été effectuée grâce à des entretiens semi-dirigés auprès de 10 médecins généralistes, sélectionnés sur base de leur profils sociodémographiques. Chaque entretien a été retranscrit puis analysé de manière thématique.

Résultats : Les médecins généralistes interrogés ont conscience de l'importance de leur rôle dans le repérage et le suivi des patients anorexiques. Ils éprouvent peu de difficulté à poser le diagnostic, mais déplorent un manque de formation au sujet des troubles du comportements alimentaires (TCA). L'étude met en évidence 3 catégories d'obstacles à la détection et à la prise en charge de l'AM rencontrés en médecine générale : liés au médecin généraliste, liés au patient et liés à l'environnement. Les pistes d'action évoquées concernent la sensibilisation de la population générale et des médecins généralistes à l'AM, un renforcement de la formation des médecins, une meilleure organisation du réseau de soins et le développement d'un outil d'aide à la consultation.

Discussion et conclusion : La première partie de ce mémoire a permis de réaliser une mise à jour des données de la littérature concernant la prise en charge de l'AM allant du diagnostic au traitement. La seconde partie détaille les obstacles rencontrés par les médecins généralistes et examine les différentes pistes d'action proposées par les intervenants. L'une de ces pistes est approfondie et mène à la création d'une fiche d'aide à la consultation.

Mots clés : Étude qualitative, médecine générale, anorexie mentale

Indexation : QR31, QS41, QD42, QD24, QP3, QD323, P86

1. Introduction

L'anorexie mentale (AM) est un trouble du comportement alimentaire (TCA) d'origine multifactorielle (biologique, génétique, environnemental, familial et socioculturel). Cette maladie se caractérise par la gravité de son pronostic : risque de décès, de complications somatiques, psychiques et psychosociales nombreuses ainsi qu'un risque de chronicité. Un repérage et un traitement précoces de l'AM assurent de plus grandes chances de guérison ainsi qu'une diminution du risque de chronicisation et du développement de complications(1,2). Alors que le traitement de l'AM se fait généralement dans des services spécialisés, les médecins généralistes sont les premiers professionnels de santé avec lesquels les patients anorexiques entrent en contact. De ce fait, ils occupent un rôle central dans le dépistage et l'accompagnement des patients mais également dans la coordination des soins et la facilitation de l'accès aux soins spécialisés(3). C'est pourquoi, il est important que les prestataires de soins de première ligne (médecins généralistes, médecins scolaires, psychologues, diététiciens) aient une bonne connaissance des signaux évocateurs de l'AM(4).

1.1. Choix du sujet

Ma réflexion sur le sujet a débuté au cours de ma première année d'assistantat, lors d'une visite à domicile chez une adolescente anorexique dont les parents étaient dépassés par la situation. Je me suis sentie démunie et frustrée de ne pas pouvoir aider la patiente et son entourage par manque de connaissances et de formation. Depuis, de nombreuses questions me travaillent l'esprit, « Comment poser le diagnostic ? Quel traitement faut-il mettre en place ? Où trouver les spécialistes ? ». Ma motivation pour ce sujet s'est accentuée en constatant que mes collègues étaient tout autant désemparés que moi-même quand il s'agit de prendre en charge un patient anorexique. Ensuite, lors de ma recherche de littérature (non exhaustive), aucune étude qualitative n'a été retrouvée concernant le vécu des médecins généralistes belges lors du suivi d'un patient anorexique. De ces constatations découlèrent ma question de recherche : quels sont les obstacles que rencontrent les médecins généralistes wallons lors de la détection et de la prise en charge d'un patient anorexique ?

Il est généralement admis que le repérage et le traitement précoces permettent d'obtenir de meilleurs résultats. En accord avec cette idée, les soins primaires sont souvent cités comme étant le cadre le plus important pour la détection précoce(5). Ainsi, il me semblait intéressant d'interroger les médecins généralistes au sujet de l'AM afin de déterminer les facteurs entravant la détection et la prise en charge de cette maladie dans leur pratique pour ensuite y trouver des solutions. Ce TFE permet de réaliser une mise au point sur l'AM, qui est selon moi, une pathologie trop peu abordée lors de notre cursus universitaire et pour laquelle aucune recommandation belge n'existe. Il s'agit de la pathologie psychiatrique qui engendre le taux de mortalité le plus important, jusqu'à 10% dans les études comportant un suivi de plus de 10 ans(1,5). Les résultats de ce travail profiteront aux médecins généralistes, ainsi qu'à leurs patients et leur entourage, en apportant des perspectives de soutien afin de mieux appréhender la prévention, le diagnostic et le suivi des patients anorexiques.

1.2. Définition de l'anorexie mentale

L'AM est un trouble du comportement alimentaire caractérisé par une restriction des apports énergétiques, une peur intense de prendre du poids et une altération de la perception de la forme de son propre corps. Elle peut affecter des individus de tout âge, sexe, origine ethnique et socioéconomique et les personnes de morphologie, poids et taille divers(6). Mais, les adolescentes et jeunes femmes adultes sont particulièrement à risque(7). Actuellement, deux classifications de l'AM coexistent (cf. annexe 1) : la Classification Internationale des Maladies CIM-11 (développée par l'Organisation Mondiale de la Santé)(8) et le Diagnostic and Statistical Manual (DSM-V)(9). L'AM présente le taux de mortalité le plus élevé de tous les troubles psychiatriques(5), découlant le plus souvent du suicide ou de complications somatiques (cardiaques majoritairement) liées à la dénutrition(7,10). De plus, deux sous-types d'AM sont à distinguer : l'AM de type restrictive et l'AM de type boulimique (le sujet présente des crises de boulimie et/ou recourt aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs). Concernant la chronicisation, elle se définit par une évolution de la maladie s'étendant à plus de 5 ans et, se caractérise par une histoire émaillée de rechutes fréquentes sans période franche de rémission(1).

Pour finir, il est important de noter qu'il s'agit d'une pathologie pour laquelle il y a une réelle chance de guérison, surtout si elle est détectée et traitée précocement(7). Plusieurs études

de suivi ont démontré que le temps nécessaire à la rémission complète se situe entre 5 et 6 ans pour les patients adultes atteints d'AM à syndrome complet (7).

1.3. Épidémiologie

D'après le 5^{ème} rapport de l'Enquête de Santé de Sciensano(11), 7,2% de la population belge est affectée par un TCA de type anorexie-boulimie et les jeunes de 15-24 ans sont les plus concernés (14%). Le ratio pour le genre est évalué à 10 femmes pour 1 homme(12). À savoir que les formes subsyndromiques ou partielles, c'est-à-dire lorsque le patient ne répond pas à l'entièreté des critères, sont 2 à 10 fois plus fréquentes que les formes complètes(5,13). Le taux de mortalité de cette maladie est 6 à 10 fois supérieur à celui de la population générale(13). Il s'élève à 0,5% par année et 10% par décennie(1,5). La mortalité est plus importante pendant les dix premières années de suivi et semble ensuite diminuer(12).

1.4. Étiologie

La physiopathogénie de l'AM est encore inconnue mais les mécanismes physiopathologiques sous-jacents des TCA font l'objet de recherches actives. Cependant, une composante génétique a été mise en évidence. Des études d'agrégation familiale de l'AM constatent que la pathologie est 5 fois plus fréquente dans les familles où un autre membre du premier degré est atteint d'AM par rapport aux familles où il n'y en a pas(14). Actuellement, 3 catégories de causes ont été identifiées : les facteurs prédisposants, les facteurs précipitants (le contexte environnemental au moment du début de la maladie) et les facteurs perpétuants (aspects secondaires de la pathologie qui font qu'elle se maintienne)(15).

1.5. Comorbidités

Les patients souffrant d'AM présentent un taux élevé de comorbidités avec d'autres troubles psychiatriques. En effet, la principale comorbidité, que presque trois-quarts des patients anorexiques présentent, est la dépression. Entre 25% et 75% des patients anorexiques déclarent avoir souffert au cours de leur vie d'au moins un trouble anxieux, qui précède généralement l'AM et commence dans l'enfance(7). Dans les études de population, la prévalence d'abus ou de dépendance à l'alcool chez les patients anorexiques se situe entre 9 et 25% et est souvent plus faible chez les patients présentant le sous-type restrictif(7).

1.6. Dépistage

Un repérage et une prise en charge précoces de l'AM permettent d'obtenir de meilleurs résultats en prévenant le risque d'évolution vers une chronicisation de la pathologie ainsi que vers des complications psychosociales, psychiatriques et somatiques. En effet, le dépistage permet de communiquer des informations sur la maladie et ses conséquences ainsi que d'instaurer une alliance thérapeutique avec le patient et ses proches(2,5). À noter que le délai entre le début de la maladie et le premier traitement varie entre 9 et 29 mois. Il est plus court pour les enfants que pour les adolescents ou les adultes(16). Le médecin généraliste pourrait être un acteur de santé important dans la détection précoce et la gestion des TCA. Il a été établi que les patients souffrant de TCA consultent plus fréquemment au cours des 5 années précédant le diagnostic. Cependant, les médecins généralistes sous-détectent souvent les TCA : moins de 50% des cas d'AM et d'AM subsyndromique sont détectés(5). Plusieurs outils de dépistage des TCA existent et sont validés dans la littérature internationale. Ces outils sont cités comme des moyens appropriés pour aborder les TCA en consultation de médecine générale. Le médecin traitant est l'acteur principal de détection précoce des TCA puisque les patients le consultent pour des pathologies à un stade précoce et indifférencié.

1.6.1. Questionnaire SCOFF

Le test SCOFF (cfr annexe 2) peut être utilisé à la fois en auto et hétéro questionnaire et peut donc être utilisé en consultation de médecine générale. Il est constitué de cinq questions courtes et a la même validité qu'il soit réalisé à l'oral ou à l'écrit. Les modalités de réponses sont « oui » ou « non ». Un point est attribué pour chaque réponse positive. Un score supérieur ou égal à 2 est fortement prédictif d'un TCA. Ce test permet d'identifier les patients qui nécessitent une surveillance accrue ou un suivi chez le spécialiste pour une évaluation plus poussée. Une validation complémentaire de cet instrument est nécessaire dans des populations plus larges(2).

1.7. Consultation

1.7.1. Anamnèse

Les premiers contacts étant cruciaux pour la prise en charge ultérieure, il est recommandé d'adopter une attitude empathique et professionnelle pour permettre au patient d'exprimer les signes susceptibles de conforter le diagnostic d'AM. Une évaluation globale du patient est recommandée afin de déterminer les signes de gravité, en particulier ceux justifiant une hospitalisation. Cette évaluation doit aborder les 3 domaines suivants : somatique, nutritionnel et psychique. La dynamique familiale et sociale est également à explorer. En l'absence de signes de gravité, les objectifs des premières consultations doivent être, une confirmation du diagnostic, la formation de l'alliance thérapeutique et une éducation sur la nature, les risques et les objectifs de la prise en charge de l'AM au patient et à son entourage. Le médecin généraliste peut se positionner en tant que médecin coordinateur des différents intervenants afin de maintenir une vue d'ensemble de la prise en charge et d'assurer le lien avec les autres intervenants(1).

1.7.2. Examen clinique

Il doit comprendre la mesure de (1):

- La tension artérielle et de la fréquence cardiaque en position allongée et debout ;
- La fréquence respiratoire ;
- La température buccale ;
- La taille, du poids, l'IMC et les noter sur une courbe de croissance pour les enfants et adolescents ;
- Le stade pubertaire de Tanner chez l'adolescent (recherche d'un retard pubertaire).

L'évaluation clinique requiert également (1):

- Un examen cardio-vasculaire complet à la recherche de signes d'insuffisance cardiaque et/ou de troubles du rythme,
- Un examen cutané et des phanères à la recherche de signe d'automutilation, d'œdèmes, d'irritation des doigts ou de callosités ;
- Un contrôle du degré d'hydratation ;
- Un examen neurologique et musculaire : ralentissement psychomoteur, fonte musculaire, asthénie majeure ;
- Un examen digestif : glandes salivaires, transit intestinal.

1.8. Présentation clinique et complications somatiques

Pour rappel, d'après la définition du DSM-5(9), l'AM se présente par :

- Une restriction des apports énergétiques conduisant à un poids corporel significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique.
- Une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou encore un comportement persistant interférant avec la prise de poids alors que ce dernier est anormalement bas.
- Une 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 de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

Les patients atteints d'AM peuvent ne pas reconnaître qu'ils sont malades et/ou être ambivalents quant à l'acceptation d'un traitement. Ceci est un symptôme de leur maladie. Leur rationalité persuasive ainsi que leur compétence dans d'autres domaines de leur vie peuvent dissimuler la gravité de leur maladie(17). L'AM peut-être associée à de nombreux signes et symptômes physiques et psychologiques (cf. annexe 3). La prise en compte du retentissement somatique de l'AM peut permettre une meilleure prise de conscience du patient et l'aider à mieux se représenter objectivement la sévérité de son trouble. En grande partie, ces complications évoluent parallèlement à l'intensité de l'amaigrissement. Elles sont détectables grâce à l'examen clinique et à des bilans complémentaires. À savoir que la plupart de ces complications somatiques sont réversibles avec la restauration pondérale et la reprise d'une alimentation équilibrée(2).

Le syndrome de renutrition(6), une complication potentiellement mortelle de l'AM, décrit une migration des liquides et électrolytes pouvant survenir lorsque le patient anorexique est réalimenté (oralement, entéralement ou parentéralement) de manière rapide ou imprudente. Les patients présentant ce syndrome peuvent avoir une présentation clinique non spécifique et par conséquent, compliquant son diagnostic. Sur le plan biologique, ce syndrome se décrit par une hypophosphatémie (signe majeur), une hypomagnésémie, une hypokaliémie, une carence en thiamine, des perturbations du bilan hépatique, des hypo- ou hyperglycémies survenant en général lors des 3^{ers} jours d'une renutrition. D'un point de vue clinique, ce syndrome peut se caractériser par des œdèmes, une atteinte neurologique (encéphalopathie de Gayet-Wernicke, neuropathie périphérique) et des défaillances

d'organes (cardiaque, respiratoire, hépatique). Ce syndrome exige une prise en charge en milieu hospitalier.

1.9. Examens complémentaires

1.9.1. Analyse biologique

Analyses biologiques	Résultats potentiellement anormaux chez un(e) patient(e) atteint(e) de TCA
<i>Hémogramme complet</i>	Leucopénie, anémie ou thrombopénie
<i>Profil métabolique complet, électrolytes et enzymes sériques</i>	• Glucose : ↓ (nutrition médiocre) • Sodium : ↓ (charge en eau ou laxatifs) • Potassium : ↓ (vomissements, diurétiques ou laxatifs) • Chlorure : ↓ (vomissements, laxatifs) • Taux sérique des bicarbonates : ↑ (vomissement), ↓ (laxatifs) • Urée sérique : ↑ (déshydratation) • Créatinine : ↑ (déshydratation, dysfonction rénale), ↓ (faible masse musculaire) • Calcium : légèrement ↓ (mauvaise nutrition au détriment des os) • Phosphate : ↓ (mauvaise nutrition ou réalimentation) • Magnésium : ↓ (mauvaise nutrition, laxatifs) • Protéine/albumine totale : ↑ (malnutrition précoce), ↓ (malnutrition tardive) • AST et ALT: ↑ (dysfonctionnement hépatique)
<i>Tests de la fonction thyroïdienne</i>	• Thyroïdostimuline (TSH) : ↓ à normale • Thyroxine (T4) libre : ↓ à normale
<i>Gonadotrophines et stéroïdes sexuels</i>	• Hormone lutéinisante (LH), hormone folliculostimulante) FSH : ↓ ou normaux • Œstradiol (femmes) : ↓ ou normal • Testostérone (homme) : ↓ ou normale
<i>Préalbumine</i>	Préalbumine : ↓ mais le dosage ne reflète que les 72h précédents le test
<i>Vitesse de sédimentation (VS)</i>	VS : ↓ (dénutrition)

Tableau 1: analyses biologiques à réaliser dans le bilan de l'AM (17)

1.9.2. Électrocardiogramme (ECG)

Il peut mettre en évidence une bradycardie, un intervalle QTc allongé (>450msec) ou des autres arythmies.

1.10. Traitement

Depuis les années 70, une évolution notable dans le domaine du traitement des TCA est observée. Tandis que l'hospitalisation apparaissait auparavant comme la principale avenue de traitement, la prise en charge ambulatoire fait de plus en plus office de référence dans le traitement de l'AM(10).

Compte tenu des caractéristiques mêmes de la pathologie (satisfaction liée à la perte de poids, refus de reconnaître la gravité de la maigreur, etc.), certains patients sont réticents à l'idée de s'engager dans un traitement. Cependant, avec un suivi thérapeutique, au moins 40% des personnes souffrant d'AM se rétablissent complètement. Il est donc important que les praticiens de santé à tous les niveaux soient compétents pour identifier l'AM et que l'accès aux soins secondaires soit rapide. Cet accès précoce est particulièrement important au vu des preuves de l'existence d'une fenêtre critique pour une intervention efficace dans les premiers stades de la maladie (c'est-à-dire d'une durée de moins de 3 ans) au-delà de laquelle la guérison complète devient beaucoup plus difficile à atteindre(7). Concernant la guérison, les moins bons résultats sont associés à un âge plus avancé au début du trouble, à une durée plus longue de la maladie, à un poids minimal plus faible, à un pourcentage de masse grasse plus faible après guérison et aux comorbidités(18).

La prise en charge du patient anorexique comprend plusieurs volets. Le premier est le retour à un poids de santé, car il s'agit d'une condition souvent nécessaire pour que la thérapie puisse avoir les effets escomptés. Ce poids de santé doit être établi en fonction de l'historique du poids du patient. Parallèlement à la reprise pondérale, les complications somatiques doivent être traitées et le patient doit être informé sur les principes d'une alimentation appropriée ainsi que des impacts physiques et médicaux de l'AM. En effet, le traitement doit viser les pensées et distorsions cognitives ainsi que les attitudes alimentaires inappropriées. La motivation au changement du patient devra être évaluée et abordée au vu de son rôle clé dans le traitement(10). L'approche psychologique va permettre au patient d'améliorer ses relations sociales et interpersonnelles, et de l'encourager à se sentir plus en confiance et en sécurité. Ce volet psychologique peut être une aide à l'adhésion et à la motivation au traitement. Un volet familial à cette prise en charge globale est conseillé (1), plus ou moins intensif selon l'âge, la proximité de la famille, l'intensité des conflits, la souffrance familiale et les dysfonctionnements familiaux. Il doit consister en des entretiens familiaux réguliers, une participation à des groupes de parents ou une thérapie familiale. Cet abord familial s'adresse aux parents mais également à la fratrie ainsi qu'aux compagnons de vie des patients adultes.

1.10.1. Psychothérapies

Le traitement standard de l'AM comprend une psychothérapie. Bien que plusieurs thérapies aient été développées pour traiter ce trouble, il n'existe pas de preuve irréfutable de la supériorité d'une thérapie par rapport aux autres. Le choix est donc basé sur la disponibilité, l'âge du patient, la préférence du patient et le coût(16). Les quatre principales psychothérapies de l'AM discutées dans la littérature sont reprises en annexe 4.

1.10.2.Médicamenteux

Il n'existe pas de prise en charge pharmacologique spécifique pour l'AM. Ainsi, l'utilisation de médicaments est expérimentale et doit être envisagée pour la gestion aiguë de l'agitation comportementale ou émotionnelle qui ne peut être contenue par des techniques de gestion comportementale. Cependant, les antipsychotiques et les antidépresseurs tricycliques sont à utiliser avec précaution et à doses très faibles du fait de leurs effets indésirables sur un terrain dénutri (notamment l'allongement du QT). En outre, cette utilisation doit être interrompue une fois l'agitation suffisamment maîtrisée, afin de réduire les risques d'effets secondaires indésirable (14). Les revues systématiques concluent que les antidépresseurs n'améliorent pas la prise de poids et ne réduisent pas non plus les troubles de l'alimentation ou autres symptômes psychologiques présents lors de la phase de réalimentation. Cependant, certains antidépresseurs peuvent être utilisés dans le traitement des syndromes spécifiques concomitants comme les troubles dépressifs, anxieux et troubles obsessionnels compulsifs, s'il a été établi qu'ils ne sont pas secondaires à l'état de privation alimentaire, qu'ils persistent suite à la reprise pondérale et qu'ils témoignent donc de véritables affects dépressifs(7,14).

1.10.3.Hospitalisation

L'indication d'hospitalisation se décide au cas par cas, repose à la fois sur des critères médicaux, psychiatriques, comportementaux et environnementaux, et prend toujours en compte l'avis du patient et de sa famille, ainsi que les structures de soins disponibles. C'est surtout l'association de ces différents critères et leur évolutivité qui rendent nécessaire l'hospitalisation(1). Ces différents critères ont été regroupés sous forme de tableaux à retrouver en annexe 5. Le cadre hospitalier étant différent de l'environnement familial, il n'est pas réaliste de s'attendre à ce que les apprentissages en matière de gestion

comportementale soient maintenus au retour à domicile. Cela explique pourquoi, après une telle hospitalisation, la plupart des prises de poids et des changements de comportement accomplis diminuent rapidement dans les premières semaines suivant la sortie, entraînant des taux élevés de réhospitalisation. Il est clair que même lorsqu'il existe un programme efficace pour aider à la restauration du poids et aux comportements associés, il est nécessaire d'avoir une approche ambulatoire efficace(14). La prise en charge intrahospitalière ne sera pas discutée ici étant donné que mon travail de recherche cible les médecins de première ligne.

1.11. Entourage

Les inquiétudes des proches qui sont au premier plan pour chercher de l'aide sont à prendre au sérieux. En effet, même une unique consultation concernant le comportement alimentaire d'un(e) enfant ou des préoccupations sur sa morphologie constitue un indicateur solide de la présence du développement potentiel d'un TCA. Il est important d'aider les familles à comprendre qu'elles n'ont pas provoqué la maladie et que le membre de leur famille n'a pas choisi de l'avoir. Cette reconnaissance facilite l'acceptation du diagnostic et de sa prise en charge, et minimise les préjugés qui sont associés à cette pathologie(17). De plus en plus de preuves indiquent que les interventions familiales, en particulier celles qui sont axées sur la gestion du comportement des parents dans l'environnement familial (c'est-à-dire, FBT), sont efficaces, efficientes et rentables(14).

L'alimentation est une activité sociale importante et le soutien social peut constituer une base importante pour le rétablissement. Une altération du fonctionnement social peut entraîner un isolement social ou une utilisation accrue des médias sociaux (comme les sites Web pro-anorexie mentale), ce qui peut s'avérer préjudiciable. Le type de soutien social diffère selon l'âge et le stade de développement du patient. Par exemple, les familles sont encouragées à s'impliquer dans la gestion des symptômes chez les adolescents, mais la forme et le contenu de l'implication de la famille sont modifiés pour répondre aux besoins des patients adultes. Les proches eux-mêmes connaissent souvent une pression et un stress élevés et bénéficient d'une psychoéducation(7).

2. Méthodologie

La première partie de mon travail a consisté à choisir une problématique précise et à définir l'objectif de mon TFE. Le sujet de recherche a directement émané d'une situation clinique rencontrée lors de mon assistantat et des questions que je m'étais posées par la suite. J'ai donc décidé de me pencher sur l'AM et plus précisément sur les obstacles à sa détection et à sa prise en charge auxquels font face les médecins généralistes dans leur pratique. Avec pour objectif de trouver des solutions aux freins identifiés afin de faciliter le suivi de l'AM en médecine générale. Une fois mon thème choisi et mon objectif fixé, j'ai commencé ma recherche bibliographique.

2.1. Recherche bibliographique

La littérature au sujet de l'AM est abondante. De nombreux articles et guidelines ont été publiés à ce sujet. Cependant, lors de ma recherche de littérature (non exhaustive) très peu concernent la Belgique et aucune recommandation belge sur la prise en charge de l'AM n'a été retrouvée.

Concernant ma recherche, elle a été réalisée entre mai 2021 et janvier 2022 grâce au plan concept suivant :

Médecin généraliste	Dépistage	Prise en charge	Anorexie mentale
General practitioner	Screening	Management	Anorexia nervosa
Family physician		Care	Eating disorder
Family doctor		Support	
		Nursing	

Tableau 2: plan concept

Les mots-clés pré-cités ont été utilisés dans les bibliothèques suivantes : Ebpracticenet, Embase, La Revue du Praticien, Pubmed, Tripdatabase. Le moteur de recherche UpToDate a également été consulté. J'ai également procédé à une remontée de la littérature et sélectionné des articles cités dans les bibliographies des articles lus et qui semblaient pertinents pour ma question de recherche. Environ 160 articles ont été identifiés et parmi ces-derniers, une centaine d'abstracts ont été lus. A partir de ces abstracts, 70 articles ont été exclus sur base de leur langue de rédaction (anglais et français), leur pertinence par rapport à la pratique de médecine générale et au sujet étudié ainsi que leur disponibilité en texte intégral. Au total, 20 articles ont été utilisés pour ce travail.

2.2. Type d'étude

Pour répondre à ma question de recherche, j'ai décidé de réaliser une étude qualitative étant donné que l'objectif de ce type d'étude est de mieux comprendre la cible visée par l'étude, en l'occurrence, la détection et la prise en charge de l'AM en médecine générale. Le but de mon étude est d'analyser les obstacles que les médecins généralistes rencontrent lors du suivi d'un patient anorexique afin de pouvoir y trouver des solutions. J'ai choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés, afin d'aborder des thèmes pré-établis et de pouvoir prendre en considération l'avis des personnes interrogées de manière séparée, laissant plus de temps à chaque intervenant de s'exprimer sur le sujet, sans être influencé par l'avis des autres médecins interrogés comme cela pourrait être le cas lors d'une interview en focus groupe.

2.3. Comité d'éthique

Mon sujet de TFE a été soumis sur le site Internet MGTFE/Ethique en date du 30/10/2021. Le Groupe d'Ethique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG) a décidé que le projet de mon TFE ne nécessitait pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique (cf. annexe 6).

2.4. Stratégie d'échantillonnage

Pour réaliser cette étude, j'ai choisi les médecins généralistes participants sur base de leurs caractéristiques sociodémographiques afin d'obtenir un échantillon diversifié. Les profils des praticiens ont été sélectionnés sur base des critères suivants : sexe, âge, années de pratique, type et région de pratique. De plus, pour pouvoir participer aux entretiens, les médecins devaient avoir été amenés à rencontrer et suivre au moins un patient anorexique. En ce qui concerne le recrutement, ce dernier a été fait par e-mail ou par contact téléphonique. Lors de ce premier contact, l'objectif de mon travail ainsi que les modalités pratiques de l'interview (durée estimée, enregistrement audio, anonymat, consentement) leur ont été expliqués. En raison des conditions sanitaires liées à la pandémie due au Covid-19, certains entretiens se sont déroulés par vidéo-conférence.

2.5. Guide d'entretien

Pour l'élaboration de mon guide d'entretien je me suis inspirée de ma lecture de littérature et également des nombreuses discussions avec mes collègues sur le sujet. Ce guide d'entretien reprend principalement des questions ouvertes, afin de laisser un maximum de liberté d'expression aux médecins participants. Les questions fermées ont permis de préciser leur avis sur certains éléments. Le guide d'entretien détaillé est disponible en annexe 7.

2.6. Déroulement des entretiens

Les entretiens semi-dirigés se sont déroulés en vidéo-conférence ou en présentiel, entre janvier et mars 2022. Avant chaque interview, une fois le consentement éclairé des participants récolté, l'objectif et la question de recherche étaient brièvement rappelés. Lorsque l'interview était en présentiel, elle prenait place dans un lieu choisi par le médecin participant. J'ai également précisé aux médecins interrogés qu'il ou elle pouvait mettre fin à l'entretien à tout moment et sans devoir se justifier. Les discussions ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone avec l'accord de chaque participant pour ensuite être retranscrites intégralement (disponibles en annexe 9). Les entretiens ont duré entre 26 minutes et 53 minutes. Le guide d'entretien a été légèrement modifié au cours des entretiens lorsqu'une autre question m'est venue à l'esprit après ma première interview.

2.7. Analyse des entretiens

Afin de m'imprégner des réponses des participants, une retranscription dactylographiée des entretiens a été réalisée personnellement. Dans le but de respecter l'anonymat des médecins interrogés, j'ai choisi de renommer les participants en indiquant les initiales « MG » pour « médecin généraliste », suivi du chiffre correspondant à l'ordre chronologique des entretiens. Ceux-ci ont donc été renommés « MG1, MG2, MG3, ... ». Chacune des interviews a été analysée seule pour ensuite être comparée aux autres afin d'en faire ressortir les éléments divergents et/ou similaires. L'analyse s'est poursuivie par un regroupement par thème des réponses données.

3. Résultats

3.1. Description de l'échantillon

Au total, 10 médecins généralistes ont accepté de participer à l'interview. Beaucoup de médecins ont refusé de participer à mon travail car ils n'avaient pas de patients anorexiques dans leur patientèle. Parmi les 10 médecins généralistes interrogés, il y a 5 hommes et 5 femmes, âgés entre 27 et 66 ans, tous exerçant en région Wallonne.

Nombre de participants	10 médecins	
Région	Brabant Wallon : 1 Hainaut : 7 Luxembourg : 2	
Sexe	5 hommes- 5 femmes	
Type de pratique	Solo : 1 Groupe : 9	
Lieu de pratique	Rural : 3 Semi-urbain : 4 Urbain : 3	
Âge	< 30 ans : 4 30-40 ans : 2 40-50 ans : 1 > 50 ans : 3	
Nombre estimé de patients anorexiques rencontrés	MG1 : 3 femmes MG2 : 2 femmes MG3 : 2 femmes MG4 : 3-4 femmes MG5 : < 5 femmes	MG6 : 2 femmes MG7 : 2 femmes MG8 : 2 femmes MG9 : < 5 femmes et 1 homme MG10 : 2 femmes

Tableau 3: données sociodémographiques des médecins participants

3.2. Généralités

Les extraits de retranscription des interviews (MG1 à MG10 en *italique*) sont à la base de la construction de la réflexion et viennent consolider la discussion.

3.2.1. Définition de l'anorexie mentale

L'ensemble des médecins décrit l'AM comme étant une pathologie psychiatrique complexe et difficile à prendre en charge seul en tant que médecin généraliste. Elle semble être une pathologie qu'ils rencontrent rarement dans leur pratique de manière générale.

MG2 : *C'est une pathologie compliquée.*

MG6 : *Ce n'est quand même pas si courant mais tellement grave comme pathologie.*

MG9 : *L'anorexie, c'est vraiment quelque chose de très complexe. Ce n'est pas la même chose qu'une petite crise d'adolescence, c'est quelque chose de plus grave. Donc, bon, heureusement, ça n'arrive pas souvent.*

Concernant la définition de l'AM, certains médecins présentent des difficultés à définir cette pathologie. Les participants se rejoignent sur une image multifactorielle du diagnostic clinique de l'anorexie, le reliant principalement à la masse corporelle des patients mais aussi aux comportements alimentaires, aux difficultés émotionnelles et à d'éventuels problèmes sociaux. Lors des entretiens, la plupart des participants utilisent systématiquement le terme « patiente » plutôt que « patient » en décrivant les personnes souffrant d'AM. D'après les médecins, ce choix sémantique est justifié par la proportion plus importante de femmes touchées par cette pathologie. Enfin, certains participants sont conscients de l'existence du sous-type boulimique de l'AM.

MG1 : *J'ai pas connaissance de la définition exacte mais pour moi il s'agit d'une restriction volontaire d'alimentation qui peut se coupler à de la boulimie où l'on retrouve alors des crises d'hyperphagie avec vomissements. Je pense que la majorité des anorexiques c'est un mixte entre les deux. Mais l'anorexie mentale c'est vraiment une restriction alimentaire volontaire.*

MG5 : *C'est une maladie psychologique dans laquelle les patientes, parce que, généralement, ce sont plus souvent des filles relativement jeunes. Je crois que l'âge d'apparition, c'est le plus souvent entre 15 et 25 ans. Des jeunes filles qui présentent un poids par rapport à leur taille et à leur âge, qui est trop bas par rapport à la moyenne et qui ont une image corporelle d'elles-mêmes complètement déformée.*

3.2.2. Quelles ressources ?

Aucun médecin interrogé n'a lu de recommandations concernant l'AM. Quelques-uns rapportent une utilisation de bibliothèques telles que UpToDate ou PubMed lorsqu'ils se trouvent en difficulté, alors que d'autres expliquent ne pas savoir où ils peuvent trouver des renseignements sur cette pathologie. Par ailleurs, certains annoncent travailler « au feeling » alors que d'autres se tournent vers leurs collègues en se fiant à leur expérience. La plupart se rejoignent sur la quasi absence de cours théoriques universitaires concernant l'AM.

MG4 : *Bon, globalement, je m'utilise moi-même, on va dire ça comme ça.(...) Je ne sais même pas où chercher de la documentation sur l'anorexie je t'avoue. On ne sait pas où trouver les ressources.*

MG7 : *Et puis le fait qu'on a eu très peu d'informations au sujet de cette maladie lors des cours universitaires et que du coup je n'ai pas vraiment d'outils scientifiques dont je peux me servir. (...) Et pour les ressources, je me tourne surtout vers l'équipe, je cherche une psychologue pour m'aider. (...) Sinon comme ressources, j'utilise beaucoup UpToDate quand j'ai des questions.*

MG9 : *Je travaille un peu au feeling, grâce à mon expérience. Maintenant, je ne sais pas si je travaille de la bonne façon. C'est ma façon de faire mais c'est peut-être pas la bonne.*

3.3. Gestion de l'anorexie mentale

3.3.1. Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge

Quelle place occuper au sein du suivi ?

L'objectif de cette question est d'analyser si les médecins généralistes trouvent cela fondamental de s'occuper de l'AM ou bien s'il s'agit plutôt d'une pathologie du ressort du spécialiste. De manière générale, la plupart des participants estiment que la médecine générale, en tant que 1^{ère} ligne, occupe un rôle important dans la prise en charge de l'AM.

MG1 : *Oui, je pense que c'est clairement très important. En 4 ans j'ai déjà eu 3 cas. Je pense qu'en tant que médecin généraliste on en croise d'office dans sa carrière. (...) Je pense que pour le diagnostic et la gestion des facteurs de risque le médecin généraliste occupe un rôle important.*

MG3 : *Oui, parce qu'on est les premiers à pouvoir détecter le problème chez les patientes même si elles ne viennent pas spécialement pour ça (...).*

Certains médecins décrivent leur position comme un atout donnant accès à de nombreuses informations sur le patient. En plus de soigner le malade, le médecin généraliste intervient également auprès de l'entourage, ce qui lui permet de suivre le patient dans sa globalité. Le fait d'avoir l'avis des proches permet de confronter les différentes versions de la situation.

MG4 : *(...) il y a vraiment moyen de suivre le patient étape par étape et de voir un peu l'évolution des choses. Ce qu'un psychiatre ne pourra pas réellement faire. Il le verra peut-être une à deux fois par an de manière de voir comment ça va et ça s'arrêtera là.*

MG5 : *Je crois que le médecin traitant, au final, il connaît toute l'histoire de la famille et connaît la patiente depuis longtemps. (...) Et peut-être que la patiente pourra plus facilement s'ouvrir et plus facilement se livrer au médecin traitant.*

MG6 : *Car ils peuvent rapporter comment ça se passe au moment des repas, par rapport à eux, par rapport aux frères et sœurs, éventuellement. Donc, s'il y a toute une série d'éviction des repas ou des vomissements ou un comportement qui met la puce à l'oreille aux parents qui se rendent quand même, je pense, vite compte qu'il y a un problème.*

Les intervenants attribuent de multiples casquettes à leur rôle de médecin généraliste dans la prise en charge de l'AM. De nombreux termes sont évoqués pour définir leur rôle : accompagner, écouter, guider, encourager, soutenir, empathie, bouée de secours, pilier, lieu de paroles, coordinateur.

MG5 : *(...) je crois que le rôle du médecin traitant, c'est justement venir expliquer et venir dire pourquoi ça se passe comme ça et donc que la patiente se sente soutenue et comprise au moins par le médecin. Ça, je crois que c'est super important. (...) donc la consultation est un petit peu comme un lieu de parole pour la patiente.*

MG9 : *(...), il faut quand même être un peu psychologue (...). Je pense que c'est important d'avoir le médecin généraliste comme pilier. (...) Donc le médecin généraliste il n'est pas suffisant pour gérer ça, mais il est parfois là pour initier et après pour soutenir, entretenir. Et puis, c'est vers nous qu'ils reviennent. (...) On est quand même toujours important, une personne de référence et de confiance.*

Médecin homme ou médecin femme ?

Concernant la différence de sexe du soignant, les intervenants n'ont pas d'avis tranché sur le sujet. En effet, certains pensent que les médecins femmes sont peut-être plus sensibles ou attentives aux maladies psychiatriques et ont donc une approche ainsi qu'une attitude différente avec le patient. D'autres considèrent que le patient choisit un médecin qui lui ressemble et avec qui un lien de confiance se crée.

MG4 : *Je ne sais pas trop. Je me dis qu'il y a des arguments pour l'un et pour l'autre.*

MG9 : *Mais peut-être qu'une femme va être plus sensible, à voir des changements chez une autre femme. Peut-être qu'une femme va être plus attentive. Je pense que la femme est tout de même plus psychologue. (...) Je pense qu'il y a des femmes qui n'ont peut-être pas non plus beaucoup de tact ou de psychologie.*

MG10 : *Je pense qu'il ne devrait pas y en avoir. Il y a peut-être une différence. On me dit toujours les patients choisissent le médecin qui leur ressemble, avec qui le courant passe, mais a priori, non. Enfin, dans l'absolu, je ne pense pas.*

3.3.2. Quelle place pour le spécialiste ?

La majorité des médecins estime que le spécialiste occupe une position importante dans la prise en charge de l'AM et plus particulièrement dans son suivi. Ils estiment qu'assumer le suivi de cette pathologie psychiatrique seul est inenvisageable et qu'une collaboration avec des spécialistes est essentielle. Les participants se décrivent comme garants de la bonne coordination des soins. Ils s'entourent d'autres acteurs de soin qu'ils jugent compétents dans le domaine de l'AM. Les choix d'orientation sont variables : un psychologue, un psychiatre, une structure hospitalière spécialisée dans la prise en charge de TCA, un diététicien.

MG1 : *Je pense que ça doit vraiment être un travail d'équipe. (...) Tout comme pour le suivi d'ailleurs. Mais, un suivi en parallèle par un psychiatre me semble important. (...) Il faut avoir un psychologue, un psychiatre mais surtout un médecin généraliste qui coordonne le tout et contacter le psychiatre s'il y a une rechute.*

MG2 : *La prise en charge est multidisciplinaire. (...) Soigner seul une anorexie mentale c'est pas possible.*

MG5 : *Clairement il faut un psychiatre dans la prise en charge, mais on doit un peu travailler ensemble (...) Maintenant, je pense qu'il faut quand même pouvoir référer et ce, pour travailler de façon parallèle et pas pour « abandonner » la patiente au psychiatre seul. Donc oui, travailler en parallèle avec les centres, avec le psychiatre.*

3.3.3. Détection de l'AM

Plusieurs médecins évoquent l'importance d'une détection précoce de l'AM tandis que d'autres participants reconnaissent un manque de dépistage de leur part et par conséquent la présence indétectée de nombreux patients anorexiques.

MG2 : *Honnêtement, je pense qu'on n'en dépiste pas assez. Que je ne suis pas assez attentif à ce genre de pathologie.*

MG5 : *Mais le diagnostic, il est évidemment plus facile à poser quand on est loin dans la maladie, quand il y a vraiment un BMI excessivement bas. Là, c'est plus facile à poser, mais souvent, ça veut dire qu'on le remarque déjà trop tard. Il vaut mieux le poser plus tôt.*

MG6 : *Cependant, je suis persuadé que le fait de détecter le plus vite possible est sûrement super important, pour entamer une prise en charge rapide et pas quand ça s'est déjà installé depuis fort longtemps.*

MG9 : *Il y en a beaucoup qui passent sous les radars pendant un certain temps et quand on les repère ils sont déjà loin dans la pathologie.*

Outils de dépistage : SCOFF

L'outil de dépistage SCOFF a été discuté lors des interviews dans le but de découvrir l'avis des médecins sur l'utilisation de ce questionnaire lors de leurs consultations. Seuls deux participants ont connaissance de cet outil. La majorité des intervenants s'accorde sur l'utilité du questionnaire comme fil conducteur de l'anamnèse mais juge les questions parfois trop directes. Plusieurs médecins s'alignent sur l'utilisation spontanée de ces questions lors de leur consultation mais formulées autrement.

MG4 : *Alors, je ne le connaissais pas. Mais, je trouve que c'est des questions qu'on pose quand même globalement quand on a des patients qui ont des problèmes avec leur poids. Même si elles ne font pas vraiment partie d'un score et que je ne pose pas systématiquement ces questions, je trouve qu'au final, on le fait de manière un peu naturelle. (...) Et comme ça je peux mettre dans le dossier quelque chose de vraiment concret. Moi, je trouve que ça peut être utile.*

MG5 : *Oui, du coup, je le connais. Maintenant, pour être honnête, c'est vrai que je ne l'ai jamais vraiment appliqué. En tout cas, pas tel quel. Maintenant, peut être que dans la façon dont je réalise mon anamnèse finalement, je crois que je parle quand même plus ou moins des 5 questions qui sont proposées dans ce questionnaire.*

Portes d'entrée à la détection de l'AM

Trois portes d'entrée à la détection de l'AM ont été mises en lumière par les médecins généralistes lors de leurs interviews. La première, décrite à plusieurs reprises par les intervenants comme une aide à la détection de l'AM, est l'entourage. En effet, les médecins interrogés rapportent des situations où le patient est amené en consultation par ses proches, alarmés par son état de santé. La deuxième porte d'entrée concerne l'apparence physique et l'examen clinique du patient. Certains participants s'alignent sur le fait que ces deux facteurs sont évocateurs d'un possible TCA. Enfin, la dernière porte d'entrée est le patient lui-même lorsqu'il aborde spontanément le sujet en consultation.

MG1 : *Ce qui facilite le diagnostic c'est l'entourage ou la patiente elle-même qui rapporte les symptômes de perte de poids.*

MG6 : *Pour les autres cas rencontrés, c'est plutôt en fonction de l'examen physique et du poids et de l'évolution de la courbe de poids. (...) Alors comme facilitants, il y a les parents. Car ils peuvent rapporter comment ça se passe au moment des repas, par rapport à eux, par rapport aux frères et soeurs, éventuellement.*

MG10 : *Nous on a la puce à l'oreille mais c'est vrai que le motif de consultation c'est les parents qui viennent en demandant ce qu'il se passe avec leur enfant.*

3.3.4. Consultation

Profils de patient

Les réponses des médecins à propos du profil du patient anorexique sont diverses. Quelques-uns ont mis en évidence une personnalité perfectionniste ou sportive, un contexte familial difficile ou encore un trouble psychiatrique (anxiété et dépression principalement). Deux médecins rapportent des problèmes d'addiction à l'alcool et/ou à certains anxiolytiques.

MG2 : *Des états dépressifs et un contexte familial compliqué.*

MG5 : *C'est des jeunes qui sont hyper perfectionnistes, chez qui tout se passe bien et qui ont une vie plutôt idéale, qui réussissent bien à l'école, qui font du sport et qui sont même, je pense bien intégrées dans ce qu'elles font.*

MG8 : *Surtout, abus d'alcool, d'anxiolytiques, de somnifères, d'antidépresseurs, etc. Il y a surtout un abus, des tentatives de suicide avec ce genre de consommation.*

Motifs

Au sujet des motifs de consultation, les médecins retrouvent des plaintes psychosomatiques répétitives peu claires, touchant la tête et l'abdomen principalement ainsi qu'une fatigue et une perte de poids. Ils admettent que ces consultations à répétition pour une cause somatique doivent interroger sur la présence sous-jacente d'une souffrance psychologique. Comme discuté un peu plus haut, certains médecins rapportent une demande de consultation de la part de l'entourage pour réaliser un bilan complet dans le but de trouver la raison de la perte de poids de leur proche.

MG5 : *Maintenant moi, parfois, quand je vois des patientes qui viennent en souffrance parce qu'elles ont mal au ventre, qu'elles ne veulent pas aller au boulot, que ça ne se passe pas trop bien à la maison, quand il y a des plaintes un peu organiques, mais dans un contexte fort psychologique ou qu'elles sont dans un environnement où ça ne va pas trop, on sent qu'elles ont envie de parler.*

MG7 : *Qui venait me voir d'abord c'était pour des plaintes un peu psychosomatiques. Ce n'était pas très clair. Des genres de maux de ventre, ou des maux de tête, je sais plus, mais quelque chose de pas très franc.(...) Des trucs psychosomatiques. Donc, des plaintes un peu vagues, des malaises et des vertiges aussi.*

Anamnèse & examen clinique

La majorité des médecins expliquent prévoir des consultations rapprochées, dont ils fixent le rendez-vous eux-mêmes, ainsi qu'un temps de consultation supérieur à celui d'une consultation considérée comme « classique ». En effet, les consultations avec les patients anorexiques sont étiquetées comme étant « psychologiques ». D'après plusieurs médecins, l'examen clinique est une composante essentielle au suivi du patient anorexique et

comprend une prise des paramètres (IMC et tension artérielle principalement). Le suivi du poids de la patiente est médecin-dépendant. La plupart des médecins ne souhaitent pas peser le patient trop régulièrement de peur de faire plus de mal que de bien.

MG5 : *Oui, je pense clairement qu'il ne faut pas faire une consultation classique. Premièrement, je crois qu'il faut les voir régulièrement. (...) Parce qu'au final, c'est quand même clairement le principal paramètre qui va nous orienter et qui nous donne un petit peu la sévérité de la maladie. Donc, la voir régulièrement et la peser. (...) Je pense que c'est plus des consultations psychologiques au final, même si on a le rôle du médecin traitant, je pense que c'est surtout un soutien psychologique.*

MG7 : *Ça va être beaucoup plus posé comme consultation et je n'hésite pas à mettre des doubles rendez-vous donc, au lieu de 20 minutes, je vais mettre 40 minutes parce que je sais que ça va me prendre du temps. Et aussi, je vais planifier des rendez-vous à chaque fin de consultation pour essayer de fixer des objectifs pour chaque consultation. Ce que je ne fais pas spécialement avec les autres patients classiques (...). Je m'étais dit que je devais essayer de l'examiner à chaque fois, de l'ausculter et de prendre sa tension à chaque fois.*

Examen(s) complémentaire(s)

L'ensemble des médecins réalise une prise de sang dans un premier temps afin de faire un diagnostic différentiel. Quelques médecins ont discuté de l'ECG dans un contexte d'arythmie et de perturbation de l'ionogramme (hypokaliémie principalement). Et pour finir, un médecin a envoyé une patiente faire une radiographie pour des problèmes articulaires tandis qu'un autre a demandé une échographie abdominale afin de bilancer les douleurs abdominales de sa patiente.

MG4 : *Parfois, mais c'est rare quand je vais aussi loin si la prise de sang est bonne, je fais une écho ou un scan abdo. Simplement pour être sûr que quand il y a des douleurs abdo associées, on ne passe pas à côté de quelque chose.*

MG6 : *J'ai donc fait un bilan sanguin. Après, comme elle avait perdu beaucoup de poids et comme elle avait des problèmes articulaires, je pense que j'ai fait quelques radios.*

MG8 : *Comme bilan complémentaire j'avais aussi fait un ECG au vu de l'hypokaliémie et du risque du trouble du rythme.*

Attentes du patient

Les médecins interrogés décrivent les attentes des patients comme peu claires étant donné que le patient est très souvent dans le déni lors de sa visite chez son médecin traitant. Certains sont confrontés à des demandes d'hospitalisation alors que d'autres reçoivent la requête de les remettre sur pied. La majorité des médecins s'accordent sur une demande d'écoute et d'accompagnement de la part de leurs patients.

MG1 : *Je pense que c'était d'aller mieux, d'être soignée. Une qui est venue parce qu'elle voulait être hospitalisée. Je pense que pour la plupart c'est d'être écoutées et d'avoir un schéma pour les aider par la suite. Je ne leur ai pas demandé clairement quelles étaient leurs attentes à vrai dire.*

MG5 : *Je pense que ça dépend un petit peu du stade dans lequel ils sont dans la maladie. Quand ils n'ont pas encore accepté qu'il y avait une maladie, un processus pathologique et qu'ils se rendent chez le médecin traitant c'est que ce sont les parents qui ont poussé à ce qu'il vienne en consultation et donc il y a zéro attente et il veut juste partir.*

3.3.5. Traitement

La discussion à propos des traitements est moins tranchée. Beaucoup de médecins expriment leur méconnaissance des guidelines concernant les traitements de l'AM et le reprochent au manque de formation et de cours universitaires. Une poignée de médecins rapportent l'utilisation d'un antidépresseur, plus précisément la Mirtazapine®, dans le but d'ouvrir l'appétit du patient. L'ensemble des médecins est d'accord sur la nécessité d'une prise en charge psychothérapeutique des patients.

MG4 : *Par habitude avec ma maitre de stage, je mets en place la Mirtazapine parce que dans mes souvenirs, elle ouvre l'appétit et souvent, je me limite à ça.*

MG9 : *Il n'y a pas de traitement médical. Je pense que c'est vraiment de l'ordre d'une thérapie, mais une thérapie familiale, une thérapie personnelle, des thérapies de groupe. C'est ça qu'il faut faire. Il n'y a pas besoin de médicaments, ça sert à rien. Sauf si, à un moment, il y a une grosse anxiété.*

3.4. Obstacles rencontrés lors de la prise en charge de l'AM

De ces 10 entretiens, il ressort 3 grandes catégories d'obstacles à une prise en charge de l'AM en médecine générale : les obstacles liés au médecin généraliste, les obstacles liés au patient, et les obstacles liés à l'environnement.

3.4.1. Obstacles inhérents au médecin généraliste

Connaissances

L'ensemble des intervenants déplore un manque d'outils scientifiques et de connaissances liés au manque de formation. Cette méconnaissance sur le sujet de l'AM résulte, d'après eux, en un frein à la détection et à la prise en charge de ces patients.

MG7 : *Et puis le fait qu'on a eu très peu d'informations au sujet de cette maladie lors des cours universitaires et que du coup je n'ai pas vraiment d'outils scientifiques dont je peux me servir*

MG10 : *En tout cas je pense qu'on n'est pas assez formé. Je pense que le problème, je ne me sens pas suffisamment armé que pour faire un suivi comme ça tout seul.*

Ce manque de connaissances résulte en différentes émotions négatives ressenties par le médecin. Plusieurs participants se sentent démunis, frustrés voire incompetents.

MG4 : *Donc voilà, on est un peu démunie. Et puis pas à l'aise par manque d'expérience, parce que je n'en ai pas eu énormément.*

MG7 : *Mais c'est peut-être parce que je n'ai pas les bons outils non plus pour les suivre. De plus, ça peut amener de la frustration. Nous, en tant que médecins généralistes, on est dans cette optique de soigner.*

Communication

Etant donné que les patients abordent rarement la problématique de l'anorexie directement, c'est souvent aux médecins de saisir les opportunités pour l'évoquer en

consultation. Certains médecins expriment leurs difficultés à discuter de ce sujet tabou en consultation et soulèvent également leurs craintes de braquer le patient et d'abîmer le lien de confiance installé.

MG5 : *Il me semble que j'ai peur de braquer la patiente en disant le mot anorexique et que du coup il y ait une rupture de relation thérapeutique et qu'elle se renferme encore plus dans quelque chose (...) Et donc, c'est comment vraiment aborder ce diagnostic-là que je trouve qui est compliqué. C'est plutôt ça. C'est la peur de mal faire en fait. (...) On est face au patient, on ne sait pas comment aborder les choses, parce qu'on a peur de braquer le patient.*

MG8 : *(...) je vais peut-être essayer d'en parler discrètement ou alors d'en reparler à un autre moment concernant ses habitudes alimentaires ou autres. Mais bon, c'est quand même assez tabou. Du coup, je vais peut-être essayer d'en parler délicatement, mais je ne vais pas en parler tel quel en disant le mot anorexique ou autre. Il y a quand même une démarche à avoir pour ne pas l'offenser.*

Pour d'autres intervenants, il est important d'avoir un discours direct et de nommer les choses lors des entretiens avec les patients dans le but de le mettre face à son état pathologique.

MG9 : *Il ne faut pas avoir peur de le dire. (...) Donc ça peut vite basculer du coup je mets les pieds dans le plat.*

Une poignée d'intervenants rapportent avoir déjà rencontré une situation avec un patient où la communication a été la cause d'une rupture de lien thérapeutique.

MG2 : *J'ai peut-être été un peu trop brusque en posant des questions sur des problèmes familiaux. Une fois que j'ai embrayé sur ce sujet-là, la mère s'est brusquée et n'est plus jamais venue en consultation chez moi mais chez une collègue.*

Une minorité ne porte pas un grand intérêt à cette maladie et estime qu'il faut présenter un certain tropisme pour les pathologies psychiatriques pour prendre en charge l'AM. Un médecin précise qu'il préfère suivre de loin le patient une fois qu'il est pris en charge par un spécialiste.

MG2 : *Maintenant, est-ce qu'on a envie de les voir en tant que médecin ? C'est une pathologie compliquée. Chacun voit ce qu'il veut bien voir chez le patient. Chacun a son tropisme.*

MG6 : *C'est une pathologie certes très importante mais comme on ne la voit pas tellement souvent peut-être que c'est mieux d'approfondir ses connaissances dans d'autres domaines (...) Mais j'essaie de ne pas trop interférer, pour ne pas avoir deux sons de cloche différents ou ne pas être sur la même longueur d'onde, ou créer de la discordance. (...) J'accompagne de loin, pour ne pas interférer avec la prise en charge du psychiatre.*

Collaboration

Comme discuté plus haut, le psychiatre est décrit par les médecins participants comme un collaborateur essentiel dans la prise en charge du patient anorexique. Cependant, le spécialiste est également évoqué comme un potentiel obstacle. La majorité des intervenants sont interpellés par l'absence de communication de la part de leurs confrères psychiatres. Ils révèlent n'avoir reçu aucun rapport de consultation ou d'hospitalisation pour leurs patients, compliquant davantage leur suivi en médecine générale. De plus, les participants font part de leur désarroi concernant les délais d'attente pour les rendez-vous en consultation psychiatrique ou pour les hospitalisations. Très souvent, le patient doit patienter plusieurs mois avant de pouvoir être reçu par un psychiatre or, comme le constate la plupart des médecins interrogés, lorsque le patient anorexique décide de se présenter en consultation de médecine générale, son état de santé nécessite souvent une prise en charge rapide.

MG7 : *Surtout travailler ensemble, parce que quand les patients sont suivis par un psychiatre et que nous on reçoit aucun rapport, on a que l'écho de ce que le patient nous dit, si ça avance ou pas. Souvent on fait deux chemins parallèles mais pas ensemble, avec le psychiatre ou le spécialiste. Je trouve ça dommage de ne pas suffisamment communiquer entre les spécialistes et nous qui ne savons pas grand-chose.*

MG9 : *Et puis pour avoir un psychiatre en ligne je n'essaie même pas à vrai dire parce qu'il faut déjà attendre 20 minutes pour avoir quelqu'un au téléphone. Et puis, c'est hyper compliqué d'avoir des rendez-vous. C'est effrayant quand on voit les délais, c'est énorme. Parfois de plusieurs mois et c'est pire en pire, c'est de pire en pire. C'est recommandé d'avoir un psychiatre mais on n'arrive pas à en avoir un. (...) Par contre, j'ai jamais eu de rapport. Il n'y a pas de rapport en soi. Rien. Ah oui non, c'est rare quand on reçoit quelque chose. Il faut vraiment réclamer quand on veut avoir un rapport de psychiatrie. Il faut pleurer pour en avoir un. On n'en reçoit jamais.*

Deux médecins rappellent qu'une collaboration avec une diététicienne peut s'avérer utile mais à double tranchant au vu de l'intérêt déraisonnable que portent les patients anorexiques à leur alimentation.

MG5 : *Moi, j'avais déjà entendu dire que référer une patiente à un nutritionniste ou un diététicien ça n'avait pas beaucoup de sens. Simplement parce que la patiente anorexique, elle sait ce qu'il faut manger pour prendre du poids.*

MG9 : *Et alors proposer un suivi chez une diététicienne, parfois, c'est à double tranchant parce que moi, j'ai des patientes qui se sont tellement passionnées pour ça que ça faisait l'effet contraire parce qu'elles auraient utilisé encore plus les calories.*

3.4.2. Obstacles inhérents au patient

De très nombreux facteurs liés au patient anorexique qui entravent le diagnostic et la prise en charge ont été énoncés par les participants. Le principal obstacle est celui du déni de la patiente. En effet, les médecins expliquent que la prise en charge du patient anorexique est très compliquée tant que le patient n'a pas accepté sa pathologie et qu'il ne souhaite pas aborder le sujet en consultation. D'après les généralistes intervenants, le déni représente un

frein diagnostique majeur ainsi qu'un obstacle à l'établissement d'une relation de confiance. Le terme « ambivalence » a également été évoqué par de nombreux participants. Ils rapportent un changement de position constant du patient par rapport à son envie d'être pris en charge. Tantôt, il est fortement demandeur d'aide et sollicite énormément l'attention du médecin. Tantôt, il change drastiquement de position, démolit les efforts fournis par le soignant et refuse toute prise en charge spécialisée. Enfin, des médecins décrivent le suivi de l'AM comme étant énergivore et parfois la source d'un épuisement psychologique.

MG1 : *Parfois, c'est la patiente elle-même qui est un frein au diagnostic parce qu'elle est dans le déni de la maladie.*

MG8 : *Il y a une grosse ambivalence de sa part où elle veut bien se faire aider, mais en même temps, elle n'accepte pas la demande du psychiatre ni la demande de la psychologue. (...) Clairement, c'est pas des consultations « banales », ça sort un peu de l'ordinaire. Mais c'est des patients qui sont très énergivores, ça te bouffe du temps, de l'énergie et clairement même nous psychologiquement c'est pas évident je trouve.*

Quelques médecins soulignent la difficulté de dépister l'AM de type boulimique, c'est-à-dire lorsque les patientes consomment des laxatifs ou des diurétiques.

MG2 : *Dans le cas d'anorexie boulimique avec prise de laxatifs c'est beaucoup plus compliqué à diagnostiquer.*

La notion de genre est capitale dans la problématique de l'AM. En effet, l'écrasante majorité des patients sont des femmes. Si les médecins ne nient pas l'existence de cette pathologie chez les hommes, ils déclarent que cette vision du genre est un frein à son repérage.

MG4 : *Je pense que déjà de base, qu'on pose seulement beaucoup moins la question chez un homme que chez une femme. Par exemple là comme ça dans mes patients hommes j'ai un peu plus de mal à imaginer qui pourrait avoir un problème de ce côté-là. Enfin, je trouve que c'est plus un problème féminin. Je me trompe sûrement, il y a sûrement beaucoup d'hommes qui doivent avoir un problème.*

3.4.3. Obstacles inhérents à l'environnement

Le terme environnement regroupe principalement l'entourage du patient mais également la société dans laquelle il évolue. Plusieurs médecins ont mis en évidence chez certains de leurs patients des relations conflictuelles avec un ou plusieurs membres de son entourage. Par ailleurs, certains médecins rapportent avoir rencontré des difficultés avec les proches, caractérisés comme surprotecteurs, lors de l'annonce de diagnostic. Un autre médecin explique que l'entourage, dont le patient dépendait, était réticent à l'idée d'emmener leur enfant à tous les rendez-vous programmés. Devoir accompagner à la fois le patient en souffrance mais aussi son entourage, parfois autant en souffrance que leur proche, représente aux yeux des participants un frein supplémentaire.

MG2 : *Mais tout était cadennassé, la petite famille parfaite sans problèmes. On cache tout mais il y a des souffrances. (...) Et puis l'environnement familial, qui n'accepte pas la maladie de la patiente. Faire accepter la pathologie c'est très dur.*

MG7 : *Parfois, la famille et le contexte psychosocial est un frein. Dans le sens où cette fille-là, elle n'avait pas de voiture, je pense, et sa famille n'était pas très encline à la conduire à gauche et à droite, donc, c'était aussi un frein pour elle d'aller en rendez-vous plus loin.*

Concernant la société actuelle, certains médecins soulèvent l'impact psychologique négatif des réseaux sociaux et des publicités sur les personnes à risque de présenter un TCA et les considèrent comme une porte d'entrée possible dans l'AM.

MG4 : *Après, je trouve que notre société participe en grande partie au mal-être de ces personnes. Quand on voit les publicités actuelles, les filles elles sont toutes comme ça (montre son index) donc c'est presque normal que des troubles du comportement en découlent.*

MG9 : *Le monde est cruel et à mon avis, l'anorexie, elle ne va pas disparaître parce que c'est l'ode à la maigreur. (...) Donc c'est déjà hyper culpabilisant pour toutes les femmes parce qu'une femme, elle n'est pas comme ça. Ce n'est pas ainsi qu'est faite une femme. Puis la société de consommation, où on pousse à manger n'importe quoi.*

3.5. En vue d'une meilleure prise en charge de l'AM en médecine générale

Durant les entretiens, les médecins ont été amené à réfléchir à des pistes d'action qui pourraient les aider en vue d'une meilleure prise en charge de l'AM en médecine générale. Deux tendances se sont dessinées pour cette question. D'une part, des solutions à mettre en place qui aideraient les médecins généralistes dans leur prise en charge de l'AM. D'autre part, des idées ont été émises concernant la sensibilisation de la population générale et de l'entourage du patient anorexique.

3.5.1. Pistes d'amélioration

Sensibilisation des médecins généralistes

La majorité des intervenants suggère de sensibiliser les médecins généralistes à l'AM dans le but de pouvoir la détecter et la traiter précocement. Pour ce faire, différentes propositions ont été discutées lors des entretiens. Une première serait d'exposer le sujet de l'AM lors de GLEM ou de dodécagroupes. Une seconde serait de renforcer les connaissances des médecins généralistes en leur proposant des formations encadrées par des experts (psychologues, psychiatres, médecins généralistes) qui aborderaient davantage le côté pratique que théorique de la prise en charge.

MG1 : *Des formations avec des interventions de psychiatres et psychologues pour nous guider dans la prise en charge.*

MG8 : *Peut-être sensibiliser les médecins sur les conséquences notamment somatiques de l'anorexie mentale. Et qu'ils soient sensibilisés sur le fait qu'elles peuvent potentiellement mourir.*

Collaboration entre les soignants de 1^{ère} et 2^{ème} ligne

Lors des entretiens, les participants ont insisté à plusieurs reprises sur l'importance de la collaboration entre médecins généralistes et spécialistes. La communication entre les différents acteurs de la prise en charge est un axe à améliorer d'après eux. La majorité ont exprimé leurs difficultés à rentrer en contact avec les spécialistes, leur souhait de recevoir des rapports de consultation et suggèrent la mise en place d'une hotline pour les médecins généralistes. D'autres proposent la mise sur pied d'une équipe mobile destinée aux patients anorexiques afin de mieux les encadrer.

MG3 : *Voir aussi s'il n'y aurait pas un service d'aide à domicile. On va dire ça comme ça, spécifique pour certains problèmes et voir si pour la patiente il n'y a pas moyen pour qu'elle soit beaucoup plus encadrée.*

MG5 : *Avoir un annuaire avec des numéros de téléphone, une sorte de ligne rouge, de spécialistes qui seraient accessibles facilement et puis des formations.*

Outils d'aide à la consultation

De nombreux médecins émettent l'envie d'avoir à disposition (sur leur ordinateur par exemple) une fiche d'aide à la consultation spécifiquement destinée aux médecins généralistes. Leur souhait est que celle-ci reprenne 3 points principaux. Le premier concerne des rappels concernant l'AM, théoriques d'une part (red flags et complications) et pratiques d'autre part (conduite détaillée à tenir de la prise en charge de l'AM). Le deuxième point abordé serait un annuaire reprenant les numéros de contact des spécialistes de l'AM. Le troisième critère est la mise à disposition de ressources comme des sites internet, qu'ils pourraient consulter lorsqu'ils ne trouvent pas de réponse à leurs questions.

MG1 : *Avoir une fiche technique claire et concise qui reprendrait un annuaire avec les différents spécialistes et centres à contacter en cas de besoin. Mais également de la théorie comme ce qu'il faut faire comme examens complémentaires, ce qu'il faut rechercher à la prise de sang. Le traitement médicamenteux ou psychothérapeutique me semble essentiel à mentionner également sur cette fiche parce que c'est quelque chose que je ne sais pas.*

Sensibilisation de la population générale

Au-delà d'avoir un regard critique sur leur pratique afin de dénicher des moyens d'améliorer le repérage et l'accompagnement de l'AM, les médecins ont évoqué l'importance de sensibiliser la population générale face à cette pathologie. Ils proposent de réaliser une campagne de sensibilisation en affichant des posters ou en distribuant des flyers. Elle aurait plusieurs objectifs : la prise de conscience de la population par rapport à la gravité de la maladie et d'offrir la possibilité aux personnes concernées d'en parler librement avec leur entourage ou leur médecin.

MG5 : *Que ce soit sous forme de posters ou de flyers. Clairement, sensibiliser la population de façon globale, pour que même si les patients, eux, ont du mal à accepter, autour d'eux, on puisse déjà s'alarmer et qu'il n'y ait pas cette crainte d'aller en parler au médecin traitant.*

Différents moyens de sensibilisation ont été discutés : spots radio, documentaires télévisés, affiches à coller dans les salles d'attentes des plannings familial et des médecins généralistes. Une autre proposition concerne la création d'un service d'aide téléphonique et/ou d'un tchat pour patientes anorexiques, comme c'est le cas pour les personnes victimes de violences conjugales par exemple.

MG7 : *Mettre à disposition des patients un tchat où les patientes peuvent écrire, parce qu'ils ne veulent peut-être pas forcément en parler à voix orale ou trouver un médecin avec qui en parler. On pourrait créer des connexions entre patients et soignants et peut-être même entre patients aussi.*

MG9 : *Alors pour revenir, au sujet de la prévention de l'anorexie. À plus grande échelle, c'est peut-être faire des reportages et publicités pour la mode et expliquer. C'est là qu'il faudrait peut-être agir, et changer les références de la mode. (...) Et puis peut-être des affiches pour sensibiliser. (...). C'est rare et ça permet parfois d'ouvrir le dialogue dans des familles. Quand c'est un peu médiatisé, on en parle, mais on n'en parle pas beaucoup.*

Enfin, certains médecins estiment qu'il est important de sensibiliser la population générale dès le plus jeune âge, c'est-à-dire à l'école. Ils proposent d'intervenir dans les établissements scolaires à travers un cours d'éducation sur l'AM par exemple.

MG5 : *En parler à l'école, les profs qui sont toujours en présence des enfants cinq jours sur sept, seraient aussi des bons relais pour un diagnostic il me semble. (...) Comme il y a des cours sur la sexualité, on pourrait aborder le sujet de l'anorexie mentale, la boulimie.*

Entourage

Un médecin souligne le manque de soutien disponible pour l'entourage qui se retrouve souvent démunie et en souffrance par rapport à la situation de leur proche. L'absence d'information et d'explication à propos de l'AM est une des raisons du mal-être de l'entourage mis en avant par les médecins. Certains suggèrent donc la mise à disposition de documents explicatifs.

MG5 : *On y retrouve, un petit guide pour les parents, un petit guide pour les frères et sœurs, un petit guide pour les patientes qui expliquent comment s'en sortir, comment vivre ça au quotidien et qui expliquent ce que c'est que l'anorexie. (...) C'est super important. Donc clairement recommander ça aux patientes, à l'entourage, je pense que ça vaut la peine.*

MG10 : *Et l'entourage aussi. Ça aussi ça manque un soutien de l'entourage. Je pense que l'entourage aussi ils savent pas toujours non plus comment se positionner. (...) Ce qui est important aussi, l'expérience que j'ai ici, un moment l'entourage ne sait plus quoi faire, ils ont vraiment le sentiment que leur enfant est en train de se suicider à petit feu et ils ne savent plus quoi faire pour aider leur enfant.*

4. Discussion

4.1. Interprétation des résultats

Les résultats de cette étude révèlent certains obstacles auxquels les médecins généralistes sont confrontés, qu'il s'agisse du repérage de l'AM, de la relation avec le patient anorexique, ou de leur accompagnement. Au cours des interviews, les participants ont également évoqué plusieurs perspectives d'amélioration de la prise en charge de l'AM en médecine générale à explorer.

4.1.1. Gestion de l'AM en médecine générale

Tout d'abord, les médecins interrogés s'alignent avec les recommandations internationales(1,17,19) au sujet de l'importance de leur rôle dans le repérage précoce des patients anorexiques. Une fois une alliance thérapeutique instaurée entre le patient et le médecin, ce dernier s'exécute à réaliser une anamnèse ainsi qu'un examen clinique comprenant au minimum un contrôle de la tension artérielle ainsi qu'un calcul de l'IMC. Contrairement aux recommandations françaises(1), il ressort des entretiens que le suivi pondéral du patient n'est pas une constante lors de l'examen clinique. En effet, les médecins interrogés expliquent cela par la crainte de l'impact psychologique négatif que le poids pourrait avoir sur le patient. Après lecture du questionnaire SCOFF, dont seuls deux médecins connaissent l'existence, la majorité des participants estime poser les questions qui y sont détaillées mais en les formulant autrement. Les participants rapportent poursuivre la consultation par une élimination des diagnostics différentiels d'une perte pondérale en réalisant des examens complémentaires tels qu'une prise de sang, associée parfois à une imagerie. Enfin, la plupart des médecins spécifient terminer leur consultation par fixer un rendez-vous de suivi, d'une durée suffisamment longue et en établissant des objectifs à atteindre. Au vu de la complexité de la pathologie et de la personnalité des patients anorexiques, l'ensemble des participants reconnaissent les référer vers un acteur de soin spécialisé dans les TCA (psychiatres, psychologues, diététiciennes ou centres de référence). D'une part, pour offrir au patient anorexique une prise en charge globale et adaptée à ses besoins, et d'autre part, pour avoir un collaborateur avec qui échanger à propos du suivi. Seulement, lors des interviews, les participants ont mentionné avoir rencontré plusieurs obstacles. La faible prévalence, la définition imprécise, un seuil pathologique mal défini et les caractéristiques propres du patient tels que l'ambivalence et le déni semblent être à

l'origine du sentiment d'impuissance ressenti par les médecins généralistes. Ces facteurs participent à la perception de longueur et de complexité de la prise en charge de l'AM. La difficulté des médecins à donner une définition personnelle de l'AM contribue probablement aux difficultés diagnostiques qu'ils présentent. Le médecin généraliste peut se retrouver dans une situation difficile à gérer où il doit établir le plus précocement possible un diagnostic afin d'obtenir une prise en charge adaptée et un meilleur taux de guérison tout en risquant de stigmatiser certaines personnes ayant des signes précoces et peu spécifiques de l'anorexie mentale. En effet, en identifiant une situation pathologique en santé mentale, le risque est de stigmatiser un individu déjà en souffrance et qu'il se renferme davantage sur lui-même en majorant ses conduites de désocialisation qui vont renforcer les conséquences psychologiques de la maladie. On se retrouve alors dans un cercle vicieux. Certains patients, notamment les adolescentes, peuvent alors développer un sentiment d'appartenance à une communauté de malades. Par ailleurs, les médecins participants à mon étude reconnaissent un manque de dépistage de l'AM de leur part. En effet, ils admettent ne pas être proactifs dans le repérage des patients anorexiques. De plus, rares sont les patients qui viennent spontanément aborder le sujet de l'AM, ce qui les laisse dans l'ombre. L'entourage, bien que présentant souvent un dysfonctionnement, est défini comme pouvant être une aide à la prise en charge mais également un frein. En alertant le médecin de famille, l'entourage est souvent à l'origine de la prise en charge et semble jouer un rôle bénéfique.

4.1.2. Obstacles à la détection et à la prise en charge de l'AM

Les résultats de cette étude visent à mettre en évidence les obstacles que rencontrent les médecins généralistes lors de la détection et de la prise en charge d'un patient anorexique. Pour ensuite pouvoir définir plus clairement où et comment agir et ce qui doit changer afin d'obtenir une gestion de l'AM plus optimale. Les freins identifiés lors de l'analyse des entretiens sont multifactoriels, liés au médecin, au patient et à l'environnement. Les résultats de ce travail, la littérature et les médecins interrogés suggèrent qu'une intervention à ces 3 niveaux pourrait être efficace pour améliorer la détection et la prise en charge de l'AM en médecine générale.

Les différents obstacles identifiés sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Obstacles liés au médecin généraliste	Obstacles liés au patient	Obstacles liés à l'environnement
• Méconnaissance des guidelines • Difficulté à communiquer avec le patient • Difficulté à collaborer avec les spécialistes (méconnaissance des spécialistes de l'AM, absence de rapport de consultation) • Absence d'outil d'aide à la consultation	• Accompagnement énergivore et long • Personnalité complexe (déli, ambivalence) • Patient de sexe masculin • Sous-type boulimique	• Entourage épuisé ou surprotecteur • Manque d'accessibilité des spécialistes et des services spécialisés • Manque de disponibilité des spécialistes • Sujet tabou

À ma connaissance, aucune étude qualitative belge, recherchant les obstacles rencontrés par les médecins généralistes lors de la détection et de la prise en charge de l'AM, n'a été identifiée. Cependant, les résultats de ce travail peuvent être comparés à ceux d'une étude similaire réalisée au Royaume-Uni en 2009 et qui avait pour but de récolter les points de vue des médecins généralistes ainsi que leurs expériences sur les patients souffrant de troubles de l'alimentation(20). Plusieurs freins identiques sont retrouvés dans les deux travaux de recherches, mais, cette étude-ci a permis d'identifier plusieurs obstacles supplémentaires ainsi qu'un classement de ces derniers en 3 catégories. Plusieurs de ces obstacles sont discutés ci-dessous.

Manque d'expérience

Les médecins généralistes interrogés lors de cette étude anglaise(20) signalent identifier peu de patients souffrant de TCA, leur procurant l'impression de ne pas avoir suffisamment d'expérience, de confiance ou de connaissances et de préférer orienter les patients vers des services spécialisés. Ces mêmes constatations sont énoncées par les généralistes belges.

Absence d'outils scientifiques

Tout comme les médecins participants à mon étude, les généralistes anglais(20) évoquent l'utilité d'un protocole permettant une meilleure évaluation initiale des troubles de l'alimentation en soins primaires.

Manque de disponibilité et d'accessibilité des services spécialisés

Les patients anorexiques étant perçus comme exigeants et nécessitant des compétences au-delà de celles que les médecins généralistes peuvent offrir, les participants des deux études reconnaissent le besoin de services spécialisés. Cependant, au Royaume-Uni, comme en Belgique, les médecins se retrouvent face à une disponibilité restreinte de ces services. Par conséquent, ils sont contraints à devoir prendre en charge des patients souffrant de graves trouble de l'alimentation pour lesquels ils ne se sentent pas suffisamment équipés(20).

Difficulté de collaboration

Une publication norvégienne(21) s'est interrogée sur la place du médecin généraliste dans la gestion de l'AM. Elle met l'accent sur le rôle central qu'il occupe dans le diagnostic de cette pathologie, ainsi que sur son rôle d'orientation vers d'autres professionnels de la santé. Cette publication conclut que la prise en charge initiale peut être appréhendée par les médecins de première ligne seuls. Néanmoins, il est important que la responsabilité du traitement de la maladie dans son ensemble, et pas seulement de sa composante mentale, incombe aux services de santé spécialisés. L'avis des médecins interrogés dans ce travail rejoint donc celui de cette étude norvégienne. Comme expliqué plus haut, les participants estiment que leur rôle est primordial dans la détection et le suivi de l'AM. Mais, au vu de la complexité de la pathologie et des complications qu'elle engendre, ils rejoignent les recommandations internationales(1,19) qui insistent sur une collaboration entre les acteurs des soins primaires avec les spécialistes de seconde ligne. Lors des entretiens, les médecins généralistes expriment un ressenti mitigé à l'égard des psychiatres. En effet, ils rapportent un désir de référer la patiente vers une personne plus compétente dans ce domaine qu'eux-mêmes. Cependant, ils redoutent de ne pas recevoir de rapport de consultation et donc de ne pas assurer un suivi adéquat.

4.1.3. Propositions de pistes d'amélioration

Les solutions proposées par les participants en vue de faire face aux obstacles rencontrés lors de leur pratique sont décrites dans le tableau ci-dessous. Grâce à ces différentes propositions de pistes d'amélioration, les praticiens peuvent opter pour un outil plutôt qu'un autre en fonction de leur sensibilité, de leurs difficultés personnelles et de leur expérience.

Médecin généraliste	Patient	Environnement
- Fiche d'aide à la consultation reprenant certains rappels théoriques sur l'AM - Annuaire des spécialistes et centre spécialisés formés à suivre des patients anorexiques - Formations théoriques et pratique sur la prise en charge - Retour des spécialistes sur le suivi du patient via un rapport de consultation	- Sensibilisation aux complications, à la nécessité d'une prise en charge spécialisée - Sensibilisation à l'aide de supports éducationnels (écoles, médias) - Mise en place d'un tchat ou d'une ligne d'écoute	- Meilleure disponibilité des spécialistes - Sensibilisation de la population générale à l'AM (symptômes, complications) via les médias, des spots radios, des campagnes de posters - Meilleure accessibilité des spécialistes par la mise en place d'une ligne téléphonique directe - Equipe mobile spécialisée dans les TCA

Comparativement à l'étude anglaise publiée en 2009, dans ce travail, les propositions de pistes d'aide à l'accompagnement de patient anorexique en médecine générale sont plus nombreuses.

Sensibilisation médecin généraliste

L'éducation du patient sur sa pathologie passe essentiellement par le médecin de famille. Il est donc important de sensibiliser les médecins généralistes à propos des dangers qu'entraîne l'AM. Une amélioration de la formation des médecins généralistes à ce sujet semble indispensable afin de tenter de faciliter l'approche complexe de l'AM. Concernant la perception du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'AM, les participants l'estiment important mais cette conviction pourrait être ébranlée par le sentiment d'impuissance décrit. Un patient au profil psychologique considéré comme « complexe » (dénî, ambivalence, comorbidités associées, entourage) nécessite des compétences relationnelles et médicales développées. Ces dernières pourraient être abordées au cours d'une formation spécifique aux TCA, donnée par des experts en la matière, lors de rassemblements de médecins généralistes comme les GLEM ou dodécagroupes. De plus, la diffusion du questionnaire SCOFF à grande échelle aux médecins belges pourrait les sensibiliser à repérer des patients anorexiques précocement.

Collaboration

Le sujet de la collaboration est récurrent dans les résultats de cette étude. Les médecins généralistes sont particulièrement sensibles à l'importance de la communication entre acteurs des soins de santé, dans l'intérêt premier du patient, mais également dans le but d'échanger sur leurs pratiques. En 2018, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations ayant pour objectif d'améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents professionnels de soins de santé dans la prise en charge des pathologies psychiatriques. La HAS propose de mieux encadrer la coordination et la communication des soins à l'aide de courriers standardisés, de staff clinique, de programmes de prise en charge structurés, etc.(22)

Communication

La communication entre pairs doit être optimisée dans l'intérêt du patient. Si les médecins généralistes mettent tout en œuvre pour accompagner au mieux les patients anorexiques, l'impasse de certaines situations pourrait être déjouée par une concertation entre les différents acteurs de soins de santé. Cette communication existe déjà de façon formelle, par l'échange de courrier ou de conversations téléphoniques.

Des formations plus spécifiques à l'empathie, de type Balint par exemple, pourraient être mises en place afin de permettre le développement d'une réflexivité des soignants à propos des patients souffrant de pathologies telle que l'AM. Ces groupes auraient comme objectif de développer des situations vécues comme difficiles par les acteurs de santé pour apprendre à les gérer par la suite.

Ressources

En Belgique, il existe deux associations recommandées par les spécialistes : Eetexpert(23) et Miata(24). Elles ont toutes deux pour vocation de fournir des informations concernant les TCA aux soignants, aux patients et à l'entourage. Du côté flamand, une étude quantitative réalisée en 2019 auprès de médecins généralistes flamands (4) rapporte que seulement 16% des participants avaient connaissance du matériel de soutien proposé par l'association Eetexpert. Cette constatation s'étend aux propos des participants de mon étude qui expliquaient ne pas connaître de ressources abordant le sujet de l'AM et pouvant répondre à leurs questionnements. Un seul des participants avait connaissance de l'existence de l'association francophone Miata. Cette difficulté à trouver les renseignements nécessaires à

une prise en charge correcte vient renforcer la demande à multiplier les efforts de sensibilisation des médecins généralistes quant aux supports d'aide mis à leur disposition.

De plus, les médecins interrogés sont demandeurs d'un annuaire reprenant les différents spécialistes ainsi que les centres spécialisés dans l'AM. En France par exemple, la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB) a répertorié les différents services prenant en charge les TCA au niveau national. Ce répertoire⁽²⁵⁾ est utile aux médecins généralistes mais également aux patients et à leurs familles, dans un but d'orientation.

Sensibilisation de la population générale

Tout comme plusieurs intervenants l'ont suggéré, afin de permettre une meilleure connaissance des TCA (symptômes, complications et type de soutien disponible), il est nécessaire d'instaurer une stratégie de sensibilisation de la population générale aux TCA, et ce, dès le système scolaire par exemple. Cela permettrait non seulement de lutter contre la stigmatisation et les sentiments de honte des patients anorexiques mais en plus, de donner lieu à une conscientisation de la pathologie par de nombreuses personnes malades ou non et les motivera à se renseigner sur la maladie.

D'un point de vue sociétal, la maladie existe aussi dans les médias. En Grande-Bretagne, « the Diana effect », c'est-à-dire la révélation de Lady Diana à propos de sa boulimie, a permis de mettre en place des fonds spécifiques de recherche à cette pathologie. Dans notre pays voisin la France, les mêmes révélations ont eu lieu avec les portraits de Solenn Poivre d'Arvor et de Laurence Chirac, toutes deux décédées des suites de l'AM. La sensibilisation du grand public à cette pathologie, prévalente en population générale, pourrait être un atout à une intervention en médecine générale où la prévalence est faible. Dans notre étude, les médecins observent l'influence des médias et des réseaux sociaux dans l'apparition de l'AM. Ils proposent donc d'agir via ces mêmes réseaux en proposant la diffusion de spots radios, de documentaires ou encore de distribuer des affiches ou des flyers. Ces différentes démarches auraient alors comme objectif de sensibiliser à grande échelle, comme cela a été fait pour le cyberharcèlement ou les violences conjugales. Finalement, toujours en faisant référence aux campagnes de sensibilisation aux violences conjugales, les médecins participants ont émis l'idée de développer une ligne d'écoute téléphonique gratuite en Belgique francophone.

4.1.4. Mise en pratique des pistes d'action

Fiche d'aide à la consultation

Plusieurs pistes d'action ont été proposées par les médecins participants. Toutes ne sont pas exploitables ni spécifiques à la médecine générale. Mais, sur base de l'analyse des interviews, j'ai pris l'initiative de créer une fiche d'aide à la consultation de médecine générale (cf. annexe 8). Cette dernière rassemble les différentes propositions des participants pour améliorer la détection et la prise en charge de l'AM en médecine générale. Effectivement, plusieurs médecins sont demandeurs d'avoir des rappels théoriques ainsi qu'une aide pratique pour le terrain. De plus, de nombreux médecins ont également émis le souhait d'avoir à leur disposition un annuaire répertoriant les spécialistes et les centres de référence de cette pathologie. J'ai donc décidé de regrouper ces différents sujets en un seul et unique document. La partie théorique de cette fiche a été réalisée en me basant sur les données bibliographiques récoltées tout au long de mes recherches de littérature. Les différentes informations ont été référencées de la manière la plus résumée, structurée et claire possible, tout en essayant de garder les éléments les plus utiles dans la pratique de médecine générale. Ensuite, le Dr. Yves Simon, psychiatre spécialisé dans les TCA, a analysé l'outil et a notifié les éléments à améliorer. Il a apporté des précisions sur la définition de la maladie ainsi que sur son traitement. De plus, le Dr. Simon m'a fourni une liste reprenant les différents psychologues belges ayant suivi la formation spécifique au traitement de l'AM. Cette dernière a été référencée sous forme d'annuaire en fin de fiche et répartie par régions pour plus de facilité. Et pour finir, j'ai complété cette dernière partie de la fiche grâce aux données mises à disposition du grand public sur le site de Miata. Il serait intéressant de poursuivre la démarche de ce mémoire en réalisant, par exemple, une étude telle qu'une boucle assurance qualité qui mesurerait l'impact de façon objective avant et après l'introduction de cette fiche dans une pratique donnée.

4.1.5. Perspectives de recherches futures

Actuellement, il n'y a pas suffisamment de données pour conclure à une efficacité d'un dépistage systématique de l'AM, dans un contexte de soins primaires par un médecin généraliste, sur leur pronostic et leur taux de guérison(5). Afin d'améliorer le diagnostic et la gestion de l'AM en médecine générale, il serait intéressant d'encourager davantage la réalisation de travaux de recherches sur des cohortes de patients en ambulatoire. Avec l'objectif d'améliorer la qualité globale des soins proposés aux patients anorexiques, un budget pourrait être consacré à ces recherches.

Ce travail est une ébauche qui ouvre à la discussion et à la sensibilisation de ce domaine de la psychiatrie trop souvent oublié. Afin d'enrichir davantage ce travail, une étude investiguant les attentes des patients quant aux responsabilités du médecin généraliste dans le dépistage et la gestion de l'AM pourrait être intéressante.

4.2. Qualité des résultats

Tout d'abord, l'étude répond à la question de recherche de départ « Quels sont les obstacles auxquels les médecins généralistes wallons font face lors de la détection et de la prise en charge de l'AM ? ». Ce travail a permis d'exposer le vécu des médecins généralistes, leur approche, les difficultés rencontrées lors de la prise en charge ainsi que les perspectives envisageables pour vaincre ces difficultés. La méthode qualitative m'a parue la plus efficace et la plus appropriée, donnant la parole libre aux médecins interrogés et offrant une grande richesse dans les réponses données. La saturation des données n'a pas été atteinte bien que les expériences des médecins soient très variables. D'autres entretiens auraient peut-être encore enrichi le travail. Enfin, bien que ce travail étudie déjà en profondeur le sujet de l'AM, il n'est pas exhaustif. En effet, une limite de pages nous a été imposée et l'AM étant un sujet très vaste, j'ai dû me limiter dans la rédaction de certains points.

4.3. Biais et limites de l'étude

Biais de sélection : Dans le but d'obtenir un échantillon le plus diversifié possible, j'ai sélectionné personnellement les participants. Leur nombre est restreint et le Hainaut est sur-représenté. Seules les opinions de médecins ayant pris en charge au moins un patient anorexique et ayant accepté de participer à cette étude, ont été récoltées. Ces médecins se sentent probablement davantage concernés par cette thématique. Cet échantillon est peu représentatif de la population des médecins généralistes belges. Cependant, la différence de profil des intervenants m'a permis de recueillir des réponses diversifiées. Afin d'extrapoler à une plus grande échelle mes conclusions, plus d'entretiens seraient nécessaires.

Biais liés à la méthodologie : Etant donné que j'ai rédigé moi-même les questions du guide d'entretien, il est possible que certaines de mes questions aient été mal formulées, occasionnant un biais dans les réponses données. De plus, elles ont été posées selon un certain ordre pouvant influencer les réponses des participants. Enfin, lors de l'interprétation des résultats d'une étude qualitative, la subjectivité du chercheur fait inévitablement surface. Ce qui signifie qu'un autre chercheur aurait probablement analysé les résultats différemment.

Biais de désirabilité sociale : Lors de l'interview, le participant peut être amené à vouloir donner une bonne image de lui-même et au contraire, à vouloir cacher ses comportements moins valorisants. Mais, les conclusions, qui découlent de l'analyse des réponses obtenues lors des entretiens, supposent qu'elles reflètent la réalité du terrain des participants.

Biais d'investigation : N'étant pas initialement formée à la conduite d'entretiens semi-dirigés, l'apprentissage de cette méthode s'est fait au fil des interviews. Ce défaut de compétence expose donc à un manque d'exploration de certaines données.

Biais divers : Suite à la pandémie Covid-19, plusieurs entretiens ont dû être réalisés par vidéo-conférence, compliquant l'analyse de la communication non-verbale.

5. Conclusion

De la prévention de l'AM jusqu'à l'accompagnement des patients diagnostiqués, les médecins généralistes interrogés ont exprimé de nombreuses difficultés et émis des voies d'amélioration. Les obstacles décrits par les médecins se classent en 3 catégories : les freins liés au médecin généraliste, liés au patient et liés à l'environnement.

En ce qui concerne le repérage de l'AM, les médecins généralistes n'éprouvent dans l'ensemble que peu de difficultés. En effet 3 portes d'entrée à la détection de l'AM ont été discutées : l'entourage, la présentation physique du patient et le discours de ce dernier.

La place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients souffrant d'AM s'inscrit dans une démarche non spécifique de dépistage d'une pathologie potentiellement chronique entraînant de lourdes complications. Cette démarche doit être multidisciplinaire en termes de soins. Elle demande des compétences spécifiques à la médecine générale c'est-à-dire une approche globale du patient en tenant compte de l'entourage, une coordination des soins et une détection de la maladie à un stage précoce.

Des interventions à plusieurs niveaux semblent nécessaires pour améliorer la détection et la prise en charge de l'AM en médecine générale. Seulement, tant que les médecins généralistes n'auront pas davantage d'outils scientifiques à leur disposition et qu'ils ne recevront pas plus d'opportunités pour se former, la situation risque de ne pas évoluer.

Enfin, un travail de sensibilisation de la population générale concernant l'AM et les complications qu'elle entraîne est à entreprendre en amont du système de soins. Ce dernier pourrait s'opérer grâce à des documentaires, des spots radios ou encore des campagnes de santé publique à l'aide d'affiches. Une action synergique entre les professionnels de la santé, l'organisation et le financement du système de santé est attendue, mais, en plaçant le patient comme acteur principal de sa santé, au centre des décisions.

6. Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique Anorexie mentale : prise en charge [Internet]. 2010. Available from: www.has-sante.fr (consulté le 29/11/2021)
2. Guy-Rubin A. Repérage précoce de l'anorexie mentale. Un dépistage simple peut prévenir chronicité et complications [Early identification of anorexia nervosa]. *Rev Prat.* 2016;66(2):146-147.
3. Hunt D, Churchill R. Diagnosing and managing anorexia nervosa in UK primary care: A focus group study. *Family Practice.* 2013 Aug;30(4):459–65.
4. Zeeuws D, Cocquereaux K, Santermans L. Patient's and general practitioner's perspectives regarding disturbed eating. *Psychiatr Danub.* 2019;31(Suppl 3):416-417.
5. Cadwallader JS, Godart N, Chastang J, Falissard B, Huas C. Detecting eating disorder patients in a general practice setting: a systematic review of heterogeneous data on clinical outcomes and care trajectories. Vol. 21, *Eating and Weight Disorders.* Springer International Publishing; 2016. p. 365–81.
6. Les troubles du comportement alimentaire[Internet]. 2012. Available from: www.aedweb.org/Medical_Care_Standards (consulté le 11/12/2021)
7. Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: Aetiology, assessment, and treatment. Vol. 2, *The Lancet Psychiatry.* Elsevier Ltd; 2015. p. 1099–111.
8. World Health Organization (WHO). ICD-11:International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics: 6B80 Anorexia Nervosa [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 15]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F263852475> (consulté le 11/12/2021)
9. American Psychiatric Association. Feeding and Eating Disorders: DSM-5 ® Selections. 2015.
10. Thibault I, Pauzé R, Lavoie É, Mercier M, Pesant C, Monthuy-Blanc J, et al. Identification des pratiques prometteuses dans le traitement de l'anorexie mentale. *Sante Mentale au Quebec.* 2017;42(1):379–90.

11. Gisle L, Drieskens S, Demarest S, van der Heyden J. Santé mentale Enquête de santé 2018 Principaux résultats [Internet]. Available from: www.enquetesante.be (consulté le 26/03/2022)
12. Roux H, Chapelon E, Godart N. Épidémiologie de l'anorexie mentale : revue de la littérature. *Encephale*. 2013 Apr;39(2):85–93.
13. Godart N. Anorexie mentale chez l'adolescent [Internet]. 2017 Oct. Available from: <https://www.senat.fr/rap/l07-439/l07-439.html> (consulté le 12/11/2021)
14. Lock J. Updates on Treatments for Adolescent Anorexia Nervosa. Vol. 28, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2019. p. 523–35.
15. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet*. 2020;395(10227):899-911. doi:10.1016/S0140-6736(20)30059-3
16. Yager J. Eating disorders: Overview of prevention and treatment [Internet]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/eating-disorders-overview-of-prevention-and-treatment/print?search=anorexie&source=search_result&select...1/25www.uptodate.com (consulté le 03/05/2021)
17. Chao AM, Nicole Cifra R, Heather Dlugosz M, Vikas Duvvuri C, Fassihi T, Jennifer Gaudiani FL, et al. AED report 2021 | 4th edition eating disorders: a guide to medical care contributing members of the AED Medical Care Standards Committee Contributing Past Members of the AED Medical Care Standards Committee [Internet]. Available from: www.aedweb.org (consulté le 18/12/2021)
18. Klein D, Attia E. Anorexia nervosa in adults: Clinical features, course of illness, assessment, and diagnosis [Internet]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/anorexia-nervosa-in-adults-clinical-features-course-of-illness-assessmentanddiagnosis/print?search=anore...1/32www.uptodate.com> (consulté le 03/05/2021)
19. National Institute for Health and Care Excellence(NICE), Guideline. Eating disorders: recognition and treatment [Internet]. 2017. Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng69 (consulté le 02/05/2021)
20. Reid M, Williams S, Hammersley R. Managing eating disorder patients in primary care in the UK: A qualitative study. *Eating Disorders*. 2010 Jan;18(1):1–9.
21. Bjørnelv S. Spiseforstyrrelser i allmennpraksis [Eating disorders in primary care]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2004;124(18):2372-2375.

22. Haute Autorité de Santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux états des lieux, repères et outils pour une amélioration. 2018. [Internet] (Consulté le 20/04/2022)
23. <https://eetexpert.be/>.
24. <https://www.miata.be/>.
25. Annuaire national des centres de soins, TCA. 2017. Disponible sur : https://www.ffab.fr/images/mesimages/pdf/2017_ANNUAIRE_DEFINITIF.pdfccès aux services de soins spécialisés dans les TCA.

7. Annexes

7.1. Annexe 1- Définition anorexie mentale

D'après le DSM-5, l'AM est définie par 3 critères(9,13) :

- A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique.
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que ce dernier est significativement bas.
- C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

La définition d'après l'OMS(8) :

- Un poids corporel significativement faible pour la taille, l'âge et le stade de développement de l'individu qui n'est pas dû à un autre problème de santé ou à l'indisponibilité de la nourriture.
- Le seuil couramment utilisé est l'indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 kg/m² chez les adultes et l'IMC pour l'âge inférieur au 5e percentile chez les enfants et les adolescents. Une perte de poids rapide (par exemple, plus de 20 % du poids corporel en 6 mois) peut remplacer la ligne directrice sur le poids corporel.
- Les enfants et les adolescents peuvent présenter un échec à prendre du poids comme prévu en fonction de la trajectoire de développement individuelle plutôt que de la perte de poids.
- Un faible poids corporel s'accompagne d'un modèle persistant de comportements pour empêcher le rétablissement d'un poids normal, qui peut inclure des comportements visant à réduire l'apport énergétique (règles alimentaires et alimentation restrictives), des comportements de purge (par exemple, vomissements auto-induits, mauvaise utilisation des laxatifs) et des comportements visant à augmenter la dépense énergétique (par exemple, exercice excessif).
- Un faible poids corporel ou les formes corporelles sont au cœur de l'auto-évaluation de la personne ou sont perçus de manière inexacte comme normaux, voire excessifs.

7.2. Annexe 2- questionnaire SCOFF

<u>SCOFF (17)</u>	<u>SCOFF-F(2)</u>
1. Do you make yourself <u>S</u>ick because you feel uncomfortably full? 2. Do you worry you have lost <u>C</u>ontrol over how much you eat? 3. Have you recently lost more thane <u>O</u>ne stone (6,35kg) in an 3 month period? 4. Do you believe yourself to be <u>F</u>at when others say you are too thin? 5. Would you say that <u>F</u>ood dominates your life?	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 6kg 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 ?

7.3. Annexe 3- Signes cliniques

Généraux	
• Changements de couloir sur la courbe de croissance staturale ou la courbe de corpulence • Intolérance au froid • Isolement social	• Fatigue • Syncope • Difficulté à avaler des liquides ou des solides • Hyperinvestissement, hyperactivité
Dermatologiques et morphologiques	
• Peau sèche • Troubles de la cicatrisation • Escarres • Ecchymoses • Perte des cheveux, alopecie	• Ongles fragiles, cassants • Lanugo, hypertrichose • Amyotrophie • Œdèmes • Silhouette androgyne
Gastro-intestinales	
• Constipation, occlusion fonctionnelle • Retard de vidange gastrique, satiété précoce • Cytolyse hépatique de dénutrition • Reflux gastro-œsophagien	• Douleurs abdominales • Altérations dentaires (érosions, caries) • Parotidomégalie • Hémorroïdes • Chéilite
Cardiaques et pulmonaires	
• Bradycardie • Hypotension • Allongement de l'intervalle QT • Troubles du rythme • Douleurs thoraciques	• Atrophie myocardique • Épanchement péricardique • Emphysème • Pneumothorax, pneumomédiastin • Dyspnée
Hématologiques et métaboliques	
• Anémie • Leucopénie • Thrombopénie • Hypokaliémie • Hyponatrémie	• Élévation de l'INR • Hypoprotidémie • Hypoalbuminémie • Hypercholestérolémie
Endocriniennes et osseuses	
• Aménorrhée • Infertilité • Diminution de la libido • Hypoglycémie	• Arrêt de croissance • Retard pubertaire • Ostéoporose • Fracture
Neuropsychiatriques	
• Atrophie cérébrale • Troubles cognitifs (mémoire, attention) • Idées suicidaires, automutilation	• Asthénie, ralentissement psychomoteur • Coma, convulsions • Insomnie

Tableau 4: présentation clinique (6)

7.4. Annexe 4 - Psychothérapies

Thérapie Familiale – Family-Based Treatment (FBT) (7,16)

La thérapie familiale peut être bénéfique aux adolescents souffrant d'AM. Elle est utilisée pour les adolescents et se concentre sur la prise de poids. Le traitement replace les parents au centre de la prise en charge en leur confiant la responsabilité de prendre des décisions sur les comportements alimentaires appropriés de leur enfant, avec le soutien d'un thérapeute familial. Lorsque les patients commencent à s'améliorer, le contrôle de l'alimentation leur est progressivement retransféré, et d'autres questions liées au fonctionnement de la famille sont abordées. Actuellement, la FBT est le traitement qui dispose de la plus grande base de preuves pour le traitement de l'AM chez l'adolescent et est reconnu comme l'approche de première intention par de nombreuses directives internationales(14).

Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) Améliorée – Enhanced Cognitive Behaviour Therapy (CBT-E)(7,16)

La TCC encourage les patients à modifier les cognitions dysfonctionnelles (pensées et croyances concernant le poids et la forme du corps) et les troubles du comportement (par exemple, restriction alimentaire excessive) qui perpétuent l'anorexie mentale, et met moins l'accent sur les facteurs à l'origine du trouble.

Psychothérapie Psychodynamique Focale - Focal Psychodynamic Psychotherapy (FPT) (7,16)

Cette thérapie aborde les significations conscientes et inconscientes des symptômes du trouble alimentaire, les effets des symptômes sur les relations actuelles et la relation du patient avec le thérapeute. Par contre, elle ne conseille pas les patients sur les comportements alimentaires.

Gestion Clinique de Soutien Spécialisé - Specialist Supportive Clinical Management (SSCM)(7,16)

Cette thérapie combine les caractéristiques de la gestion clinique et de la psychothérapie de soutien pour traiter les principaux symptômes de l'anorexie mentale (notamment le faible poids corporel, l'alimentation restrictive et les comportements compensatoires inappropriés). Elle fournit des informations et des conseils sur la maladie, l'alimentation et le poids, en facilitant l'alimentation normale et la prise de poids, en félicitant le patient pour ses progrès et en explorant les autres problèmes de vie identifiés par le patient.

7.5. Annexe 5- Critères d'hospitalisation

<i>Chez l'enfant et l'adolescent</i>	
<i>Anamnestiques</i>	• Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine • Refus de manger : aphagie totale • Refus de boire • Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique • Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient
<i>Cliniques</i>	• IMC < 14 kg/m² au-delà de 17 ans, ou IMC < 13,2 kg/m² à 15 et 16ans, ou IMC < 12,7 kg/m² à 13 et 14 ans • Ralentissement idéique et verbal, confusion • Syndrome occlusif • Bradycardies extrêmes : pouls < 40/min quel que soit le moment de la journée • Tachycardie • Pression artérielle systolique basse (< 80 mmHg) PA < 80/50 mmHg, hypotension orthostatique mesurée par une augmentation de la fréquence cardiaque > 20/min ou diminution de la PA > 10-20 mmHg • Hypothermie < 35,5 °C • Hyperthermie
<i>Paracliniques</i>	• Acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie < 0,6 g/L • Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères, en particulier : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie (seuils non précisés chez l'enfant et l'adolescent) • Élévation de la créatinine (> 100 µmol/L) • Cytolyse (> 4 x N) • Leuconeutropénie (< 1 000 /mm³) • Thrombopénie (< 60 000 /mm³)

Tableau 5: critères somatiques d'hospitalisation pour les enfants et adolescents (1)

<i>Chez l'adulte</i>	
<i>Anamnestiques</i>	• Importance et vitesse de l'amaigrissement : perte de 20 % du poids en 3 mois • Malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance • Vomissements incoercibles • Échec de la renutrition ambulatoire
<i>Cliniques</i>	• Signes cliniques de déshydratation • IMC < 14 kg/m² • Amyotrophie importante avec hypotonie axiale • Hypothermie < 35 °C • Hypotension artérielle < 90/60 mmHg • Fréquence cardiaque :

	• Bradycardie sinusale FC < 40/min • Tachycardie de repos > 60/min si IMC < 13 kg/m²
<i>Paracliniques</i>	• Anomalies de l'ECG en dehors de la fréquence cardiaque • Hypoglycémie symptomatique < 0,6 g/L ou asymptomatique si < 0,3 g/L • Cytolyse hépatique > 10 x N • Hypokaliémie < 3 mEq/L • Hypophosphorémie < 0,5 mmol/L • Insuffisance rénale : clairance de la créatinine < 40 mL/min • Natrémie : < 125 mmol/L (potomanie, risque de convulsions) > 150 mmol/L (déshydratation) • Leucopénie < 1 000 /mm³ (ou neutrophiles < 500 /mm³)

Tableau 6: critères somatiques d'hospitalisation pour les adultes (1)

<i>Risque suicidaire</i>	• Tentative de suicide réalisée ou avortée • Plan suicidaire précis • Automutilations répétées
<i>Comorbidités</i>	• Tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation : ○ Dépression ○ Abus de substances ○ Anxiété ○ Symptômes psychotiques ○ Troubles obsessionnels compulsifs
<i>Anorexie mentale</i>	• Idéations obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes • Renutrition : nécessité d'une renutrition par sonde naso-gastrique, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire • Activité physique : exercice physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation) • Conduites de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul des conduites de purge intenses
<i>Motivation, coopération</i>	• Échec antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite • Patient peu coopérant, ou coopérant uniquement dans un environnement de soins très structuré • Motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires

Tableau 7: Critères psychiatriques d'hospitalisation (1)

<i>Disponibilité de l'entourage</i>	• Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires • Épuisement familial
<i>Stress environnemental</i>	• Conflits familiaux sévères • Critiques parentales élevées • Isolement social sévère
<i>Disponibilité des soins</i>	• Pas de traitement ambulatoire possible par manque de structures (impossibilité du fait de la distance)
<i>Traitements antérieurs</i>	• Échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation)

Tableau 8: critères environnementaux d'hospitalisation (1)

7.6. Annexe 6 - Comité d'éthique

**Décision du GEIMG finalisée électroniquement le
01/11/2021**

ULiège (Montrieux Christian) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

UCL (LETOCART Véronique) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

ULB (Kacelenbogen Nadine) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

Suivi à donner à la décision du GEIMG

Comme les avis correspondent à 3 « A », le GEIMG décide que le projet de TFE ne nécessite pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée.

Figure 1: Avis définitif du Comité d'éthique

7.7. Annexe 7- Guide d'entretien

Introduction et explication du but de l'étude : identifier les facteurs compliquant la détection et la prise en charge de l'anorexie mentale en médecine générale.

QUESTIONS GÉNÉRALES ET ÉPIDÉMIOLOGIE

- Sexe
- Âge- années d'expérience
- Activité complémentaire
- Lieu de pratique
- Type de pratique : solo/groupe/maison médicale

THÈME 1 : QUESTIONS RELATIVES AUX CONNAISSANCES DES MÉDECINS SUR L'ANOREXIE MENTALE :

1. Pour vous l'anorexie mentale qu'est-ce-que c'est ? Savez-vous me citez quelques symptômes ?
2. Avez-vous déjà lu des recommandations ?
3. Avez-vous déjà suivi des formations à ce sujet ? Quelles ressources utilisez-vous (conférence, e-learning, glem, dodeca) ?
4. Pensez-vous que c'est important en tant que médecin généraliste d'en connaître certaines notions, d'y être formé ?

THÈME 2 : QUESTIONS CONCERNANT L'EXPÉRIENCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

5. Avez-vous déjà été amené à prendre en charge ou à suivre des patients anorexiques ? Si oui, combien (approximativement) ? Hommes/femmes ?
6. Pensez-vous qu'il y a une différence entre les médecins homme et femme ?
7. Pouvez-vous me donner un exemple qui vous a marqué ?
8. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez quand vous traitez un patient anorexique ?

THÈME 3 : QUESTIONS CONCERNANT LE DÉPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC DE L'ANOREXIE MENTALE :

9. Quels éléments vous ont mis sur la piste, de vous permettre de faire le diagnostic ? Est-ce souvent les mêmes ? Est-ce l'entourage ou le patient lui-même ?
10. Quelles sont les barrières au diagnostic ? Et les facilitants ?
11. Retrouvez-vous des comorbidités chez ces patients ? Lesquelles ?

12. Connaissez-vous le questionnaire SCOFF ? Si oui, l'utilisez-vous ? Si non, seriez-vous favorable à l'emploi de ce questionnaire lors de vos consultations ?

13. Pensez-vous au diagnostic d'anorexie mentale lors d'une consultation classique ?

THÈME 4 : CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE L'ANOREXIE MENTALE :

14. Avez-vous une prise en charge différente avec ces patients ? Si oui, que changez-vous par rapport à vos autres consultations ?

15. Comment prenez-vous en charge l'anorexie mentale ? Réalisez-vous- des bilans ?

16. Connaissez-vous les traitements recommandés par les guidelines pour l'anorexie mentale ?

17. Que pensez-vous du rôle du généraliste dans la prise en charge de l'anorexie mentale ? (ressort du médecin généraliste ou plutôt du psychiatre ?) Référez-vous ? Si oui, où ? vers qui ? Connaissez-vous des centres de référence ? des spécialistes de référence ? des sites internet ?

THÈME 5 : A PROPOS DU SUIVI DU PATIENT ANOREXIQUE :

18. Quels sont les motifs de consultation et qu'est ce qui revient le plus fréquemment ? Avez-vous observé des spécificités quant aux motifs de consultations ?

19. Quelles sont les attentes du patient anorexique ?

20. Comment vous sentez-vous face à un patient anorexique ? (solitude, mal-être,...)

THÈME 6 : OUTILS D'AIDE À LA CONSULTATION :

21. Qu'est-ce qui vous aiderait à vous sentir plus à l'aise pour ce type de motif de consultation ? Que pensez-vous avoir besoin comme ressources pour améliorer votre prise en charge ?

THÈME 6 : PISTES D'ACTION

22. Avez-vous des idées de pistes d'action pour vaincre les obstacles auxquels font face les médecins généralistes avec la prise en charge de l'anorexie mentale ? (Des collaborations généraliste-spécialiste/généraliste-centre ?)

Fiche d'aide à la consultation : Anorexie Mentale

Définition :

- **Un poids corporel significativement faible pour la taille, l'âge et le stade de développement de l'individu** qui n'est pas dû à un autre problème de santé ou à l'indisponibilité de la nourriture.
- Le seuil couramment utilisé est **l'indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 kg/m² chez les adultes** et **l'IMC pour l'âge inférieur au 5e percentile chez les enfants et les adolescents. Une perte de poids rapide** (par exemple, plus de 20 % du poids corporel en 6 mois) **peut remplacer la ligne directrice sur le poids corporel.**
- **Les enfants et les adolescents peuvent présenter un échec à prendre du poids comme prévu** en fonction de la trajectoire de développement individuelle plutôt que de la perte de poids.
- **Un faible poids corporel s'accompagne d'un modèle persistant de comportements pour empêcher le rétablissement d'un poids normal**, qui peut inclure des comportements visant à réduire l'apport énergétique (**règles alimentaires et alimentation restrictives**), des comportements de purge (par exemple, **vomissements auto-induits**, mauvaise utilisation des laxatifs) et des comportements visant à augmenter la dépense énergétique (par exemple, **exercice excessif**).
- **Un faible poids corporel ou les formes corporelles sont au cœur de l'auto-évaluation de la personne** ou sont perçus de manière inexacte comme normaux, voire excessifs.

Parfois associé à des épisodes de perte de contrôle de la prise alimentaire (accès hyperphagiques)

Sujets à risque :

- Femmes entre 12 et 22 ans
- Consulte pour un régime restrictif
- Consulte pour des conseils diététiques
- Consulte accompagnée par un entourage inquiet
- Pratique du sport de façon excessive

Dépistage : questionnaire SCOFF

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 ?

Score ≥ 2 -> fortement prédictif d'un TCA (1 « oui » = 1 point »)

Anamnèse :

- **Histoire pondérale** (quel poids et quand ?): poids actuel, poids le plus bas, poids le plus élevé, taille, IMC, Percentile.
- **Apports** alimentaires aux repas (petit-déjeuner, 10 h, midi, goûter, repas du soir) de la journée précédente : quantité et qualité des aliments consommés, quantification du nombre de litres de boissons/jour
- **Activité sportive** : fréquence, durée, intensité, en étant blessée ou malade, en secret
- Scolarité/professionnel/social : hyper-, désinvestissement
- Cycle menstruel, frilosité
- Évaluation de l'environnement familial

Examen clinique :

- Poids, taille, **IMC** (Percentile de la courbe de croissance chez enfants et adolescents)
- Évaluation stade de Tanner (recherche retard pubertaire)
- Fréquence cardiaque, tension artérielle, température
- Signes de déshydratation
- État cutané et des phanères, œdèmes
- Examen général à la recherche de complications neurologiques, musculaires, endocriniennes et digestives

Examens complémentaires :

Bilan sanguin :

- Hémogramme complet
- Ionogramme: Na^+ , K^+ , Cl^- , Ca^{2+} , PO_4^{3-} , Mg^{2+}
- Bilan hépatique : GOT, GPT, PAL
- Fonction rénale : urée, créatinine
- Vitamine B12 ; acide folique, cholestérol (souvent augmentés)
- Glucose
- CRP
- Albumine, préalbumine
- TSH si doute sur hyperthyroïdie et T3 (basse dans la dénutrition sévère)

Électrocardiogramme : allongement QT, bradycardie, autres arythmies

Diagnostic différentiel :

- Épisodes dépressifs
- Phobies alimentaires
- Trouble obsessionnel compulsif
- Maladies du tractus digestif (Crohn)
- Certaines tumeurs cérébrales
- Certaines hémopathies telles que les leucémies
- Hyperthyroïdie
- Diabète insulino-dépendant
- Maladie d'Addison

Complications somatiques principales :

Dermatologiques et morphologiques

- Peau sèche
- Troubles de la cicatrisation
- Escarres
- Ecchymoses
- Perte des cheveux, alopecie
- Ongles fragiles, cassants
- Lanugo, hypertrichose
- Amyotrophie
- Œdèmes
- Silhouette androgyne

Gastro-intestinales

- Constipation, occlusion fonctionnelle
- Retard de vidange gastrique, satiété précoce
- Cytolyse hépatique de dénutrition
- Reflux gastro-œsophagien
- Douleurs abdominales
- Altérations dentaires (érosions, caries)
- Parotidomégalie
- Hémorroïdes

Cardiaques et pulmonaires

- Bradycardie
- Hypotension
- Allongement de l'intervalle QT
- Troubles du rythme
- Atrophie myocardique
- Épanchement péricardique
- Emphysème
- Pneumothorax, pneumomédiastin

Hématologiques et métaboliques

- Anémie
- Leucopénie
- Thrombopénie
- Hypokaliémie
- Hyponatrémie
- Élévation de l'INR
- Hypoprotidémie
- Hypoalbuminémie
- Hypercholestérolémie

Endocriniennes et osseuses

- Aménorrhée
- Infertilité
- Diminution de la libido
- Hypoglycémie
- Arrêt de croissance
- Retard pubertaire
- Ostéoporose
- Fracture

Neuropsychiatriques

- Atrophie cérébrale
- Troubles cognitifs (mémoire, attention)
- Idées suicidaires, automutilation
- Asthénie, ralentissement psychomoteur
- Coma, convulsions
- Insomnie

Critères d'hospitalisation par (pédo) psychiatre

Chez l'enfant et l'adolescent	
Anamnestiques	• Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine • Refus de manger : aphagie totale • Refus de boire • Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique • Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient
Cliniques	• IMC < 14 kg/m² après 17 ans • IMC < 13,2 kg/m² entre 15-16 ans • IMC < 12,7 kg/m² entre 13-14 ans • Ralentissement idéique et verbal, confusion • Syndrome occlusif • Bradycardies extrêmes : pouls < 50/min • Tachycardie • TA < 80/50 mmHg, Hypotension orthostatique (augmentation de la FC > 20/min ou diminution de la TA > 10-20 mmHg) • Hypothermie < 35,5 °C
Paracliniques	• Acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie < 0,6 g/L • Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères: hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie • Élévation de la créatinine (> 100 µmol/L)
Chez l'adulte	
Anamnestiques	• Importance et vitesse de l'amaigrissement : perte de 20 % du poids en 3 mois • Malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance • Vomissements incoercibles • Échec de la renutrition ambulatoire
Cliniques	• Signes cliniques de déshydratation • IMC < 14 kg/m² • Amyotrophie importante avec hypotonie axiale • Hypothermie < 35 °C • Hypotension artérielle < 90/60 mmHg • Bradycardie sinusale FC < 40/min • Tachycardie de repos > 60/min si IMC < 13 kg/m²
Paracliniques	• Anomalies de l'ECG • Hypoglycémie symptomatique < 0,6 g/L ou asymptomatique si < 0,3 g/L • Cytolyse hépatique > 10 x N • Hypokaliémie < 3 mEq/L • Hypophosphorémie < 0,5 mmol/L • Insuffisance rénale : clairance de la créatinine < 40 mL/min • Natrémie : < 125 mmol/L (potomanie, risque de convulsions), > 150 mmol/L (déshydratation) • Leucopénie < 1 000/mm³ (ou neutrophiles < 500/mm³)

Critères environnementaux et sociaux	
Disponibilité de l'entourage	• Problèmes familiaux ou absence de famille • Épuisement de l'entourage
Stress environnemental	• Isolement social sévère
Disponibilité des soins	• Pas de traitement ambulatoire possible (manque de structure)

Thérapie de base

Prise en charge **multidisciplinaire** : médecin traitant, psychologue clinicien et (pédo) psychiatre spécialisé qui intègrent les parents ou les proches dans la procédure thérapeutique.

Objectif :

Établir une **alliance thérapeutique** (ne pas émettre de commentaires critiques, et demander à revoir la patiente toutes les semaines pour poursuivre l'anamnèse et l'évaluation clinique et biologique)

Procédure recommandée :

Ne pas adresser à un(e) diététicienne, mais à un(e) psychologue clinicien(ne) ou (pédo) psychiatre spécialisé dans les troubles alimentaires et travaillant sur la base de guidelines.

Approches psychothérapeutiques recommandées :

- **FBT** (« Family Based Therapy ») : thérapie familiale qui s'appuie sur l'exercice des compétences parentales et sur les ressources familiales. Elle aborde les défis de l'adolescence dans le contexte du trouble du comportement alimentaire.
- **CBT-E** (« Cognitive Behavioral Therapy-Enhanced ») : thérapie individuelle qui prend en charge également d'autres dimensions comme l'estime de soi, le perfectionnisme, les relations interpersonnelles et l'intolérance émotionnelle.

Il n'existe pas de traitement pharmacologique spécifique de l'anorexie mentale, à moins qu'il y ait une dépression majeure associée, nécessitant la mise en route d'un antidépresseur de type sérotoninergique ou un inhibiteur de la recapture de la noradrénaline par un (pédo) psychiatre spécialisé dans les TCA.

Annuaire de psychologues :

La liste de psychologues reprise ci-dessous est non exhaustive. Ce sont des praticiens formés à la thérapie CBT-E, recommandée par les guidelines.

Brabant Wallon :

Mme Claire Philippart (Saint-Géry)

Tel : 0497 75 81 82

Mme Isabelle Simon-Baissas (Waterloo)

Tel : 0494 14 76 80

Mail : isa.s@skynet.be

Web: <https://www.anorexie-boulimie-anxiete.be/>

Téléconsultation

Mme Isabelle Wodon (Braine-L'Alleud)

Tel : 0495 260 512

Mail : iwodon.psy@gmail.com

Téléconsultation

Bruxelles :

Mme Margaux Broux

Tel : 0491 63 12 23

Mail : brouxmargaux@gmail.com

Français, anglais

Mme Emmanuelle Hayward

Tel : 0497 39 03 01 (SMS uniquement)

Centre Thérapsy

Tel : 02 880 02 88

Français, anglais

Site Web: <https://therapsy.be/>

Mme Jenny Strens

Tel : 0472 88 40 58

Mail : jennystrens@proximus.be

Français, anglais, néerlandais

Téléconsultation

Hainaut :

Mme Justine Dufrasne (Saint-Ghislain)

Tel : 0471 80 84 73

Mme Jessica Morton (Enghien)

Tel : 0497 50 32 14

Mail : jessica@morton.be

Téléconsultation

Mme Isabelle Wodon (Fleurus)

Tel : 0495 26 05 12

Mail : iwodon.psy@gmail.com

Possibilité de thérapie par Skype

Mme Agathe Parez (Ath)

Tel : 0497 73 19 54

Mail : agathe.parez@gmail.com

Liège :

Mme Melissa Boute (PRANAclinic)

Tel : 0494 93 12 10

Mail: melissaboute@gmail.com

Possibilité de thérapie par Skype

Mme Sahlia Kumst (Eupen)

Tel : 0479 70 34 39

Mail : sahliakumst@hotmail.com

Allemand, français

Mme Isabelle Mayers (Liège)

Tel : 0494 90 29 53

Mme Silvia Zammataro (Liège)

Tel : 0488 56 39 99

Mail : silvia.zammataro@yahoo.fr

Possibilité de thérapie par Skype

Namur :

Mme Silvia Zammataro (Namur)

Tel : 0488 56 39 99

Mail : silvia.zammataro@yahoo.fr

Centres de référence

Brabant Wallon :

Le Domaine : 02 3 860 940

1420 Braine-L'Alleud

Site Web: <http://www.domaine-ulb.be/fr/departements-et-services/programme-anorexie-boulimie/ctta/presentation.html>

Bruxelles :

Service de Psychiatrie- Hôpital Erasme : 02 555 35 06

Unité adolescents : 02 555 35 96

1070 Bruxelles

Site Web: www.erasme.ulb.ac.be

Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (HUDERF)- Service de Psychiatrie infanto-juvénile : 02 477 31 80

1020 Bruxelles

Site Web: www.hudorf.be/fr/index.asp

CHU Brugmann : 02 477 21 11

1020 Bruxelles

Site Web: www.chu-brugmann.be/fr/index.asp

Clinique La Ramée : 02 4317600

1180 Bruxelles

Mail : info@laramee.be

Site Web: www.laramee.be

Cliniques Universitaires Saint-Luc :

1200 Bruxelles

Service de Pédiatrie : 02 764 19 20

Service de Médecine Interne : 02 764 19 02

Centre Thérapeutique pour Adolescents « CThA » : 02 764 20 02

Site Web: www.saintluc.be

Liège :

CHU- Centre-Ville : Service endocrinologie-diabétologie pédiatrique et Médecine de l'Adolescent : 04 270.30.30

4020 Liège

Site Web: www.chu.ulg.ac.be

CHU-N.D. Des Bruyères : 04 367 92 11
4030 Liège

CHR La Citadelle- Service de pédopsychiatrie : 04 225 69 34
4000 Liège

Sites de soutien et de conseils aux proches et soignants :

<https://www.miata.be/index.php>: site belge mettant à disposition différentes informations pratiques.

<http://www.anorexiéboulimie-afdas.fr>: site français qui regroupe des spécialistes du dépistage, du diagnostic, de la prise en charge, du traitement et de la recherche sur les troubles du comportement alimentaire, ainsi que des représentants des fédérations et associations de familles et d'utilisateurs.

www.boulimie-anorexie.ch: site suisse de l'association ABA.

www.eetexpert.be: site flamand pour personnes concernées par le traitement de personnes ayant des problèmes de poids et des troubles alimentaires ; information, prévention, traitements.

www.nedc.com.au: site australien très bien documenté.

<https://www.anbn.be/>: Association flamande. Site très complet

www.enfine.com: Site de solidarité et d'informations destiné aux personnes anorexiques, avec des témoignages, des actualités et des contacts. Possibilité de passer des annonces pour demander des conseils et s'entraider.

Cette fiche fut réalisée à l'aide du Dr. Yves Simon, psychiatre spécialisé dans les troubles du comportements alimentaires, joignable par email sur ysim@skynet.be ou via son site internet : <https://www.docteur-yves-simon.be/>.

Bibliographie

- Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique Anorexie mentale : prise en charge [Internet]. 2010. Available from: www.has-sante.fr
- Chao AM, Nicole Cifra R, Heather Dlugosz M, Vikas Duvvuri C, Fassihi T, Jennifer Gaudiani FL, et al. AED report 2021 | 4th edition eating disorders: a guide to medical care contributing members of the AED Medical Care Standards Committee Contributing Past Members of the AED Medical Care Standards Committee [Internet]. Available from: www.aedweb.org

7.9. Annexe 9- Retranscriptions des entretiens

7.9.1. Retranscription entretien MG10

QUESTIONS GÉNÉRALES ET ÉPIDÉMIOLOGIE :

Donc je suis généraliste depuis 19 ans maintenant. Oui, ça va faire 19 ans. Enfin, il y aura 19 ans ici, au mois de juin. Que dire ? On va dire urbaine, pratique de groupe pluridisciplinaire, je crois. On a des psychologues, des kinés et une diététicienne. Donc plutôt milieu urbain. Je fais de l'ONE mais pas de planning.

THÈME 1 : QUESTIONS RELATIVES AUX CONNAISSANCES DES MÉDECINS SUR L'ANOREXIE MENTALE :

1. Pour vous l'anorexie mentale qu'est-ce-que c'est ? Savez-vous me citez quelques symptômes ?

Mais l'anorexie mentale, c'est plus souvent des patientes que des patients. Mais bon, il y a quand même des hommes, mais classiquement, c'est plutôt des jeunes femmes. Des jeunes femmes qui finalement ont souvent un problème d'image corporelle en fait. Une image corporelle, qui se voit en surpoids. Souvent ça commence par une volonté de maîtrise du poids. Et puis ça va trop loin parce que finalement, elles estiment toujours qu'elles en font pas assez. Et donc finalement, ben ça commence par réduire les quantités alimentaires. Et puis finalement, ça va en s'accroissant. Au-delà de réduire la quantité d'apports alimentaires, c'est même aller au-delà, c'est se faire vomir. C'est tout ce qu'elles trouvent sur internet, elles vont se prendre des laxatifs, des diurétiques. Mais bon, là, c'est quand même plus compliqué, je sais pas comment elles font pour s'en procurer. Mais clairement les laxatifs et se faire vomir. Derrière il y a deux choses d'une part, un trouble de l'image corporelle où quelque part elle ne s'accepte pas et d'autre part, moi, j'ai remarqué, c'est une volonté de maîtrise, de maîtrise de soi, de maîtrise des quantités absorbées. Donc voilà, je dirais surtout ça, oui.

2. Avez-vous déjà lu des recommandations ?

Pas récemment, en tout cas je dois avouer. Peut-être en son temps mais pas de manière récente non.

3. Avez-vous déjà suivi des formations à ce sujet ? Quelles ressources utilisez-vous (conférence, e-learning, GLEM, dodeca) ?

Pas fait récemment non plus. Non. C'est pas vraiment un sujet qu'on aborde couramment dans la pratique quotidienne.

Il y a la prise en charge par le généraliste, certainement, mais je pense qu'il faut une collaboration avec la seconde ligne parce que c'est très difficile. Soit en partie avec des internistes généraux, mais plutôt à ce moment-là des internistes généraux, de la médecine nutritionnelle. Et des centres aussi, qui ont, à Mont-Godinne par exemple, une prise en charge pluridisciplinaire, avec des psys, avec des nutritionnistes. C'est des patients très difficiles à soigner.

4. Pensez-vous que c'est important en tant que médecin généraliste d'en connaître certaines notions, d'y être formé ?

Mais je pense que de fait, le problème c'est qu'on n'est pas assez formés. Et donc nous, on sait les dépister, on sait les suivre. Je trouve que le problème c'est que notre suivi souvent, c'est plus de l'accompagnement, du soutien psychologique et quelque part, c'est d'encourager. Mais le problème, c'est que la prise en charge internistique est extrêmement compliquée. Et donc il faut vraiment se faire aider. Parce que nous, on sait faire du suivi des prises de sang, essayer de suivre au niveau du poids et du soutien psychologique, des encouragements. Mais après on se retrouve des phénomènes de carence. J'en ai une en particulier où elle avait été hospitalisée, puis elle est revenue et elle a fait un syndrome de nutrition. Parce que s'ils se renourrissent trop vite c'est la cata. Et je peux t'avouer que j'étais complètement largué. Tu te sens bête parce qu'on est pas du tout au courant que ça peut arriver. J'ai contacté l'interniste. Finalement elle a été réhospitalisée et il la repris en charge. Mais c'est le genre de trucs j'étais pas du tout au courant que ça existait donc voilà.

THÈME 2 : QUESTIONS CONCERNANT L'EXPÉRIENCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

5. Avez-vous déjà été amené à prendre en charge ou à suivre des patients anorexiques ? Si oui, combien (approximativement) ? Hommes/femmes ?

J'en ai une qui est, on va dire borderline qui est vraiment sur le fil, qui est limite, mais bon qu'on arrive à maintenir on va dire encore hors champ anorexie vraiment. Mais il y en a une que j'ai, qui est tout à fait dans la pathologie et que je suis toujours. Pas d'homme.

6. Pensez-vous qu'il y a une différence entre les médecins homme et femme ?

Je pense qu'il ne devrait pas y en avoir. Il y a peut-être une différence. On me dit toujours les patients choisissent le médecin qui leur ressemble, avec qui le courant passe, mais a priori, non. Enfin, dans l'absolu, je ne pense pas. C'est une pathologie complexe qui renvoie l'image de soi à la maîtrise etc. Mais je pense que, enfin...Est-ce que les médecins féminines vont avoir une manière différente de l'aborder ? Enfin, je pense que dans le meilleur des mondes,

ça ne devrait pas se faire. Maintenant, je pense qu'il n'y a rien à faire, quelque part tu vas toujours avoir tendance à projeter un certain vécu, même si on doit essayer de ne pas, je pense qu'inévitablement tu risques peut-être de projeter et peut être que dans certaines attitudes tu vas avoir une attitude peut-être légèrement différente et peut-être des prises en charge différentes, une approche différente. On pourrait imaginer qu'il y ait une approche différente. Mais dans l'absolu, la prise en charge, c'est pas le fait d'être...ça ne devrait pas jouer un rôle. Enfin, en tout cas, j'ai pas l'impression que le fait d'avoir été un homme a changé quelque chose dans la prise en charge. J'ai pas l'impression que c'est ça qui ait joué. Le fait qu'elle choisisse moi plutôt qu'un de mes collègues. Parce que dans le cabinet elle a déjà vu Charlotte qui entre guillemets est patron. J'ai pas l'impression que ça change quelque chose dans la prise en charge

7. Pouvez-vous me donner un exemple qui vous a marqué ?

C'est une situation extrêmement complexe parce qu'en fait, c'est une jeune femme qui n'est pas âgée et c'est dramatique. Attends elle a quel âge. Elle est née en 88, donc elle a 33 ans. C'est une jeune fille qui a été adoptée. Ça commence en 2016, une jeune fille adoptée dont le père est directeur d'école, maintenant père à la retraite, et sa maman, elle était prof de cuisine en hôtellerie et donc avec une maman qui est déjà très sévère. Ce n'est pas de leur faute, mais quelque part, ça rentre dans la dynamique familiale avec une maman qui est très entre guillemets psychorigide, un papa directeur d'école dont c'est pas simple et en fait c'est un couple qui n'a pas réussi à avoir d'enfant. Ils ont adopté cette jeune femme, ils l'ont adoptée quand elle était encore bébé on va dire. Et je pense que quelques mois après l'adoption, elle est tombée enceinte. Donc ça a plus que probablement dû jouer un rôle dans toute la dynamique et enfin dans l'image qu'elle a. Déjà, les enfants adoptés, c'est souvent compliqué et en plus, juste après, il y a une sœur qui arrive dans l'histoire. C'était déjà une jeune fille qui avait de gros problèmes psychologiques à l'école etc., c'était pas simple. Et elle a commencé son anorexie quelque part car il y avait des problèmes à l'école plutôt type fatigue ça va pas etc., puis tu vois que tout doucement ça commence à décliner. Elle était en couple et puis il y a une séparation, puis une spirale psychologique. Et puis elle a commencé à ne plus manger et donc pas facile donc oui, c'est ça. Je pense qu'il y avait déjà un clash avec les parents, difficultés relationnelles avec les parents. Elle s'était mise en couple relativement jeune, parce que je pense justement pour sortir du milieu familial et puis ça a cassé. Et puis là, elle a commencé à décliner, à ne plus manger et elle est rentrée dans l'anorexie. Là, ça a

été, mais je te dis on a essayé de travailler. Au départ elle a été prise en charge à Mont-Godinne, mais en fait, elle a fait tous les hôpitaux pratiquement parce que c'est ça la difficulté, c'est que ça va mieux puis ça rechute, ça va mieux, puis ça rechute. Avec une personnalité quand même très compliquée, quelqu'un qui est très manipulateur. Mais ça, je pense que c'est souvent très manipulatrice. Alors évidemment, l'hôpital, ça fonctionnait avec des contrats, puis elle cachait. Et puis ils font ceci et ils font cela. Donc personnalité très exigeante avec elle-même et donc tous les symptômes troubles de l'image de soi. Elle avait la peau sur les os et elle se trouvait toujours trop grosse etc. volonté de se contrôler, de contrôler son corps, commencer à se faire vomir. Et alors le gros problème, c'est qu'après ça a tourné en syndrome d'alcoolisme, donc de l'anorexie, elle a basculé dans l'alcoolisme, alors là c'était l'inverse. Mais elle a pris du poids. Elle a commencé à gonfler de son alcool quoi. Et maintenant, elle est en situation de cirrhose éthylique. Donc de l'anorexie, elle a pris du poids, cirrhose éthylique, mais en même temps ça n'allait pas. Alors tu dois gérer sa cirrhose, là, obligé de mettre des diurétiques, elle avait de la spironolactone, du Bifitéral etc. Le problème c'est qu'elle est hospitalisée pour sevrage, alors là aussi de nouveaux contrats, pas d'alcool et alors elle planque l'alcool. Elle s'est faite virée plusieurs fois entre guillemets dans le sens rupture de contrat. De la gastro, elle a basculé en service de psychiatrie où là elle était prise en charge pour sevrage, puis plusieurs fois des projets parce que retour à domicile pas possible. Enfin une relation je t'aime moi non plus avec les parents. Les parents veulent bien aider puis ils pètent un câble parce qu'ils disent « on fait tout mais dès qu'on met quelque chose en place, quelque part, elle casse tout ». Puis, il y a eu des projets, elle devait aller à Trampoline puis devait aller à La Ramée. Enfin, et quelque part, c'est aussi de nouveau dans la manipulation parce que quand une anorexique est hospitalisée avec d'autres anorexiques, ça se remonte le bourrichon, ça se termine en crêpage de chignon. Enfin bon. Et ici tout récemment, elle est tombée dans les escaliers, elle s'est cassée le tibia et péroné. Son tibia est en morceaux, elle a une broche. Et hospitalisée à Léonard de Vinci. Et de là, elle est de nouveau tombée parce qu'elle était avec la peau sur les os et de nouveau tombée, s'est cassée le col du fémur et à un clou gamma dans le fémur. Et elle vient de rentrer dans son appartement. Mais bon, ça va un peu. Ils ont réussi à la refaire manger. De ce côté-là a repris du poil de la bête. Tu fais une proposition, mais ça ne va pas assez vite. Ça, c'est aussi compliqué, c'est vraiment très compliqué parce que ça à la fois, elle dit qu'elle veut faire toute seule et en même temps, « comment voulez-vous que je fasse toute seule ? ». C'est des

revendications. Et puis c'est l'inverse « je suis toute seule, personne ne m'aide ». Et puis quand tu essaies d'aider un petit peu « c'est bon, je vais faire toute seule ». Ça part dans tous les sens. C'est extrêmement ambivalent. De ce que j'ai compris juste avant sa chute, elle était en couple et si j'ai bien compris quelqu'un qui était peut-être pas spécialement tendre. C'est le bazar, c'est compliqué. Des personnalités à problème qui ont l'air de se mettre avec des conjoints à problème. Je suis pas sûr que ça chute ne soit pas... Donc là maintenant elle est toute seule.

L'autre personne, en fait, là aussi on est de nouveau avec une dame qui est dans le contrôle de tout, qui est dans le milieu de la finance, qui était promue en tant que personal banking mais donc avec une course à la performance. Et donc quand tu fais du personal banking, mais tu dois performer, t'as des évaluations, des machins. Et aussi alcool mais plutôt alcool pour décompresser le soir quoi. Donc ça, c'est une plainte qui est venue au départ, « c'est trop de pression, je commence à boire le soir, je bois du vin ». Et en même temps, et de nouveau quelqu'un tout à fait dans le déni par rapport à la prise en charge. Dans le sens tu dis qu'il faut arrêter, elle va dire « non, c'est bon, je vais m'en sortir, je m'en sortir » et qui dit « je veux aller jusqu'au bout ». Et donc là, il y a une prise en charge avec une psychothérapeute avec qui je travaille souvent et essayer de lui faire comprendre qu'il fallait lever le pied quoi. Bon alors, on a réussi à lui faire lever le pied une première période, puis elle a recommencé à travailler. Et puis elle a rechuté de nouveau dans cette espèce de burn-out professionnel et cette surcharge émotionnelle et professionnelle. Et là aussi de nouveau c'est la perte de poids. Là, elle est moins dans le déni par rapport au problème d'anorexie. Elle le dit elle-même qu'elle se contrôle. Mais elle n'a pas basculé non plus. Elle n'a pas le BMI en-dessous de 17. Mais bon, elle est quand même super maigre. Mais elle le dit elle-même que quelque part, c'est une manière pour elle de se contrôler et de contrôler ce qu'elle mange.

8. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez quand vous traitez un patient anorexique ?

Mais la grosse difficulté avec elle, c'est que c'est en fait une personnalité extrêmement cyclothymique. Et donc quand tu passes des larmes, « ça va pas du tout, c'est la dépression profonde et il faut m'aider ». Tu essaies de mettre en place des choses et ce que tu mets en place à un moment elle envoie tout bouler et ça va jamais assez vite à son goût. Et alors, ce qui est très difficile, c'est une personnalité qui est extrêmement dans le contrôle. Donc c'est vraiment, besoin de contrôle et en même temps toujours en demande d'aide. Avec une

personnalité extrêmement énergivore, c'est des gens qui te bouffent. Tu essaies de mettre en place des choses, tu mets plein de choses en place et puis elle explose tout. Et donc à un moment, c'est extrêmement difficile parce qu'un moment c'est lassant. Tu te rends bien compte que la famille dit « on a fait tout ce qu'on pouvait, on n'en peut plus ». Toi aussi t'as proposé des choses, elle envoie tout balader et puis la semaine d'après, il faut tout refaire à nouveau et c'est toujours dans l'urgence. Tu te rends compte que c'est un peu toujours le même schéma qui est reproduit, c'est « je suis malheureuse, il faut m'aider, apitoyez-vous sur mon sort entre guillemets ». Tu essaies d'aider et puis à un moment, elle t'envoie balader en disant « je me débrouille toute seule ». Et quelque part, j'ai l'impression que les soignants ils saturent parce qu'ils disent dans le service hospitalier, qu'il y a d'autres personnes aussi. Pour moi, c'est une personnalité « regardez, j'aide les autres ». Je pense que quand elle est hospitalisée ou quoi avec d'autres, elle essaye d'aider les autres. Mais tu ne sais jamais où se situe la frontière entre je vais aider et en même temps je manipule. Ici de nouveau à l'hôpital, c'était de nouveau, pratiquement au bord de la rupture parce qu'elle planquait ses médicaments, elle a fait rentrer de nouveau de l'alcool dans le service. C'est vraiment ce côté psy avec une personnalité extrêmement ambivalente. Un peu comme un ado qui est en recherche d'autonomie et qui en même temps a besoin d'affection et qui finalement est bouffant, se bouffe lui-même, se contrôle et ne se contrôle plus. C'est un peu une personnalité anorexie, boulimie, quoi. Je prends plus rien, je me contrôle. Et puis en gros, c'est la boulimie, aussi bien boulimie, nourriture, alcool que la boulimie affective ou l'anorexie affective.

J'ai besoin de cette affection de tout le monde. Et puis, à un moment, quand il y a peut-être trop d'investissement de tout le monde, j'envoie tout le monde balader et c'est bon comme ça.

THÈME 3 : QUESTIONS CONCERNANT LE DÉPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC DE L'ANOREXIE MENTALE :

9. Quels éléments vous ont mis sur la piste, de vous permettre de faire le diagnostic ? Est-ce souvent les mêmes ? Est-ce l'entourage ou le patient lui-même ?

Ici clairement c'était le changement d'apparence. Parce que rapidement, en fait, elle a fondu assez rapidement et donc dans les prises de sang tu doses les protéines, l'albumine, tu vois tout ça qui commence à chuter. Quelque part avant, il y avait aussi une personnalité, à la base, il y avait déjà des problèmes au niveau scolaire, avec du décrochage, parce que ça s'est développé vers 15-16 ans. Mais donc avec quelqu'un qui n'allait plus à l'école. Et donc c'était

vraiment c'était un tout quoi. Mais quelque part pas qu'on le voyait venir mais tu vois t'as le décrochage scolaire, les problèmes dépressifs avec rapidement tu vois une perte de poids. Est-ce qu'elle a dit rapidement « je ne mange plus » je pense qu'elle l'a pas dit tout de suite. Elle était dans le déni parce que je pense qu'à un moment ça a été plutôt par les prises de sang et les troubles ioniques qu'on a dit qu'elle se faisait vomir. Il faut mettre les pieds dans le plat parce que sinon...

10. Quelles sont les barrières au diagnostic ? Et les facilitants ?

Quelque part, la barrière c'est que souvent les personnes sont dans le déni, mais en même temps, s'en rendent bien compte. De nouveau, je pense que comme ce sont souvent des personnes qui sont dans le contrôle, si tu leur amènes des chiffres et si tu leur dis « mais regarde ta prise de sang, il y a un problème, tu vois ? Tes protéines qui chutent, t'as plus d'albumine etc. Regarde ton poids, t'es en train de descendre. Mais par contre, c'est comme l'alcoolique, arriver à lui faire dire « je suis anorexique ». C'est comme l'alcoolique lui fait dire « je suis alcoolique », ça c'est difficile parce qu'au départ, c'est pas les mettre devant le fait accompli, mais à un moment, c'est pas de les mettre au pied du mur, mais à un moment, il faut faire comprendre. Il faut maintenir la relation de confiance, donc c'est pas des gens qu'il faut acculer, il faut pas les brusquer. C'est plutôt au fur et à mesure des consultations de dire « mais tu ne penses pas qu'il y peut-être un problème de ce côté-là ? ». Je pense que c'est le facilitant. C'est plutôt, je pense que c'est plutôt le diagnostic qu'on se fait nous et qu'il faut amener progressivement à faire accepter entre guillemets aux patients en disant qu'il y a une accumulation de signes qui font dire que et progressivement l'amener sur cette voie-là en lui disant il y a quand même un problème. Mais en même temps, je pense que comme ce sont des gens qui sont dans le contrôle, s'il y a un diagnostic, qu'il y a quelque chose auquel ils se raccrochent quelque part., Souvent c'est des jeunes filles, qui ont été lire, elles le savent bien. Donc quelque part, je ne pense pas que c'est un diagnostic entre guillemets difficile à admettre dans le sens que si tu arrives à un moment à leur dire, il y a un problème, il y a de l'anorexie. Quelque part, de nouveau, c'est une manière de dire mais « oui, je contrôle mon corps ». Par contre, c'est difficile de les en faire sortir. Mais je ne pense pas que c'est un diagnostic que les personnes n'ont pas envie d'entendre. Mais une fois que tu arrives à les faire sortir du déni, elles savent bien qu'elles se font vomir. Donc au début, c'est peut-être difficile parce qu'il y a un certain déni. Mais une fois que tu arrives à franchir le cap, je pense que quelque part, elles le savent et c'est aussi un diagnostic auquel elles s'accrochent.

11. Retrouvez-vous des comorbidités chez ces patients ? Lesquelles ?

Il y a l'alcool et tous les problèmes psychologiques et toutes les comorbidités qui vont être liées à l'amaigrissement. Parce que oui tu vas avoir l'ostéoporose, des carences, des problèmes gastro à force de se faire vomir, des lésions œsophagiennes.

12. Connaissez-vous le questionnaire SCOFF ? Si oui, l'utilisez-vous ? Si non, seriez-vous favorable à l'emploi de ce questionnaire lors de vos consultations ?

Non. C'est des questions que je n'ai jamais systématisé mais c'est des questions qu'on pose quoi. Mais que je n'ai jamais systématisé, quoi. Ça permet de systématiser l'histoire, ça c'est sûr. Et alors, les apports alimentaires aussi. Parce que là, une fois que tu commences à parler alimentation, t'as droit à tout l'historique de tout ce qu'ils ont mangé. C'est là que tu te rends compte qu'ils mangent rien. Une fois que le lien est fait, tout ça, tu n'as même pas besoin de demander. De nouveau, elles sont dans le contrôle, elle sait te raconter tout ce qu'elle a mangé, ils ont pratiquement un carnet.

13. Pensez-vous au diagnostic d'anorexie mentale lors d'une consultation classique ?

J'en ai pas eu beaucoup, mais c'est parfois des trucs où on pose un peu les questions. De fait, quand tu vois des gens qui sont en déclin psy, des consultations psy. Moi de toute façon quand j'ai des suivis comme ça pour des patients en burn-out ou stress ou quoi, c'est de toujours bien garder dans la consultation un moment d'examen physique avec un suivi en disant au moins on est sûr de ne pas passer à côté de quelque chose. Donc c'est rare que je ne fasse que de l'entretien, il y a toujours un côté physique qui passe. En disant au moins, on est sûr de ne pas passer à côté d'autre chose.

THÈME 4 : CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE L'ANOREXIE MENTALE :

14. Avez-vous une prise en charge différente avec ces patients ? Si oui, que changez-vous par rapport à vos autres consultations ?

On prend un peu plus de temps. Surveiller plus tout ce qui est paramètres. Le poids et en même temps faut pas trop se focaliser dessus parce que c'est à double tranchant. En tout cas ça dépend de la fréquence à laquelle on voit le patient. Si c'est un patient qu'on voit très souvent, faut pas prendre systématiquement le poids parce que sinon ils vont encore plus se focaliser. Et en biologie, aussi de manière plus rapprochée pour quand même suivre. C'est quand même des gens qu'on est amené à suivre régulièrement, pratiquement tous les mois. Et alors à ce moment-là ça dépend un petit peu des paramètres mais clairement une biologie pratiquement tous les trois mois. Ça dépend un peu.

15. Comment prenez-vous en charge l'anorexie mentale ? Réalisez-vous- des bilans ?

La patiente, ici, que je suis, quelque part, le suivi est biaisé parce qu'il y a tout le suivi par rapport à son alcool et le suivi de sa cirrhose donc c'est pas un suivi d'anorexique classique quoi. Par contre, l'autre personne qui est un peu borderline, elle vient quand ça ne va plus du tout. Et elle n'est pas compliant dans son suivi parce qu'elle est « ça va aller, ça va aller, je vais m'en sortir », elle arrive quand c'est catastrophique donc c'est plus difficile.

16. Connaissiez-vous les traitements recommandés par les guidelines pour l'anorexie mentale ?

Je dois avouer qu'ici avec elle je m'étais reposé sur la collaboration avec l'hôpital. Donc non je ne les connais pas plus que ça.

17. Que pensez-vous du rôle du généraliste dans la prise en charge de l'anorexie mentale ? (ressort du médecin généraliste ou plutôt du psychiatre ?) Référez-vous ? Si oui, où ? vers qui ? Connaissiez-vous des centres de référence ? des spécialistes de référence ? des sites internet ?

Moi je pense, de mon expérience, qu'il faut vraiment travailler en collaboration avec le psy mais c'est à la fois psy et internistique. Il faut vraiment travailler sur les deux tableaux. Donc si je devais avoir un nouveau cas, je recommanderais la prise en charge chez nous oui, pour du suivi, pour de l'aide, du soutien, peut-être du suivi biologique, pour des conseils par rapport à la renutrition etc. En tout cas je pense qu'on n'est pas assez formé. Je pense que le problème, je ne me sens pas suffisamment armé que pour faire un suivi comme ça tout seul. Le centre « Trampoline » c'est le centre de réinsertion pour les personnes toxicomanes. Et en fait, un moment tu cherches de tout côté. Elle était suivie au GHdC et à Mont-Godinne. Parce qu'il n'y a pas beaucoup de centres de long séjour. Elle était longtemps en liste d'attente à La Ramée. Aussi dans ce cadre d'anorexie et d'alcool, il fallait trouver un centre de jour de soutien. Et en fait, Trampoline c'est un centre d'accueil pour les toxicomanes qui sont sevrés, un centre de réinsertion. Et en fait je ne savais pas mais c'est un centre de jour pour adulte. C'est ça le problème, c'est qu'il n'y a pratiquement rien. Ici il fallait trouver le psychothérapeute qui lui convient. Il y en a peut-être qui sont plus spécialisés que d'autres mais ce sont des personnalités tellement complexes que je pense si tu trouves un psychothérapeute avec qui ça colle bien. Au niveau internistique il faut des gens qui s'y connaissent. Je pense qu'au niveau psy, sans doute aussi, mais je pense c'est dans la relation aussi que ça se joue.

Concernant les sites internet je t'avoue que j'ai pas cherché.

THÈME 5 : A PROPOS DU SUIVI DU PATIENT ANOREXIQUE :

18. Quels sont les motifs de consultation et qu'est ce qui revient le plus fréquemment ?
Avez-vous observé des spécificités quant aux motifs de consultations ?

La fatigue et autre c'est plutôt ce qui met la puce à l'oreille. Ce que tu as aussi souvent c'est des parents, parce que tu as souvent des jeunes avec un certain repli sur soi. Soit ce sont des parents qui s'inquiètent pour leur enfant.

Nous on a la puce à l'oreille mais c'est vrai que le motif de consultation c'est les parents qui viennent en demandant ce qu'il se passe avec leur enfant. Parce que c'est vrai que les jeunes on les voit soit parce qu'ils sont malades ils ont un rhume ou quoi soit parce qu'il y a un problème récurrent qui vient.

C'est jamais chez moi j'ai l'impression qu'ils viennent pour faire régime ou quoi. Mais bon ça pourrait arriver.

19. Quelles sont les attentes du patient anorexique ?

De nouveau, je pense que c'est plutôt dans. Le problème c'est qu'elles ont au départ pour elles il n'y a pas de problème. De nouveau, dans l'attente de surveiller le poids. Le problème pour elles, c'est qu'elles sont toujours trop grosses. Soit le diagnostic est fait et c'est plutôt des conseils alimentaires. Elle venait avec sa tartine de tout ce qu'elle mangeait. Parce qu'indirectement, elles viennent dans la validation de ce qui est mangé pour que tu dises qu'elle peut manger ainsi. De nouveau, dans le contrôle. Si tu as une validation médicale c'est plutôt ça je pense.

20. Comment vous sentez-vous face à un patient anorexique ? (solitude, mal-être,...)

Pas suffisamment armé. Ce sont des gens qui sont bouffants, c'est prenant quoi. Ça pompe énormément d'énergie. Parce qu'il y a la fois toute la prise en charge psychologique et puis après ils t'embarquent dans toute cette validation alimentaire etc. Parce que quelque part pour eux, ils veulent s'en sortir. C'est pas toujours évident pour eux d'accepter l'aide. Ils veulent parfois une validation « vous voyez que je suis bien et que je fais ce qu'il faut ».

THÈME 6 : OUTILS D'AIDE À LA CONSULTATION

21. Qu'est-ce qui vous aiderait à vous sentir plus à l'aise pour ce type de motif de consultation ? Que pensez-vous avoir besoin comme ressources pour améliorer votre prise en charge ?

Moi je pense que déjà ne fut-ce que niveau internistique un Dodeca sur les red flags, le syndrome de renutrition, comment est-ce qu'on gère, les carences, les troubles ioniques etc. Ce qui manque aussi c'est des centres d'accueil pour ces gens quand il y a besoin. Ils sont hospitalisés 2 semaines, 3 semaines puis après ils retournent dans la nature. Il faut les accompagner à ce moment-là et c'est pas facile. Ça manque quand même de structure d'accueil. Avoir plus un réseau parce que les envoyer vers l'interniste et le gastro, ça manque quelque part d'un interniste général, parce que c'est tellement complet, la gastro, les troubles de métabolisme, l'ostéoporose, les carences, ceci et cela. Quelque part oui, ça manque. Tu sais avoir une prise en charge multidisciplinaire mais il n'y a pas beaucoup de centre. Comme toutes ces pathologies-là, quand le patient arrive il faut qu'il soit pris en charge le lendemain. Et l'entourage aussi. Ça aussi ça manque un soutien de l'entourage. Je pense que l'entourage aussi ils savent pas toujours non plus comment se positionner.

THÈME 7 : PISTES D'ACTION

22. Avez-vous des idées de pistes d'action pour vaincre les obstacles auxquels font face les médecins généralistes avec la prise en charge de l'anorexie mentale ? (des collaborations généraliste-spécialiste/généraliste-centre ?)

Je pense que ce qu'il faut c'est une fiche. Il y en a beaucoup on passe à côté. Il y a sans doute des points d'alerte auxquels on devrait être plus sensibles avant. Il y en a beaucoup qui passent sous les radars pendant un certain temps et quand on les repère ils sont déjà loin dans la pathologie. Ce qui est important aussi, l'expérience que j'ai ici, un moment l'entourage ne sait plus quoi faire, ils ont vraiment le sentiment que leur enfant est en train de se suicider à petit feu et ils ne savent plus quoi faire pour aider leur enfant. Trouver du soutien pour l'entourage et des centres multidisciplinaires. Je pense qu'au niveau médecine générale c'est plutôt de faire une fiche avec les points d'appel et alors quand on suit, à quoi est ce qu'il faut être attentif et les red flags. À partir de quand, etc. Quand tu vois des protéines qui diminuent et diminuent tu sais pas quoi faire.

7.9. Annexe 9- Retranscriptions des entretiens

7.9.1. Retranscription entretien MG1

QUESTIONS GÉNÉRALES ET ÉPIDÉMIOLOGIE :

J'ai 30 ans, ça fait donc 6 ans que je travaille en tant que médecin généraliste. Je travaille actuellement dans une maison médicale avec des kinés, des infirmiers, un dentiste, 7 autres médecins patrons et 5 assistants.

THÈME 1 : QUESTIONS RELATIVES AUX CONNAISSANCES DES MÉDECINS SUR L'ANOREXIE MENTALE :

1. Pour vous l'anorexie mentale qu'est-ce que c'est ? Savez-vous me citer quelques symptômes ?

J'ai pas connaissance de la définition exacte mais pour moi il s'agit d'une restriction volontaire d'alimentation qui peut se coupler à de la boulimie où l'on retrouve alors des crises d'hyperphagie avec vomissements. Je pense que la majorité des anorexiques c'est un mixte entre les deux. Mais l'anorexie mentale c'est vraiment une restriction alimentaire volontaire.

Concernant les signes, on peut retrouver une aménorrhée au bout de trois mois de restriction alimentaire si mes souvenirs sont bons, un BMI qui diminue, des troubles dépressifs associés, un contexte familial compliqué associé, des érosions au niveau des mains, un duvet protecteur et je pense que c'est tout ce que je sais.

Ah, il y a également 3 différents types d'évolution de la maladie je pense. Soit une chronicisation avec de multiples rechutes, soit une guérison, soit une issue fatale.

2. Avez-vous déjà lu des recommandations ?

3. Avez-vous déjà suivi des formations à ce sujet ? Quelles ressources utilisez-vous (conférence, e-learning, glem, dodeca) ?

Non j'ai jamais lu de recommandations ou de littérature à ce sujet. J'ai eu qu'un seul cours à ce propos là à l'université. Et je trouve que c'est très dommage parce que c'est une pathologie en pratique hyper compliquée à suivre en tant que médecin traitant.

Souvent, si je dois chercher des informations je recherche sur des sites spécifiques, dans la Revue Prescrire ou bien dans des livres de références. Mais pour mes patients anorexiques je n'ai fait aucune recherche ne sachant pas où chercher.

4. Pensez-vous que c'est important en tant que médecin généraliste d'en connaître certaines notions, d'y être formé ?

Oui, je pense que c'est clairement très important. En 4 ans j'ai déjà eu 3 cas. Je pense qu'en tant que médecin généraliste on en croise d'office dans sa carrière. Le plus difficile, c'est de coordonner les soins avec le psychiatre, le centre de référence, le psychologue et la famille. On est pas du tout formé à gérer ce genre de situation au cours de notre cursus universitaire. Et ce, pour toutes les maladies psychologiques. On n'est pas formé aux thérapies, à tout ce qui se trouve à côté du médicament, à quoi faire quand. On n'est pas au courant des aides, des encadrements disponibles pour les patients anorexiques. Ça me paraît intéressant d'abord de

voir comment traiter cela du mieux possible et surtout d'avoir un carnet d'adresses avec des noms de spécialistes vers qui on peut référer les patients.

THÈME 2 : QUESTIONS CONCERNANT L'EXPÉRIENCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

5. Avez-vous déjà été amené à prendre en charge ou à suivre des patients anorexiques ? Si oui, combien (approximativement) ? Hommes/femmes ?

Alors comme dit tout à l'heure, j'ai déjà pris 3 patients anorexiques en charge, uniquement des femmes. Deux jeunes adolescentes et une femme de 40 ans environ.

6. Pouvez-vous me donner un exemple qui vous a marqué ?

La toute première fois que j'ai vu la 3^{ème} patiente anorexique, elle venait pour une demande d'hospitalisation parce qu'elle avait perdu énormément de poids. Elle était en restriction alimentaire totale, elle vomissait pas. Elle présentait une phobie des douleurs abdominales et des indigestions et donc elle ne mangeait plus rien. Elle avait un contexte familial très compliqué avec un mari qui lui, à l'opposé, présentait une obésité morbide. C'était compliqué parce que je savais pas comment gérer la situation. J'avais contacté le centre « Le Domaine » pour avoir un avis psychiatrique spécialisé dans l'anorexie pour savoir quoi faire et où orienter la patiente. Je n'ai jamais eu de psychiatre au bout du fil. Je passais tout le temps par les secrétaires qui ne faisaient que me répéter qu'il y avait des énormes listes d'attente. Du coup, je me suis sentie très seule. Je l'ai envoyé à deux reprises aux urgences mais les deux fois elle était renvoyée à son domicile sans avoir été vue par un psychiatre. Un moment, j'ai commencé à m'inquiéter sérieusement vu qu'elle n'ingérait plus rien ! J'avais peur qu'elle décède vu son BMI à 14. En plus, elle avait de gros problèmes psychologiques car elle se mutilait, donc c'était très compliqué à gérer. Je pense que je n'ai pas su l'aider comme il fallait. Aux dernières nouvelles elle a été hospitalisée au « Domaine » mais en est ressortie avec seulement une panoplie de médicaments et aucun rapport et sans avoir pris de poids. Honnêtement j'avais vraiment désespéré au moment où j'avais suivi cette jeune-là. Je trouve que c'est scandaleux de faire sortir quelqu'un d'hospitalisation entre guillemets et de les laisser sortir sans rien. Là elle était venue en mode « prescrivez moi la liste » parce qu'ils avaient même pas prescrit en sortant. Et elle était restée 2-3 semaines même pas. Elle avait pris un kilo.

Toutes les anorexiques que j'ai suivies, j'ai toujours eu du mal en fait. Dans le suivi surtout.

7. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez quand vous traitez un patient anorexique ?

C'est qu'il y a un gros manque de communication entre les différents soignants. Je reprends l'exemple de ma dernière patiente. Elle est sortie d'une hospitalisation de plusieurs semaines au « Domaine » juste avec une fiche de traitement. Il n'y avait pas une lettre résumant l'hospitalisation, pas un mot du psychiatre expliquant comment la suite du traitement va se dérouler. J'ai trouvé ça scandaleux.

J'ai envoyé une patiente dans un service d'urgences psychiatriques où un psychiatre est de garde. Je sais qu'il y a ce genre de services dans plusieurs hôpitaux. Mais les fois où j'ai envoyé aux urgences aucun avis psychiatrique n'a été demandé. C'est très frustrant.

THÈME 3 : QUESTIONS CONCERNANT LE DÉPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC DE L'ANOREXIE MENTALE :

8. Quels éléments vous ont mis sur la piste, de vous permettre de faire le diagnostic ? Est-ce souvent les mêmes ? Est-ce l'entourage ou le patient lui-même ?

Sur les trois patientes que j'ai suivies, deux sont venues de leur plein gré en m'expliquant qu'elles perdaient du poids et l'appétit. Pour l'autre, c'est la maman qui l'a emmenée en consultation parce qu'elle était inquiète de voir sa fille perdre de poids et ne plus manger grand-chose. C'est vrai que je n'ai jamais dû faire d'efforts pour faire le diagnostic puisqu'elles sont toutes venues avec leur diagnostic : troubles de l'humeur, perte de poids. L'une d'entre elles avait déjà été suivie pour de l'anorexie et elle rechutait quand elle est venue me voir.

9. Quelles sont les barrières au diagnostic ? Et les facilitants ?

Ce qui facilite le diagnostic c'est l'entourage ou la patiente elle-même qui rapporte les symptômes de perte de poids.

Je suis à l'aise avec les adolescents, j'adore discuter avec eux. Autant il y a pleins de sujets que je n'ose pas aborder en consultations, autant l'anorexie je n'ai pas de problème à en parler. Peut-être pas d'emblée à la première consultation et de but en blanc mais si le patient vient de manière régulière avec des motifs de consultations différents j'aborderai le sujet. Je ne laisserai pas mon patient perdre du poids sans rien faire.

Les barrières sont évidemment le manque de connaissances et de formation à ce sujet-là. Parfois, c'est la patiente elle-même qui est un frein au diagnostic parce qu'elle est dans le déni de la maladie.

10. Retrouvez-vous des comorbidités chez ces patients ? Lesquelles ?

Toujours des contextes familiaux très compliqués. Des rapports conflictuels ou fusionnels avec les parents, souvent la maman d'ailleurs.

11. Connaissez-vous le questionnaire SCOFF ? Si oui, l'utilisez-vous ? Si non, seriez-vous favorable à l'emploi de ce questionnaire lors de vos consultations ?

Non pas du tout. Pourquoi pas, s'il est facile d'utilisation.

(Lecture du questionnaire par le médecin)

Les questions sont assez directes. Je ne pense pas que je les poserai formulées de la manière dont elles sont écrites mais je pourrai effectivement, à l'avenir, interroger les patients grâce à ce questionnaire.

12. Pensez-vous au diagnostic d'anorexie mentale lors d'une consultation classique ?

Ça dépend de la physionomie de la personne. Si par exemple, elle a un BMI à 16 alors oui. Par contre, si elle est plutôt en surpoids alors non.

THÈME 4 : CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE L'ANOREXIE MENTALE :

13. Avez-vous une prise en charge différente avec ces patients ? Si oui, que changez-vous par rapport à vos autres consultations ?

Oui parce que les patients qui n'ont visuellement pas l'air d'avoir des problèmes de poids je ne vais pas les peser. Ceux qui me semblent anorexiques je ne vais pas les peser d'emblée mais je vais aborder le sujet de l'alimentation. J'essayerai de mettre en place un suivi d'abord. J'éviterai de lui mettre la pression, je créerai un lien thérapeutique, que la patiente se sente en confiance. Ensuite, je montre que j'ai remarqué qu'il y avait un problème avec l'alimentation.

14. Comment prenez-vous en charge l'anorexie mentale ? Réalisez-vous- des bilans ?

Oui j'ai fait des prises de sang mais j'avoue ne pas savoir ce qu'il faut demander spécifiquement pour une patiente anorexique. Je demandais un cofo, une fonction rénale, une préalbumine pour voir si elle est dénutrie, un ionogramme. La prise de sang je la fais surtout pour savoir si la patiente n'a pas de carence ou une autre raison pour laquelle la patiente perd du poids, pour faire un diagnostic différentiel. L'ECG je n'en ai pas fait car je n'avais pas de troubles du rythme à la consultation.

Ayant jamais lu de guidelines au sujet de l'anorexie mentale, je sais pas ce qui est recommandé comme bilan complémentaire.

15. Connaissiez-vous les traitements recommandés par les guidelines pour l'anorexie mentale ?

Pas du tout. Il y a vraiment un traitement pour l'anorexie mentale ? A part un suivi psychiatrique je veux dire.

16. Que pensez-vous du rôle du généraliste dans la prise en charge de l'anorexie mentale ? (ressort du médecin généraliste ou plutôt du psychiatre ?) Référez-vous ? Si oui, où ? vers qui ? Connaissiez-vous des centres de référence ? des spécialistes de référence ? des sites internet ?

Je pense que ça doit vraiment être un travail d'équipe. Pas un médecin en particulier. Je pense que pour le diagnostic et la gestion des facteurs de risque le médecin généraliste occupe un rôle important. Tout comme pour le suivi d'ailleurs. Mais, un suivi en parallèle par un psychiatre me semble important.

Pour moi, le lien thérapeutique entre le patient et le médecin généraliste est très important. Il faut que le patient sache qu'il peut compter sur nous et nous parler.

Il faut avoir un psychologue, un psychiatre mais surtout un médecin généraliste qui coordonne le tout et contacter le psychiatre s'il y a une rechute.

Je connais le centre du « Domaine » et de « La Ramée ». Mais je ne connais pas de spécialistes ni de sites internet.

THÈME 5 : A PROPOS DU SUIVI DU PATIENT ANOREXIQUE :

17. Quels sont les motifs de consultation et qu'est ce qui revient le plus fréquemment ? Avez-vous observé des spécificités quant aux motifs de consultations ?

Perte de poids et inappétence.

18. Quelles sont les attentes du patient anorexique ?

Je pense que c'était d'aller mieux, d'être soignée. Une qui est venue parce qu'elle voulait être hospitalisée. Je pense que pour la plupart c'est d'être écoutée et d'avoir un schéma pour les aider par la suite. Je ne leur ai pas demandé clairement quelles étaient leurs attentes à vrai dire.

19. Comment vous sentez-vous face à un patient anorexique ? (solitude, mal-être,...)

Je ne me sens pas à l'aise avec un patient anorexique. J'aimerais vraiment avoir une formation et surtout avoir connaissances des réseaux spécialisés dans l'anorexie. Je me sens seule au final car quand je cherche à joindre un spécialiste pour avoir des réponses à mes questions j'arrive à joindre personne.

THÈME 6 : OUTILS D'AIDE À LA CONSULTATION

20. Qu'est-ce qui vous aiderait à vous sentir plus à l'aise pour ce type de motif de consultation ? Que pensez-vous avoir besoin comme ressources pour améliorer votre prise en charge ?

Avoir une fiche technique claire et concise qui reprendrait un annuaire avec les différents spécialistes et centres à contacter en cas de besoin. Mais également de la théorie comme ce qu'il faut faire comme examens complémentaires, ce qu'il faut rechercher à la prise de sang. Le traitement médicamenteux ou psychothérapeutique me semble essentiel à mentionner également sur cette fiche parce que c'est quelque chose que je ne sais pas.

Des formations comme celles à la SSMG, mais alors pas seulement sur l'anorexie mais aussi abordant les autres pathologies des troubles du comportement alimentaire comme la boulimie. Des formations avec des interventions de psychiatres et psychologues pour nous guider dans la prise en charge.

Des présentations des différentes unités spécialisées dans les troubles alimentaires qu'on peut par la suite joindre en cas de questions. Le mieux serait que ces différentes unités soient présentées par région. Comme ça, on peut rechercher spécifiquement pour la région dans laquelle on travaille.

Avoir une ligne directe avec des psychiatres me semble essentiel pour ne pas se sentir perdue lors de la consultation.

En résumé, une fiche reprenant tous les différents réseaux disponibles en Belgique et avec les numéros de téléphone des lignes directes.

Oui bien sûr, surtout si je retrouve les différents réseaux avec les numéros de téléphone. Si elle est claire et concise et qu'on retrouve les informations facilement dedans alors sans hésiter.

THÈME 7 : PISTES D'ACTION

21. Avez-vous des idées de pistes d'action pour vaincre les obstacles auxquels font face les médecins généralistes avec la prise en charge de l'anorexie mentale? (des collaborations généraliste-spécialiste/généraliste-centre ?)

Je te disais, pourquoi pas faire une formation SSMG. Parce qu'il y a des formations intéressantes mais d'autres moins et je trouve qu'une formation anorexie genre une journée ou demi-journée où tu laisses parler des gens du Domaine fin des gens qui ont l'habitude de travailler là-dedans. Et que ce soit interactif et qui nous rappelle tout ce qu'on pourrait trouver dans une fiche. Parler avec des gens qui le gère de manière quotidienne c'est encore différent. Et moi c'est clairement le genre de formation auquel je m'inscrirais pour mon accréditation et parce que j'ai intérêt pour ce genre de pathologie et ce type de patientèle. Moi je dirais ça, formations et plus de collaboration quoi. Ils sortent du Domaine, il faut un rapport, c'est le minimum. Un rapport, un numéro de téléphone où on peut joindre le psychiatre qui s'est occupé de la patiente, c'est zéro pour l'instant. Honnêtement, t'as pas de rapport par exemple mais c'est quand même un centre de référence, ils sortent et il y a rien. Tu fais comment ? Et puis si il y a un suivi chronique, pouvoir les joindre si il y a une rechute. Je trouve que c'est primordial d'améliorer ce côté-là moi, c'est nul pour l'instant. Les soins psychiatriques pour l'instant c'est nul. Il faudrait un site global belge où on peut cocher « Hainaut » et avoir plus facile de les contacter c'est surtout ça. Communication. Vraiment plus facile à les joindre, à communiquer c'est important.

7.9.2. Retranscription entretien MG2

QUESTIONS GÉNÉRALES ET ÉPIDÉMIOLOGIE :

Je travaille depuis 40 ans avec mon épouse. Ça fait une dizaine d'années que nous avons des assistants qui sont devenus les collaboratrices. Actuellement, on travaille à 9 : 3 collaboratrices et 4 assistantes. Je m'occupe en partie du cercle de médecins généralistes. Je suis pour l'instant à l'Ordre, au Conseil d'Appels et je fais partie du comité consultatif de Care Connect, qui est un logiciel médical pour médecins généralistes.

THÈME 1 : QUESTIONS RELATIVES AUX CONNAISSANCES DES MÉDECINS SUR L'ANOREXIE MENTALE :

1. Pour vous l'anorexie mentale qu'est-ce que c'est ? Savez-vous me citer quelques symptômes ?

C'est une pathologie très compliquée que ce soit pour le diagnostic et surtout pour le traitement. En fait, il y a deux types d'anorexie. Il y a celle où la patiente ne mange pas. En fait, ce n'est pas qu'elle n'a pas faim, mais elle lutte contre sa sensation de faim. Et l'autre, c'est le contraire, elle est boulimique et purgative. Donc, en fait, ils mangent, et prennent des diurétiques ou des purgatifs. Ce sont les deux types d'anorexie. La deuxième est un peu plus compliquée à voir parce qu'elle est plus masquée. Si on arrive avec un BMI à 18, c'est tout de suite, un peu plus facile, entre guillemets, à faire le diagnostic.

2. Avez-vous déjà lu des recommandations ?

Non, pas encore non.

3. Avez-vous déjà suivi des formations à ce sujet ? Quelles ressources utilisez-vous (conférence, e-learning, glem, dodeca) ?

Bientôt. Je me suis inscrit à une formation justement.

4. Pensez-vous que c'est important en tant que médecin généraliste d'en connaître certaines notions, d'y être formé ?

Oui, je pense qu'en tant que médecin généraliste il est important de connaître certaines notions de l'anorexie mentale et d'y être formé. Au moins au diagnostic. Parce qu'après, le traitement, c'est pluridisciplinaire, évidemment. Si on ne fait que chez le médecin généraliste, ça ne marchera pas. Peut-être qu'on passe à côté. Surtout les boulimiques et purgatif, donc ceux qui mangent, mais qui se font vomir et/ou qui prennent des diurétiques ou des laxatifs. Là, c'est un peu plus compliqué à diagnostiquer.

THÈME 2 : QUESTIONS CONCERNANT L'EXPÉRIENCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

5. Avez-vous déjà été amené à prendre en charge ou à suivre des patients anorexiques ? Si oui, combien (approximativement) ? Hommes/femmes ?

Oui, deux et toutes deux des femmes. Une adolescente et une adulte.

6. Pensez-vous qu'il y a une différence entre les médecins homme et femme ?

Ah c'est une bonne question pour laquelle je n'ai pas de réponse. C'est vrai que pour les deux cas j'ai eu du mal à rentrer dans les consultations. Il y a le point de vue personnel aussi, le vécu personnel et puis c'est une pathologie hyper compliquée. Et peut-être qu'inconsciemment on ne les voit pas les patients anorexiques. Est-ce qu'on est toujours attentif ? Est-ce qu'on veut entendre ce que la patiente dit avec son corps ?

7. Pouvez-vous me donner un exemple qui vous a marqué ?

C'est une jeune adolescente amenée par sa maman qui s'inquiète parce que sa fille perd du poids et ne mange presque plus. Il y a un contexte compliqué avec son frère de ce que j'ai compris par la suite. Et pour la maman il fallait trouver une solution somatique et non pas psychologique. J'ai peut-être été un peu trop brusque en posant des questions sur des problèmes familiaux. Une fois que j'ai embrayé sur ce sujet-là, la mère s'est brusquée et n'est plus jamais venue en consultation chez moi mais chez une collègue. Maintenant, je sais qu'elle a été hospitalisée en psychiatrie à Erasme. J'ai peut-être été trop intrusif. Mais tout était cadenassé, la petite famille parfaite sans problèmes. On cache tout mais il y a des souffrances.

8. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez quand vous traitez un patient anorexique ?

C'est un peu comme dans l'alcool, le déni de la patiente par rapport à son état de santé. Et puis l'environnement familial, qui n'accepte pas la maladie de la patiente. Faire accepter la pathologie c'est très dur. Comment faire comprendre sans brusquer. Trouver la cause, on sait qu'il y a quelque chose en dessous, mais quoi ?

THÈME 3 : QUESTIONS CONCERNANT LE DÉPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC DE L'ANOREXIE MENTALE :

9. Quels éléments vous ont mis sur la piste, de vous permettre de faire le diagnostic ? Est-ce souvent les mêmes ? Est-ce l'entourage ou le patient lui-même ?

Dans une des deux situations c'est la maman qui a mis sur la piste en emmenant sa fille en consultation parce qu'elle s'inquiétait de ne plus la voir manger correctement et perdre du poids. Dans l'autre cas, c'est le compagnon de la dame qui l'a emmenée pour les mêmes inquiétudes.

10. Quelles sont les barrières au diagnostic ? Et les facilitateurs ?

Le déni, c'est assez difficile. Quand on parle d'une pathologie somatique j'ai l'impression que c'est plus facile à accepter qu'une pathologie psy.

En plus, il y a la difficulté à joindre un psychiatre, à faire hospitaliser.

Dans le cas d'anorexie boulimique avec prise de laxatifs c'est beaucoup plus compliqué à diagnostiquer. Je me rappelle d'une dame qui était obèse et qui m'a dit qu'elle n'allait pas bien et qu'elle prenait un truc pour éliminer les calories. La « maigrelette » c'est facile à diagnostiquer mais la dame, boulimique et qui prend des diurétiques, c'est beaucoup plus compliqué. Sauf si de nouveau, la famille vient dire qu'il y a quelque chose qui ne va pas.

11. Retrouvez-vous des comorbidités chez ces patients ? Lesquelles ?

Des états dépressifs et un contexte familial compliqué.

12. Connaissez-vous le questionnaire SCOFF ? Si oui, l'utilisez-vous ? Si non, seriez-vous favorable à l'emploi de ce questionnaire lors de vos consultations ?

Pas du tout.

(Lecture du questionnaire)

La question 4 est très intéressante. Oui je pense que je l'utiliserais.

Mais bon si en médecine générale on a besoin d'un questionnaire de diagnostic pour chaque pathologie on ne va pas s'en sortir. Tu sais plus où tu l'as mis dans ton ordi et tu dois le retrouver.

13. Pensez-vous au diagnostic d'anorexie mentale lors d'une consultation classique ?

Non. J'ai déjà été surpris par des patients qui me disent qu'ils sont des anciens anorexiques mais on ne dirait pas. On doit passer à côté de beaucoup de patients anorexiques à mon avis.

Si tu cherches uniquement des thyroïdes tu vas trouver des trucs. Mais que si tu n'es pas sensibilisé à la pathologie tu vas passer à côté. Et peut-être qu'on n'entend pas non plus toujours le patient.

THÈME 4 : CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE L'ANOREXIE MENTALE :

14. Avez-vous une prise en charge différente avec ces patients ? Si oui, que changez-vous par rapport à vos autres consultations ?

Oui parce que déjà je vais suivre de plus près les paramètres comme le poids et la taille.

15. Comment prenez-vous en charge l'anorexie mentale ? Réalisez-vous- des bilans ?

D'abord exclure les autres pathologies pouvant être la cause d'une perte de poids en demandant une prise de sang complète avec ionogramme, cofo, vitamines, cortisol, fonction rénale, thyroïde.

Toujours commencer, pour tout ce qui est psy, les gens ne viennent pas pour ça, donc d'abord exclure le reste pour leur montrer que ce n'est pas la thyroïde et que vu que tout revient normal peut être que c'est psy. Ça permet d'engager sur le sujet psy qui sera plus accepté vu que la prise de sang est normale. La patiente sera peut-être plus d'accord de voir un psychologue.

16. Connaissez-vous les traitements recommandés par les guidelines pour l'anorexie mentale ?

Non, non.

17. Que pensez-vous du rôle du généraliste dans la prise en charge de l'anorexie mentale ? (ressort du médecin généraliste ou plutôt du psychiatre ?) Référez-vous ? Si oui, où ? vers qui ? Connaissez-vous des centres de référence ? des spécialistes de référence ? des sites internet ?

La prise en charge est multidisciplinaire. Tout seul c'est impossible. D'abord on fait un bilan somatique. Et si y a rien alors on appelle le psy avec l'accord de la patiente. Soigner seul une anorexie mentale c'est pas possible.

Comme ça non je ne connais pas de centre de référence. Je sais qu'il y en a pas beaucoup. Mais je peux appeler un psychiatre pour lui demander qui il connaît qui est spécialisé dans l'anorexie. Il faut prendre son téléphone évidemment. Pas demander au patient de contacter lui-même un psychiatre. Il faut diriger le suivi.

THÈME 5 : A PROPOS DU SUIVI DU PATIENT ANOREXIQUE :

18. Quels sont les motifs de consultation et qu'est ce qui revient le plus fréquemment ? Avez-vous observé des spécificités quant aux motifs de consultations ?

19. Quelles sont les attentes du patient anorexique ?

Les patients attendent un truc magique. Et que ça ne va pas comme ça. Une attente de magie. On n'est pas forcément à son aise avec ce genre de malade.

20. Comment vous sentez-vous face à un patient anorexique ? (solitude, mal-être,...)

Honnêtement, je pense qu'on n'en dépiste pas assez. Que je ne suis pas assez attentif à ce genre de pathologie. Maintenant, est-ce qu'on a envie de les voir en tant que médecin ? C'est une pathologie compliquée. Chacun voit ce qu'il veut bien voir chez le patient. Chacun a son tropisme. On n'a pas eu de formation pour ça comme pour tout ce qui est psy. C'est vrai qu'avoir un petit questionnaire comme tu m'as montré tantôt c'est pas mal.

THÈME 6 : OUTILS D'AIDE À LA CONSULTATION

21. Qu'est-ce qui vous aiderait à vous sentir plus à l'aise pour ce type de motif de consultation ? Que pensez-vous avoir besoin comme ressources pour améliorer votre prise en charge ?

Peut-être avoir les red flags par rapport à ça. Un document qui les reprend, auxquels il faut faire attention.

THÈME 7 : PISTES D'ACTION

22. Avez-vous des idées de pistes d'action pour vaincre les obstacles auxquels font face les médecins généralistes avec la prise en charge de l'anorexie mentale? (des collaborations généraliste-spécialiste/généraliste-centre ?)

Si on veut toucher les médecins généralistes, on les atteint par les dodeca groupes, par les glems. Ils sont obligés d'y participer. Mais bon, les sujets sont choisis par les médecins du groupe, parce que ça les intéressent, donc si le sujet n'est pas choisi... La SSMG propose des sujets envoyés aux responsables de GLEM donc ça pourrait être une piste. Donc plutôt sensibiliser les médecins par des trucs courts et concis, avec une fiche de red flags qui attire notre attention. Pas des formations d'une demi-journée, ça tu peux oublier. Pas envoyer un document par la poste où on va croire que c'est encore une pub et jeter directement à la poubelle.

7.9.3. Retranscription entretien MG3

QUESTIONS GÉNÉRALES ET ÉPIDÉMIOLOGIE :

Ça fait maintenant 7 ans que je travaille, 9 ans avec mon assistanat. Je travaille dans une association de 9 médecins dans un milieu semi-rural. Je fais de la médecine préventive pour l'ONE comme activité complémentaire.

THÈME 1 : QUESTIONS RELATIVES AUX CONNAISSANCES DES MÉDECINS SUR L'ANOREXIE MENTALE :

1. Pour vous l'anorexie mentale qu'est-ce-que c'est ? Savez-vous me citez quelques symptômes ?

En général ce sont des patientes, même si ça peut arriver aux garçons, qui présentent un gros souci au niveau de l'alimentation. Soit, ils arrêtent de manger soit ils mangent mais ils se font vomir derrière. Soit, ils essaient de perdre du poids alors qu'il n'y a pas vraiment de raison valable à ça. En général il y a une cause sous-jacente qu'il faut essayer de déterminer et de soigner.

2. Avez-vous déjà lu des recommandations ?

Pas spécialement non et puis c'est pas facile à trouver.

3. Avez-vous déjà suivi des formations à ce sujet ? Quelles ressources utilisez-vous (conférence, e-learning, glem, dodeca) ?

Non.

En général je regarde plutôt sur Internet et si je ne trouve pas alors j'essaie d'avoir l'avis du psychiatre si j'arrive à en avoir un....

4. Pensez-vous que c'est important en tant que médecin généraliste d'en connaître certaines notions, d'y être formé ?

Oui, parce qu'on est les premiers à pouvoir détecter le problème chez les patientes même si elles ne viennent pas spécialement pour ça on peut essayer de sous-entendre le problème pour qu'elles essaient ensuite de revenir par la suite pour ça. Pour ça évidemment il faudrait pouvoir connaître les signes avant-coureurs ou les choses qu'on devraient remarquer.

THÈME 2 : QUESTIONS CONCERNANT L'EXPÉRIENCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

5. Avez-vous déjà été amené à prendre en charge ou à suivre des patients anorexiques ? Si oui, combien (approximativement) ? Hommes/femmes ?

Je dirais qu'au cours des deux dernières années j'en ai pris en charge 2 dont une qui m'a pris énormément de temps et encore actuellement.

6. Pouvez-vous me donner un exemple qui vous a marqué ?

Donc, c'est une jeune fille de 17 ans qui, au départ, était suivie par un autre médecin et qui avait arrêté de manger. Elle ne se faisait pas vomir. C'était juste qu'elle n'avait plus faim et qu'elle ne voyait pas l'utilité de manger. Et donc, quand elle est venue me trouver, elle avait

déjà perdu énormément de poids. Elle ne savait pas trop pourquoi, d'ailleurs. Le problème, c'est qu'elle refusait de se faire hospitaliser, quoiqu'il en soit. Et qu'elle refusait un peu toute prise en charge à l'hôpital. Donc, il a fallu se débrouiller pour essayer de trouver des intervenants extérieurs, ce qui n'est vraiment pas facile. Elle avait d'ailleurs rencontré plusieurs psychiatres qui l'ont un peu envoyé balader parce qu'ils ne savaient pas quoi faire pour elle. Et pour finir, après quelques mois, j'ai quand même réussi à la convaincre de se faire prendre en charge à l'hôpital. Mais ça s'est très, très mal passé et donc elle s'est retrouvée en observation dans un autre hôpital. Et alors ici, elle est sortie avec son gavage. Ça commence à aller mieux. On a pu lui retirer le gavage, mais malheureusement, elle reperd du poids.

Par rapport au suivi de sa sortie d'hospitalisation, j'avais juste un rapport comme quoi elle avait été hospitalisée pour le problème d'anorexie, qu'ils avaient mis un gavage en route et que le gavage, c'était moi qui décidait quand on le retirait. Qu'elle devait aller voir une psychologue et une diététicienne. La diététicienne ils avaient donné un nom, mais la psychologue pas. Et donc, j'avais juste vu ça comme ça. Il n'y avait pas de rendez-vous avec le psychiatre qu'elle avait vu là-bas. Il n'y avait pas de rendez-vous de suivi là-bas en médecine interne, alors qu'il y avait toujours des problèmes au niveau de l'hémogramme. On m'avait juste dit de contrôler et que dès que ça c'était normalisé, d'arrêter de contrôler.

Maintenant, la diététicienne a dit qu'on pouvait se permettre de retirer le gavage parce qu'elle avait la moitié d'apport de kilocalories par jour par la bouche. Le problème, c'est qu'en retirant le gavage, on n'a pas compensé les kilocalories qu'elle avait par le gavage. Et donc, du coup, ici, petit à petit, on essaye de majorer. J'ai dû lui remettre un Fortimel de nouveau en route, mais elle a déjà perdu 2 kilos, 2,5 kilos depuis qu'on a fait retirer le gavage. Donc je pense qu'on est bientôt sur le point de lui remettre et évidemment elle n'a pas envie.

Elle n'a jamais vu de psychiatre, même pendant l'hospitalisation. En fait, à Tivoli, elle avait vu un psychiatre. C'est d'ailleurs la psychiatre qui l'a colloquée, mais elle s'est retrouvée à Bordet et là-bas non plus elle n'a jamais eu de suivi par psychiatre, c'était un psychologue. Et ici, en extérieur, avec les psychologues, ça fait longtemps qu'elle n'a plus été. Donc ici elle va chez une kinésologue parce qu'elle trouve que ça lui fait plus de bien. Et alors elle continue à voir sa diététicienne aussi, deux fois par mois, plus ou moins.

7. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez quand vous traitez un patient anorexique ?

Déjà, il y a le diagnostic en lui-même, ce qui n'est pas évident à entendre aussi bien pour le patient, pour la famille du patient. Une fois qu'on a fait un peu tous les examens possibles et unimaginables pour exclure d'autres causes. Puis après, il faut convaincre la patiente qu'elle doit être prise en charge parce que c'est en général un blocage lié à la nourriture. Ils ne comprennent pas forcément pourquoi elle doit être prise en charge, surtout qu'en général, tout comme ma patiente, elle se sentait très bien. Donc elle ne voyait pas spécialement pourquoi. Elle était aussi un peu réticente à aller voir les psychiatres et les psychologues. Les diététiciennes, elle voulait bien y aller, mais elle est mal tombée plusieurs fois de suite. Pareil au niveau psychologue, elle est mal tombée aussi, ça ne lui convenait jamais. Et après, c'est au

niveau psychiatre. Le problème, c'est qu'ils n'ont pas tous la formation axée là-dessus. En plus, elle était mineure à l'époque et donc c'est encore plus difficile à trouver.

Donc pour résumé, c'est surtout savoir qui contacter et qui s'y connaît vraiment bien dans cette pathologie et alors comment faire comprendre au patient qu'il est anorexique.

THÈME 3 : QUESTIONS CONCERNANT LE DÉPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC DE L'ANOREXIE MENTALE :

8. Quels éléments vous ont mis sur la piste, de vous permettre de faire le diagnostic ? Est-ce souvent les mêmes ? Est-ce l'entourage ou le patient lui-même ?

Dans les deux cas c'étaient des ados qui sont venues un peu tirées de force par leurs mamans respectives parce que les mamans avaient remarqué qu'il y avait un problème et qu'il fallait résoudre ce problème. Et alors dans les deux cas, il y avait une perte de poids importante. Dans un des deux cas, il y en avait une qui ne mangeait quasi plus rien. Et l'autre, elle avait juste fait très, très attention à ce qu'elle mangeait, elle s'était remise au sport, mais elle réduisait fortement les quantités. Elle n'avait pas assez de protéines ou de kilos calories par jour.

9. Quelles sont les barrières au diagnostic ? Et les facilitateurs ?

Le déni de la patiente et le fait que la maladie soit insidieuse.

Dans les deux cas, c'était bien parce que je poussais et les parents et l'entourage poussaient. Alors que si ç'avait été des patientes, peut-être un peu plus âgées, peut-être plus isolées, ça aurait été compliqué à faire comprendre. L'entourage aide bien j'ai l'impression.

10. Retrouvez-vous des comorbidités chez ces patients ? Lesquelles ?

Non car les deux adolescentes étaient très bien dans leur tête jusqu'à ce moment-là. En tout cas d'un point de vue psychologique non. Et au niveau contexte familial pas spécialement non plus.

C'est vrai qu'il y en a une qui était très sportive mais pas de base. C'était vraiment une adolescente qui avait une alimentation un peu anarchique, on va dire ça comme ça. Mais c'est la famille qui mange comme ça. Et puis du jour au lendemain elle s'est vraiment dit « Non, ça ne va pas, je suis trop grosse, il faut que je maigrisse ». Et donc elle s'est mise à manger des salades. Elle mangeait plus que des salades, plus du tout de féculents. Et donc en fait, elle mangeait plus que des fruits, des légumes très peu caloriques. Et à côté de ça, elle faisait plein de sport. C'est pourquoi, elle a fait plusieurs malaises et tout ce qui s'ensuit. Et donc là, au final, ça a été un petit rééquilibrage alimentaire. Maintenant, elle, elle va très bien. Je le vois encore de temps en temps et ça va.

11. Connaissiez-vous le questionnaire SCOFF ? Si oui, l'utilisez-vous ? Si non, seriez-vous favorable à l'emploi de ce questionnaire lors de vos consultations ?

Non.

Lecture du questionnaire

Oui je serais favorable à son utilisation. C'est vrai qu'il cible un peu tout.

C'est vrai que c'est plus facile dès qu'on soupçonne quelque chose. C'est beaucoup plus facile comme ça on a déjà un peu la valeur prédictive et on sait peut-être aussi appuyer par rapport au patient en lui disant « Ben voilà, c'est quelque chose de spécifique sur l'anorexie, vous êtes à autant de points » et ça peut faire prendre conscience de quelque chose aussi.

12. Pensez-vous au diagnostic d'anorexie mentale lors d'une consultation classique ?

Non, pas spécialement. Pas automatiquement.

Enfin, ça dépend un peu comment je connais la patiente, si c'est une patiente que je vois assez fréquemment. Oui, peut être que j'aborderai, mais si c'est quelqu'un que je ne vois pas souvent, peut-être attendre une ou deux consultations le temps que le lien de confiance se crée. Et puis ça dépendra surtout de son physique.

THÈME 4 : CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE L'ANOREXIE MENTALE :

13. Avez-vous une prise en charge différente avec ces patients ? Si oui, que changez-vous par rapport à vos autres consultations ?

Bah, c'est des consultations qui prennent un peu plus de temps en général. En tout cas, c'est le patient que j'essaie de revoir beaucoup plus fréquemment. Donc, en l'occurrence la fameuse patiente où j'avais eu du mal au départ, je pense que je la voyais quasi toutes les semaines au départ. Maintenant, on est à 2 fois par mois, donc pour essayer, entre guillemets, d'avoir un suivi constant et de savoir rattraper les choses s'il y a de nouveau quelque chose qui dérape. Donc c'est ça, c'est surtout des consultations qui prennent beaucoup plus de temps que des consultations un peu banales.

Au départ, je ne pesais pas automatiquement la patiente puisqu'elle ne mangeait pas beaucoup. C'était pour ne pas la décourager en me disant que bon, vu qu'au tout début, quand elle a recommencé à manger, elle ne prenait pas énormément de poids. A mon avis c'était son corps qui éliminait tout au fur et à mesure et qui stockait et donc elle était un peu découragée. Donc j'ai essayé de la peser en général une fois par mois. Ici, maintenant avec le gavage, c'est passé à deux fois par mois, pour voir un petit peu. Maintenant qu'on a retiré le gavage, que nous voyons une perte de poids, je le repèse à chaque fois que je la vois aussi pour un peu évaluer.

14. Comment prenez-vous en charge l'anorexie mentale ? Réalisez-vous- des bilans ?

En tout cas, la première consultation je fais toujours une prise de sang pour pouvoir évaluer les vitamines, les carences ou autres. Et ici, j'avais aussi fait, c'était une densitométrie osseuse pour voir un peu s'il n'y avait pas eu des répercussions au niveau des cartilages vu que c'étaient des adolescentes et vu que ça faisait déjà un moment que ça traînait chez l'une des deux patientes. Et pour le reste, rien d'autre en général que prise de sang qui sont répétées parce qu'il y avait chez une des deux un gros souci au niveau de l'hémogramme. Ce qui m'a d'ailleurs amené à la faire consulter un hématologue. Mais il n'y avait rien à ce niveau-là. Je voulais quand même m'assurer que ce n'était pas une leucémie. On ne sait jamais.

Le bilan m'a surtout servi du coup à faire le diagnostic différentiel.

Donc en général, j'essaye un peu de les aiguiller au moins vers une diététicienne. Et alors, en attendant, je mets des compléments hyperprotéinés en route pour essayer de caler quand même un peu. J'essaye quand même qu'il y ait une bonne entente dans l'entourage parce qu'évidemment, vu que c'est stressant pour l'entourage, il y a beaucoup de tension. On va dire ça comme ça. Et donc bien expliquer comment l'entourage peut aider, la soutenir. Et que ça ne sert à rien de lui crier dessus si elle ne veut pas manger. Et alors, en général, je remets un rendez-vous donc dans la semaine, soit dans les deux semaines, pour voir un peu si les rendez-vous que j'ai demandé qu'ils prennent sont pris et peut-être déjà été honorés. Et de deux pour voir ne serait-ce que s'il y a déjà une amélioration au niveau alimentation, peut-être même au niveau du poids, on ne sait jamais.

15. Connaissez-vous les traitements recommandés par les guidelines pour l'anorexie mentale ?

Non.

16. Que pensez-vous du rôle du généraliste dans la prise en charge de l'anorexie mentale ? (ressort du médecin généraliste ou plutôt du psychiatre ?) Référez-vous ? Si oui, où ? vers qui ? Connaissez-vous des centres de référence ? des spécialistes de référence ? des sites internet ?

Moi, je pense que ça doit être une association entre les deux. On a peut-être plus un rôle central puisque le patient, sait nous voir plus facilement. Je pense qu'il faut qu'il y ait un suivi psychiatrique à côté, une prise en charge pluridisciplinaire.

Tout dépend à quel stade elle en est. J'avais été voir au tout début que c'était en fonction du BMI. Maintenant, si je dois référer apparemment le meilleur endroit c'est « Le Domaine ». Mais là, les patientes ne voulaient pas y aller non plus donc on est un peu coincé. Je ne connais pas de spécialistes de l'anorexie mentale, pas dans la région où je travaille en tout cas.

THÈME 5 : A PROPOS DU SUIVI DU PATIENT ANOREXIQUE :

17. Quels sont les motifs de consultation et qu'est ce qui revient le plus fréquemment ? Avez-vous observé des spécificités quant aux motifs de consultations ?

Au tout début, il y en a une des deux, donc c'était sa maman qui la prenait avec pour que je lui fasse comprendre qu'elle devait manger et que bon, fallait pas qu'elle se prive, etc. Donc, ça c'était celle chez qui c'était le moins sévère et chez qui ça s'est arrangé assez rapidement. Et de l'autre côté, au tout début, c'est la maman qui a voulu que je fasse un bilan parce qu'elle trouvait que sa fille perdait du poids, parce qu'elle n'avait pas remarqué au départ qu'en fait, elle ne mangeait quasi plus. Et donc, ça a pris des mois à diagnostiquer parce qu'entre temps, il y a eu le Covid, mon congé de maternité, et c'est là qu'elle a été prise en charge par Patrick pendant mon congé de maternité. Puis elle est revenue chez moi et c'est vraiment mon avis au moment du Covid que ça s'est vraiment dégradé avec l'isolement ou je ne sais quoi.

18. Quelles sont les attentes du patient anorexique ?

Voilà, les attentes venaient surtout de la part de l'entourage. Elles ne venaient pas de leur propre-chef les patientes.

L'entourage voulait surtout que je trouve une solution. Que ce soit de la façon de manger, soit de lui donner autre chose pour qu'elle arrête de perdre du poids. Dans l'autre cas, c'était plus essayer de rééquilibrer un peu ses aliments parce qu'en fait, elle mangeait l'autre, mais ne mangeait que des concombres, des tomates, des trucs qui sont très peu caloriques. Elle faisait du sport intensif à côté et elle, d'ailleurs, avait fait un ou deux malaises. Donc c'est comme ça que j'ai réussi à lui faire comprendre qu'il fallait qu'elle mange autre chose en plus, donc ça aidé. Par contre, l'autre n'a jamais fait de malaise et, étonnamment, ça toujours été.

19. Comment vous sentez-vous face à un patient anorexique ? (solitude, mal-être,...)

Je ne savais pas faire grand-chose. Je ne savais pas ce que je devais faire. Et ça parce que moi, je n'y avais jamais été confrontée. Ou en tout cas, pas directement ou pas, à des cas aussi graves. On va dire ça comme ça. Et donc, c'est vrai que j'étais un peu perdue. Je ne savais pas exactement ce que je devais faire, si je devais la référer ou si je devais éventuellement, parce qu'on m'avait parlé de mise en observation mais je trouvais ça un peu brutal et inutile.

THÈME 6 : OUTILS D'AIDE À LA CONSULTATION

20. Qu'est-ce qui vous aiderait à vous sentir plus à l'aise pour ce type de motif de consultation ? Que pensez-vous avoir besoin comme ressources pour améliorer votre prise en charge ?

Peut-être d'avoir des critères assez spécifiques de quand on peut faire ça en ambulatoire ou quand on est obligé de référer à l'hôpital pour le traitement. Savoir un peu vers qui on doit se diriger si c'est directement le psychiatre ou si on peut éventuellement passer d'abord par un psychologue qui s'y connaît avec une diététicienne à côté. Voir un peu au niveau de la prise en charge, on va dire étape par étape. Avoir un document qui reprend étapes par étapes et avec les gens qui s'y connaissent aussi parce que à mon avis c'est pas très courant.

THÈME 7 : PISTES D'ACTION

21. Avez-vous des idées de pistes d'action pour vaincre les obstacles auxquels font face les médecins généralistes avec la prise en charge de l'anorexie mentale? (des collaborations généraliste-spécialiste/généraliste-centre ?)

Déjà faire, je ne sais pas, une espèce de campagne comme ils font pour d'autres choses pour que certaines jeunes filles se rendent compte du problème par elles-mêmes. Peut-être que si elles se rendent compte du problème par elles-mêmes, ce sera déjà plus facile à traiter que quand elles sont dans le déni, qu'elles ne comprennent pas vraiment pourquoi on les ennuie à leur dire qu'il faut manger ça comme ça, à telle heure, etc. Parce que à mon avis ça fait beaucoup plus de dégâts parce que c'est probablement beaucoup plus fréquent que ce qu'on pense vu que les patients sont dans le déni. Même si on aborde la question en consultation, de toute façon, je pense qu'on aura un « non » de la part du patient donc bon ça ne va pas nous avancer des masses et donc ça peut faire beaucoup de dégâts mine de rien, tous les problèmes cardiaques et tout ce qui s'ensuit.

Voir aussi s'il n'y aurait pas un service d'aide à domicile. On va dire ça comme ça, spécifique pour certains problèmes et voir si pour la patiente il n'y a pas moyen pour qu'elle soit beaucoup plus encadrée.

7.9.4. Retranscription entretien MG4

QUESTIONS GÉNÉRALES ET ÉPIDÉMIOLOGIE :

Donc, je suis assistant en 3ème année dans la région de Bastogne, donc une zone rurale, et j'ai 26 ans. Je fais de l'ONE, on va en crèche, on fait les cars ONE. Et je fais aussi du planning familial. C'est déjà pas mal en fait.

THÈME 1 : QUESTIONS RELATIVES AUX CONNAISSANCES DES MÉDECINS SUR L'ANOREXIE MENTALE :

1. Pour vous l'anorexie mentale qu'est-ce-que c'est ? Savez-vous me citez quelques symptômes ?

Ah. Alors déjà pour moi ce sont des personnes qui, de base, sont plutôt maigres, mais pas tout le temps. Je pense que c'est aussi par rapport à leur vision de la nourriture et leur vision de leur corps. Donc voilà, parfois, on peut avoir des gens très maigres qui se trouvent toujours trop gros. Et puis après, on peut avoir des gens qui sont parfois normaux, mais qui voilà, c'est plutôt leur image, leur image corporelle. Moi, je le vois plus comme ça. Et donc symptômes. Ben oui, moi, plutôt un amaigrissement parfois plutôt rapide. Ou des gens qui, finalement, nous disent « Ah oui, j'essaie de prendre du poids, j'essaie de prendre du poids ». Mais en fait, finalement, quand tu creuses un petit peu, ils ne mangent quasi rien sur leurs journées parce qu'ils n'ont pas envie de grossir.

2. Avez-vous déjà lu des recommandations ?

Non.

3. Avez-vous déjà suivi des formations à ce sujet ? Quelles ressources utilisez-vous (conférence, e-learning, glem, dodeca) ?

Pas sur l'anorexie.

Bon, globalement, je m'utilise moi-même, on va dire ça comme ça. Je vois un petit peu en fonction de chaque patient, en fonction des besoins qu'ils ont. Parfois en fait, c'est juste un suivi de patients qu'on récupère globalement. Parfois, on a une aide avec le psychologue, en fait. On essaie de contacter le psychologue qui suit ou pas. Ça dépend. Ici, sur Bastogne, on a une association qui s'appelle Solex et qui, parfois, peut aider aussi avec des assistantes sociales, des médecins, etc. Et donc, du coup, on envoie beaucoup là-bas. Mais ça c'est propre à la province du Luxembourg, donc.

Je ne sais même pas où chercher de la documentation sur l'anorexie je t'avoue. On ne sait pas où trouver les ressources.

4. Pensez-vous que c'est important en tant que médecin généraliste d'en connaître certaines notions, d'y être formé ?

Je pense que c'est intéressant en médecine générale, d'avoir des connaissances un petit peu dans tout. Donc, je pense que si un jour j'ai l'occasion d'avoir une formation, je pense que ça

peut toujours être intéressant parce que c'est vrai qu'on n'en a pas énormément. Mais depuis que je suis ici, j'ai quand même eu 3-4 patients qui ont évoqué le problème, que ce soit par le passé ou que le problème soit toujours présent. Donc oui, c'est toujours intéressant d'avoir des notions.

THÈME 2 : QUESTIONS CONCERNANT L'EXPÉRIENCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

5. Avez-vous déjà été amené à prendre en charge ou à suivre des patients anorexiques ? Si oui, combien (approximativement) ? Hommes/femmes ?

Je dois être à 3 ou 4. Plutôt des femmes. Je pense que déjà de base, qu'on pose seulement beaucoup moins la question chez un homme que chez une femme. Par exemple là comme ça dans mes patients hommes j'ai un peu plus de mal à imaginer qui pourrait avoir un problème de ce côté-là. Enfin, je trouve que c'est plus un problème féminin. Je me trompe sûrement, il y a sûrement beaucoup d'hommes qui doivent avoir un problème. Ici, c'était que des femmes.

6. Pensez-vous qu'il y a une différence entre les médecins homme et femme ?

Je pense que ça peut jouer un petit peu parce que c'est vrai que quand on parle du poids, c'est quelque chose que les gens ont souvent envie de garder pour eux. Donc s'ils se trouvent trop gros et bien déjà, ils vont avoir du mal à en parler et je pense qu'ils auront peut-être plus facile avec une femme qu'avec un homme. Je ne sais pas trop. Je me dis qu'il y a des arguments pour l'un et pour l'autre. Je me dis que parfois, les femmes pourraient se dire « je ne vais pas aller chez une femme parce qu'elle va juger », parce qu'elle va comparer par rapport à son corps, à elle. Ou quelque chose comme ça. Alors que l'homme, il s'en fout globalement peut-être un peu plus. En fait, je ne pense pas que globalement il y ait vraiment un frein par rapport au fait que ce soit un homme ou une femme médecin. Parfois, il y a des arguments pour et contre des deux côtés.

7. Pouvez-vous me donner un exemple qui vous a marqué ?

Ah oui, donc, celle que j'ai suivie le plus longtemps, c'était une patiente de ma maître de stage qui a vraiment un problème avec la nourriture. Je ne connais plus du tout son poids là comme ça. Mais elle devait faire 1.70m. Elle devait approcher des 40 kilos à tout casser. Donc moi quand je l'ai récupérée, elle était déjà sous Mirtazapine pour essayer de lui ouvrir un peu l'appétit. Bon, voilà ça aidait mais je pense que c'était plus psychologique pour elle. Globalement, quand on lui demandait comment elle mangeait, en fait, elle prenait une demi-heure pour manger une tranche de pain parce qu'elle avait vraiment un problème avec la nourriture en elle-même. Et quand on lui demandait comment elle se trouvait clairement, elle se trouvait beaucoup trop grosse, alors que c'était plutôt l'inverse. On l'a suivie pendant quelque temps. Et puis finalement, on a réussi à diminuer la Mirtazapine et à garder un suivi psychologique chez elle. Bon, je crois que maintenant, elle reste à 45 ou 47 kilos, ce n'est pas beaucoup. Enfin, c'est un peu mieux, mais je pense qu'elle est stabilisée. Elle ne perd plus de poids. Et alors, la deuxième patiente, disons qu'on est plutôt sur une corde sensible. En fait, elle est très maigre, elle fait beaucoup de sport. Et alors elle, son BMI je ne l'ai pas comme ça en tête, mais elle est en dessous de 20 ça c'est dans tous les cas. En fait, on essaie de la maintenir entre 18 et 20. Parce que je pense que si on la laissait faire et qu'on ne la suivait pas

de temps en temps, que si on la perdait de vue, elle retournerait dans ses travers. Elle vient d'elle-même au moins deux fois par mois au cabinet. Mais je pense que si on la perdait de vue, elle retournerait dans ses travers. Elle c'est plutôt dû à un problème d'image corporelle par rapport à son ex-mari. En fait, c'est plutôt comme ça que ça a commencé. Donc voilà, c'est un peu compliqué, mais elle est stabilisée. Il n'y a pas eu besoin de médicaments, juste globalement, un avis psy. On avait envoyé chez la diététicienne et ça a globalement bien fonctionné comme ça.

La première patiente elle était jeune, elle devait avoir 20 ans alors que la deuxième elle devait avoir 50 ans plus ou moins. Donc vraiment deux profils totalement différents.

8. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez quand vous traitez un patient anorexique ?

Moi, je trouve que c'est assez difficile de se mettre à leur place en fait. Parce que toi, tu les vois en tant que médecin. Elles sont trop maigres. Mais elles ne sont pas du tout de cet avis-là. Donc je trouve qu'il y a déjà un frein par rapport à ce qu'on pense et ce qu'elle pense. Donc, on essaie de les convaincre, même si on n'y arrive vraiment jamais. Et puis en fait, on essaie de leur faire comprendre que ce qui serait mieux pour elles, c'est de reprendre du poids. Mais elles ne sont pas du tout dans cette optique-là. Parfois, elles sont déjà bien contentes de se stabiliser à leur poids et elles disent « ben oui, j'ai pris un kilo. Je suis passé de 40 à 41 ». Ce n'est quand même pas suffisant. Disons qu'on aurait des objectifs un peu trop élevés pour elles. Je pense vraiment que ce qui nous semble bon et ce qu'elle pense être bon pour elle est totalement différent. Donc en fait, c'est pas dire qu'on rentre souvent dans un mur, mais là, je trouve que parfois tu parles, tu parles, tu parles, tu essaies de les convaincre, de faire avancer les choses. Et en fait, au bout de 15 à 20 minutes de consultation, tu te rends compte que t'as rien fait avancer du tout et qu'elles sont braquées dans leurs idées et je trouve que c'est ça le plus dur. C'est souvent des gens qui ont envie d'avancer, mais parfois, ils ne voient pas trop le problème. C'est compliqué, le déni. Je pense qu'il y a celles qui se rendent compte du problème, qui essayent de faire des efforts, mais que ça ne fonctionne pas. Et puis, il y a celles qui ne se rendent pas compte du problème et c'est l'entourage qui les envoie chez nous et dans ces cas-là, je trouve que c'est presque perdu d'avance parce que à part les suivre jusqu'au jour où elles se rendront compte du problème et là on pourra essayer de les aider.

THÈME 3 : QUESTIONS CONCERNANT LE DÉPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC DE L'ANOREXIE MENTALE :

9. Quels éléments vous ont mis sur la piste, de vous permettre de faire le diagnostic ? Est-ce souvent les mêmes ? Est-ce l'entourage ou le patient lui-même ?

Chez les personnes parfois un peu plus âgées, c'est souvent la personne qui vient d'elle-même. La dame de 50 ans, elle est maigre et puis un jour on en profite lors d'une consultation où on a un peu plus le temps, on lui en parle. Et puis là, elle me parle globalement que oui, elle a quand même un problème vis-à-vis de la nourriture. Puis, elle nous dit aussi qu'elle fait beaucoup de sport. Il y a ce côté « je fais beaucoup de sport, je ne mange pas beaucoup, justement pour garder ma ligne ». On voit tous des petits éléments qui font qu'au fur et à mesure, on se rend compte qu'il y a un problème. J'ai un autre cas d'un jeune de 13 ans qui est amené par sa

maman parce qu'il a l'impression d'être gros. Il a un BMI tout à fait normal. Mais globalement, là, il a décidé qu'il ne mangerait que des salades toute l'année. Ça dépend en fait je trouve, de l'âge de la personne.

On a parfois quand même des gens de l'entourage qui viennent avec leur compagne en nous disant « ma compagne a perdu du poids récemment ». Mais je trouve que c'est plus rapide le diagnostic quand les patients viennent d'eux-mêmes et me disent « oui, c'est connu, ça fait quand même 10-15 ans que je sais que j'ai un problème avec la nourriture mais cette fois-ci, je pense qu'il est temps que je vous en parle parce que là, je sens que je deviens faible ». Mais c'est rare, ils ne viennent pas souvent avec les plaintes. Finalement quand nous, on en parle en consultation, quand on se dit « tiens, ce patient-là, j'ai un peu plus de temps aujourd'hui et je trouve qu'il est maigre donc j'en profite pour lancer le sujet ». Et là, on lance le sujet. Alors parfois, ils sont ouverts à la discussion. Et tant mieux même. Et parfois on ne fait que planter la graine pour qu'elle germe toute seule si on voit qu'ils ne sont pas ouverts à la discussion et on en reparlera plus tard.

10. Quelles sont les barrières au diagnostic ? Et les facilitants ?

Je trouve que quand le patient vient de lui-même, c'est qu'il a déjà fait la démarche dans sa tête pour dire « voilà, j'ai un problème, ça me pose des problèmes dans ma vie de tous les jours. Il faut que j'en parle à quelqu'un ». Je trouve déjà que quand il y a des enfants qui sont amenés par leurs parents ou même parfois de des femmes amenées par leur compagnon suite à une perte de poids, la personne elle ne voit pas spécialement le problème. Donc un facilitateur du diagnostic c'est quand ils viennent de leur propre gré. Et puis après, il faut toujours montré que en tant que médecin généraliste tu es bien présent pour lui et tu dis « voilà, moi je remarque que votre BMI aujourd'hui, il est un petit peu bas. J'ai l'impression que vous avez perdu du poids ». Moi, je trouve que le fait d'en parler une fois, de le signaler, je trouve qu'au final, la personne peut revenir plus facilement après parce qu'elle s'est dit « tiens, le médecin l'a quand même remarqué, je vais peut-être réfléchir à la question ». Et une fois qu'elle aura réfléchi à la question, elle reviendra peut-être d'elle-même.

11. Retrouvez-vous des comorbidités chez ces patients ? Lesquelles ?

C'est souvent de l'hypotension, des vertiges. Après il y a aussi parfois des cheveux cassants, des ongles cassants. Et donc, je pense que ça, ça peut être aussi un point d'appel. Et tout ce qui est état psychologique aussi. Il faut appeler un chat un chat. Je pense que c'est surtout des patients qui sont plutôt psy, angoissés. Parfois, il y a une pathologie psychiatrique qui a été mise en mise en évidence. Je trouve que c'est surtout de l'anxiété qu'on retrouve. Ce sont souvent des patientes assez anxieuses qui ont ce problème-là et qui vont venir te trouver plusieurs fois au cabinet pour totalement autre chose, pour des petits trucs qui finalement les angoissent. Je trouve que ça c'est plutôt un profil qu'on va retrouver chez les patientes anorexiques oui. C'est un peu comme pour les violences intrafamiliales en fait où ce sont des patientes que tu vois souvent mais pour des bêtises et c'est au fur et à mesure que tu comprends qu'il y a quelque chose derrière en fait.

12. Connaissez-vous le questionnaire SCOFF ? Si oui, l'utilisez-vous ? Si non, seriez-vous favorable à l'emploi de ce questionnaire lors de vos consultations ?

Non pas du tout.

Lecture du questionnaire

Alors, je ne le connaissais pas. Mais, je trouve que c'est des questions qu'on pose quand même globalement quand on a des patients qui ont des problèmes avec leur poids. Même si elles ne font pas vraiment partie d'un score et que je ne pose pas systématiquement ces questions, je trouve qu'au final, on le fait de manière un peu naturelle.

C'est intéressant de le connaître, de l'avoir, parce que je pense que je ne connais pas toutes les questions, mais il y a sûrement deux ou trois questions que j'aurais sûrement posées et je me dis tiens avoir ce petit outil là sur mon ordinateur ça peut être utile quand j'ai une patiente qui a un peu perdu de poids. Et comme ça je peux mettre dans le dossier quelque chose de vraiment concret. Moi, je trouve que ça peut être utile. Après, je pense qu'on le fait tous un peu de manière naturelle.

13. Pensez-vous au diagnostic d'anorexie mentale lors d'une consultation classique ?

Peut-être pas directement. En tout cas pas la première fois qu'un patient vient en consultation parce que là je vais me concentrer sur ce pour quoi il vient en consultation. Mais s'il vient à plusieurs reprises et que je remarque qu'il est mince alors oui et je commence à creuser un peu à ce moment-là et je vais poser des questions. Mais j'ai l'impression que dans tous les cas, il va y avoir un retard diagnostique. Parce que ce n'est pas la première chose à laquelle on va penser. On a tous beaucoup de boulot pour le moment et que les consultations ça te laisse à 15 à 20 minutes par patient et donc du coup, tu vas à l'essentiel. T'essaies aussi de rattraper parfois ton retard accumulé avec des patients qui viennent juste pour une gastro et donc au final, c'est vraiment quand tu as un jour un peu plus calme au cabinet que tu vas peut-être prendre le temps. Donc je pense qu'il doit y avoir un retard diagnostique, mais tu ne vas pas en parler à la première consultation pour un patient qui vient pour autre chose. Maintenant, s'il vient pour juste un vaccin, tu peux en profiter pour en discuter.

Et puis c'est vrai que je vais d'abord faire le diagnostic différentiel d'amaigrissement avant de penser directement à l'anorexie mentale. Mais c'est vrai que en première intention, je pense que si quelqu'un vient me voir en me disant qu'il perdu du poids, je vais quand même poser la question par rapport à l'anorexie, mais sans creuser dans un premier temps. D'abord, faire une prise de sang, regarder s'il n'y a pas autre chose. Et puis, dans un second temps, je poserais la question du rapport à l'alimentation.

THÈME 4 : CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE L'ANOREXIE MENTALE :

14. Avez-vous une prise en charge différente avec ces patients ? Si oui, que changez-vous par rapport à vos autres consultations ?

Habituellement, je ne pèse pas mes patients à chaque fois. Et là, globalement, si c'est des patients anorexiques j'aime bien avoir un suivi régulier, souvent une fois par mois et je les pèse

à chaque fois pour voir un petit peu comment il évolue. Et puis je refais un point sur la question à ce moment-là. Voir s'ils ont réussi à changer quelque chose au niveau de leur alimentation, dans leur vie. Alors que les patients « classiques » je ne les pèse pas d'office.

15. Comment prenez-vous en charge l'anorexie mentale ? Réalisez-vous- des bilans ?

Globalement, j'ai vécu deux situations différentes, l'une où ils ont envie de faire quelque chose et l'autre où ils n'avaient pas vraiment envie d'être aidés, ils ne voyaient pas le problème. Je commence souvent par une prise de sang pour voir s'il n'y a pas de carences. Je trouve que c'est déjà une bonne chose. Après, faut voir s'il y a d'autres points d'appel, des douleurs digestives ou quelque chose comme ça. qui parfois il y en a. Parfois, mais c'est rare quand je vais aussi loin si la prise de sang est bonne, je fais une écho ou un scan abdo. Simplement pour être sûr que quand il y a des douleurs abdo associées, on ne passe pas à côté de quelque chose. Et une fois qu'on a vraiment mis le point sur le fait qu'il y avait probablement une anorexie, j'aime bien faire rentrer un psychologue dans l'histoire pour essayer de voir d'où ça vient. On essaie de creuser un peu plus loin.

16. Connaissiez-vous les traitements recommandés par les guidelines pour l'anorexie mentale ?

Je ne pense pas. Par habitude avec ma maitre de stage, je mets en place la Mirtazapine parce que dans mes souvenirs, elle ouvre l'appétit et souvent, je me limite à ça. Je me demande s'il n'y a pas d'autres antidépresseurs qui peuvent être mis aussi. Parfois, mais c'est rare, certaines benzo parce que parfois quand ils sont moins stresser ils arrivent à mieux manger.

17. Que pensez-vous du rôle du généraliste dans la prise en charge de l'anorexie mentale ? (ressort du médecin généraliste ou plutôt du psychiatre ?) Réferez-vous ? Si oui, où ? vers qui ? Connaissiez-vous des centres de référence ? des spécialistes de référence ? des sites internet ?

Je pense que ça reste quand même de la médecine générale, en grande partie. Parce que je pense qu'il y a vraiment moyen de suivre le patient étape par étape et de voir un peu l'évolution des choses. Ce qu'un psychiatre ne pourra pas réellement faire. Il le verra peut-être une à deux fois par an de manière de voir comment ça va et ça s'arrêtera là. Donc, je pense plutôt que c'est multidisciplinaire et je pense qu'il faut quand même un psy dans l'histoire. Maintenant, c'est plutôt une association psychiatre-médecin généraliste. Et alors comme je disais, en province du Luxembourg, on a des centres, qui ne sont pas spécialisés dans les problèmes alimentaires mais plutôt dans un problème d'addiction et très souvent les problèmes d'anorexie finissent quand même chez eux. Et là-bas, ils ont une équipe avec un médecin généraliste, des assistantes sociales et des psychologues. Pas diététicien par contre. Dans la région de Bastogne, c'est plus vers ces centres qu'on réfère. Après, on s'occupe des patients anorexiques au cabinet mais on aime bien avoir leur support derrière.

C'est vrai que dans la province du Luxembourg on a pas de centre à proximité il me semble. Nous si on veut chercher un centre, le patient doit partir beaucoup plus loin. On se débrouille mais c'est une petite parenthèse personnelle.

THÈME 5 : A PROPOS DU SUIVI DU PATIENT ANOREXIQUE :

18. Quels sont les motifs de consultation et qu'est ce qui revient le plus fréquemment ? Avez-vous observé des spécificités quant aux motifs de consultations ?

Comme dit tantôt, c'est surtout plusieurs plaintes et liées surtout à de l'angoisse. Ou bien des patientes qui viennent parce qu'elles ont l'impression de prendre du poids et que c'est lié à la thyroïde et souhaitent un check-up. Et souvent ce sont les patientes les plus fines qui disent qu'elles ont l'impression de grossir. Ça peut être un point d'appel. Et puis parfois, les patientes viennent avec des plaintes de vertiges, d'hypotension, de malaises, d'hypoglycémie.

19. Quelles sont les attentes du patient anorexique ?

On ne pose pas beaucoup la question. La jeune de 25 ans qui mettait une demi-heure pour manger sa tartine elle se rendait compte du problème et donc elle avait envie que ça s'améliore. Elle avait envie de prendre du poids mais n'y arrivait pas. Elle voulait surtout un accompagnement, venir tous les mois pour voir un peu si elle prenait du poids et si la Mirtazapine l'aidait dans ce sens-là. Enfin, globalement, je pense qu'elle demandait à être soutenue. Je pense qu'ils viennent plus pour ça. Parce que oui, on peut donner de la Mirtazapine ou autre chose, mais ce n'est pas ça qui va réellement changer les choses. Ce qu'il faut c'est essayer de trouver la petite phrase qui va leur donner le déclic. Donc voilà, je pense qu'ils veulent juste être soutenus et qu'on les accompagne, qu'on les soutienne dans leur amélioration et parfois dans leur stagnation. En tout cas, on est surtout là pour éviter que ça se dégrade plus.

20. Comment vous sentez-vous face à un patient anorexique ? (solitude, mal-être,...)

Comment moi, je me sens ? e n'est pas facile. Je ne suis pas hyper à l'aise parce que je n'en ai pas eu énormément. J'ai l'impression que dans 60-70% des cas, tu vas un peu dans le mur parce que tu auras beau suivre le patient pendant un petit bout de temps, je ne suis pas sûr que ça changera grand-chose. J'ai l'impression qu'on est plus là en soutien encore. On vérifie que ça ne s'aggrave pas. Mais j'ai l'impression que guérir de l'anorexie, ça doit arriver, mais ça ne doit pas être facile. Je soutiens mais j'ai l'impression de parler dans le vide. Ça va peut-être aller mieux et puis 6 mois après hop c'est reparti. Donc voilà, on est un peu démuné. Et puis pas à l'aise par manque d'expérience, parce que je n'en ai pas eu énormément.

THÈME 6 : OUTILS D'AIDE À LA CONSULTATION

21. Qu'est-ce qui vous aiderait à vous sentir plus à l'aise pour ce type de motif de consultation ? Que pensez-vous avoir besoin comme ressources pour améliorer votre prise en charge ?

Mais si j'arrive à trouver une formation en ligne ou même ici sur Bastogne ou les alentours, sur l'anorexie, comprendre les causes, le dépister, et comment traiter et bien je serai déjà plus à l'aise. Parce qu'ici, je fais un peu ma popote qui fonctionne ou pas en fonction des patients et que je sais que j'ai ce centre qui peut me soutenir en cas de questionnement. J'ai plus facile de référer que faire les recherches moi-même sur la pathologie. Mais ce qu'il faudrait ce serait une formation et puis un résumé que tu peux trouver facilement. C'est vrai que j'aime bien avoir des fiches de rappel après il faut juste que je les retrouve dans mon ordi mais globalement

j'aime bien les fiches de rappels. En fait à force d'aller voir les fiches de rappels et bien tu les ancras. Je pense que la formation c'est intéressant parce que c'est pas un sujet facile et on en voit quand même en consultation des patients anorexiques. Avoir la formation c'est nécessaire et puis à la fin recevoir une fiche récapitulative. Mais la formation pour commencer et puis la fiche après.

THÈME 7 : PISTES D'ACTION

22. Avez-vous des idées de pistes d'action pour vaincre les obstacles auxquels font face les médecins généralistes avec la prise en charge de l'anorexie mentale? (des collaborations généraliste-spécialiste/généraliste-centre ?)

Je vais revenir au même point que précédemment, je pense qu'il faut être plus formé. Si actuellement j'ai des obstacles à la prise en charge des ces patients c'est parce que je ne suis pas assez formé sur ce sujet. Je vois les patients, je les écoute et puis je mets la Mirtazapine en espérant qu'elle fasse effet, peut-être placebo. Après, je me doute que les médicaments ne vont pas vraiment aider.

Après, je trouve que notre société participe en grande partie au mal-être de ces personnes. Quand on voit les publicités actuelles, les filles elles sont toutes comme ça (montre son index) donc c'est presque normal que des troubles du comportement en découlent. Je trouve que ça commence à changer tout doucement même s'il en reste encore beaucoup qui sont « grossophobes » on va dire ça comme ça. C'est vrai que pendant une période c'était vraiment catastrophique mais maintenant ça change. Après bon, le mal est fait, parce qu'il y en a qui ont grandi qu'en voyant des pubs où les filles sont très minces mais c'est pas plus mal que ça change. Je pense qu'il faut passer par les médias et que les médias changent un peu leur manière de faire mais bon ça c'est pas gagné. Au planning familial il pourrait y avoir des affiches par exemple.

7.9.5. Retranscription entretien MG5

QUESTIONS GÉNÉRALES ET ÉPIDÉMIOLOGIE :

Je suis assistante en 3ème année de médecine générale. J'ai fait 6 mois en hospitalier, puis 6 mois dans un cabinet solo. Et là, ça fait deux ans que je travaille en maison médicale. On a une pratique assez diversifiée, des patients de toutes classes sociales, beaucoup de jeunes, proportionnellement, je trouve. Alors, je fais un petit peu de planning familial, une semaine sur deux depuis deux ans maintenant. C'est la deuxième année que je fais ça. Et l'ONE, j'ai fait les cours, mais je n'y vais pas de façon régulière, je fais quelques remplacements, mais voilà.

THÈME 1 : QUESTIONS RELATIVES AUX CONNAISSANCES DES MÉDECINS SUR L'ANOREXIE MENTALE :

1. Pour vous l'anorexie mentale qu'est-ce-que c'est ? Savez-vous me citez quelques symptômes ?

C'est une maladie psychologique dans laquelle les patientes, parce que, généralement, ce sont plus souvent des filles relativement jeunes. Je crois que l'âge d'apparition, c'est le plus souvent entre 15 et 25 ans. Des jeunes filles qui présentent un poids par rapport à leur taille et à leur âge, qui est trop bas par rapport à la moyenne et qui ont une image corporelle d'elles-mêmes complètement déformée. En plus de ça, il y a une peur de reprendre du poids, de grossir qui vient également dans la maladie. Donc, c'est des patients qui je pense est le plus important à dire, sont en souffrance psychologique intense et qui souvent ne se rendent pas compte qu'elles sont malades. Ce sont des patientes qui ne sentent pas bien et qui ne vont pas bien. Mais, elles ne mettent pas le mot de maladie sur ce qu'elles vivent. Elles s'enfoncent dans un cercle infernal et qui n'arrivent pas à comprendre ce qu'il se passe, qui souffrent, qui ne se sentent pas comprises et qui sont qui sont complètement isolées dans cette souffrance, je pense.

2. Avez-vous déjà lu des recommandations ?

Je me suis intéressée à l'anorexie mentale, surtout de façon générale, pas tellement en tant que médecin parce que j'y ai été confronté de façon personnelle. Ma sœur a souffert d'anorexie. Donc voilà, c'est plus par ce que j'étais en train de vivre que du coup évidemment j'essayais de comprendre ce que ma sœur était en train de vivre. Pourquoi ça se passait comme ça ? Qu'est ce qui expliquait ? Parce que je la reconnaissais plus, je ne comprenais pas. Et donc, évidemment, avec le soutien de ma famille, avec tout le monde, on s'est un petit peu concentré sur cette maladie. Et donc, c'est vrai que oui, on a été confronté à lire des livres, à essayer de comprendre au mieux et, je crois que c'est par ce biais là que j'ai appris à connaître cette maladie.

3. Avez-vous déjà suivi des formations à ce sujet ? Quelles ressources utilisez-vous (conférence, e-learning, glem, dodeca) ?

Alors, j'ai jamais suivi de formation. Pour être honnête, je n'ai jamais entendu parler de formation. J'ai l'impression que c'est un sujet qui n'est pas souvent mis en avant. Personnellement, je n'ai jamais entendu qu'il y avait une formation qui pouvait être suivie. Je pense qu'ici avec le Covid, il y a un certain regain d'intérêt par rapport à cette maladie parce que je pense qu'il y a une souffrance psychologique dans la population qui s'est installée avec

le covid. Et chez les jeunes, on dit que les troubles alimentaires se sont majorés depuis 2 ans avec la pandémie. Donc je crois qu'on en parle un peu plus, même dans la presse générale. Moi quand je dois me renseigner, de par mon histoire personnelle et l'histoire de ma sœur, on a des livres à la maison, on a des ressources, donc c'est plus via des livres que j'avais précédemment. C'est là-dedans que je vais chercher les informations quand j'en ai besoin.

4. Pensez-vous que c'est important en tant que médecin généraliste d'en connaître certaines notions, d'y être formé ?

Oui, complètement. Je crois que clairement, c'est là-dessus qu'il faudrait travailler. Je pense personnellement parce que justement, c'est une maladie très mal connue, je crois. Enfin connue, peut-être, mais très mal comprise dans la population générale. Mais je pense aussi dans le monde médical qu'on ne connaît pas bien. Parce qu'au niveau de notre formation je crois que si on a eu une demi-heure sur toute notre formation de médecin sur les troubles de la conduite alimentaire, c'est beaucoup. Et donc, je crois que c'est clairement là-dessus qu'il faudrait jouer parce que c'est une maladie qui est très longuement niée par la patiente, parce qu'elle ne comprend pas ce qui se passe. Et donc, si le médecin peut déjà reconnaître qu'il y a un problème et qu'elle souffre d'une maladie, que c'est une maladie qui peut être guérie et qu'on peut la soutenir, qu'il y a des choses qui sont possibles de faire, qu'on peut l'aider, lui expliquer un petit peu tous ces processus, lui dire qu'elle n'est pas seule, qu'il y a d'autres patients qui sont passés par là, je pense que c'est ce soutien-là qui est nécessaire. Une écoute et une information à la patiente, à la famille. Enfin, je pense que la famille et les patientes elles-mêmes, quand il y a une patiente qui souffre d'anorexie mentale, tout le monde est complètement perdu et personne ne sait quoi faire. Il y a vraiment une incompréhension qui s'installe et qui mène à des situations d'énervement, de colère haut sein même de la famille. Et ça, je crois que le rôle du médecin traitant, c'est justement venir expliquer et venir dire pourquoi ça se passe comme ça et donc que la patiente se sente soutenue et comprise au moins par le médecin. Ça, je crois que c'est super important.

THÈME 2 : QUESTIONS CONCERNANT L'EXPÉRIENCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

5. Avez-vous déjà été amené à prendre en charge ou à suivre des patients anorexiques ? Si oui, combien (approximativement) ? Hommes/femmes ?

En tant qu'assistante, moi j'ai pas vraiment eu une patiente que je suis chroniquement, que je suis de façon régulière. J'en ai quand même rencontré plusieurs. Durant mes stages, il y en a une que j'ai croisé et dont l'histoire m'a marquée. C'était lors d'une hospitalisation. Elle venait parce qu'elle avait une hypokaliémie. Je l'ai croisée deux jours dans un service de gastro je pense c'était et une autre ici, en médecine générale, une patiente plus âgée qui a fait de l'anorexie mentale, qui se dit guérie, mais qui ne l'est pas et qui est maintenant boulimique, que j'ai aussi côtoyé. Donc c'était des femmes dans les 2 cas oui.

6. Pensez-vous qu'il y a une différence entre les médecins homme et femme ?

Euh. C'est une très bonne question. C'est difficile à dire, je ne saurais pas te répondre. Je ne me suis jamais posé sur la question, je ne sais pas te dire. Voilà peut-être qu'il y a quand même une sensibilité un petit peu plus grande chez les femmes. On sait que voilà, il y a quand même

une pression sociale qui joue beaucoup plus sur l'image corporelle chez la femme que chez l'homme. Et que ça peut être un élément, en tout cas, qui intervient dans le processus de la maladie. Peut-être qu'on se sent un petit peu plus concerné, nous, en tant que femmes, par rapport à ça et que, du coup, on est plus à l'écoute.

7. Pouvez-vous me donner un exemple qui vous a marqué ?

C'était il y a déjà quelques années, la jeune fille que j'avais rencontrée dans le service de gastro. Donc elle venait pour une hypokaliémie. Je ne sais plus si elle prenait des laxatifs ou si elle se faisait vomir. Mais clairement, elle était anorexique, c'était connu. Et moi, je me rappelle ça m'avait un peu interpellée. Elle était dans un service de gastro et clairement en gastro, tout le monde s'en foutait un peu de sa souffrance psychologique. C'était en mode, « mais qu'est-ce qu'elle fout là? Qu'on la nourrisse un peu ! Et puis elle a rien à faire ici en gastro ». Et donc, cette fille était là. Elle avait une vingtaine d'années, je pense. Et, elle avait, je ne sais plus si c'était une sonde gastrique ou une parentérale, peu importe. Elle voulait juste se barrer de là et elle savait très bien qu'on allait un petit peu la gaver et puis qu'elle sortirait de là et que ça n'allait rien changer et qu'elle allait reprendre comme avant. Elle était juste hyper mal prise en charge. J'étais un peu interpellée, parce que cette pauvre patiente n'avait rien à faire ici. Enfin, oui, on va la gaver et elle va reprendre 2 kilos, son potassium ce sera normalisé et elle pourra ressortir. Mais il y avait aucune prise en charge globale. Et vraiment, moi, je me rappelle, j'étais dans le bureau des médecins et on me demandait d'aller la voir parce que personne d'autre ne voulait y aller. J'avais été un peu lui parler et voilà, j'avais un peu parlé plus personnellement je crois. J'avais même raconté que je connaissais un petit peu la maladie, que j'avais été confronté à ça via ma sœur. Je pense que je n'avais pas pu faire grand-chose, mais au moins, j'avais partagé avec elle un moment qui sortait un peu de ce qu'elle avait vécu jusque-là.

Là, il y en a une que j'ai suivie pour son potassium, qui est un peu plus âgée. En fait, elle se fait vomir tout le temps et du coup, son potassium diminue tout le temps aussi. Je l'ai vu une ou deux fois, je pense. Et ce qui est super compliqué avec elle c'est qu'elle ne veut pas du tout accepter qu'elle est encore dans un processus pathologique. Pour elle, voilà, tout va bien. En fait c'est une dame qui est gérante d'une boulangerie. Et donc, intellectuellement, c'est une femme qui a fait des études. Je sais plus dans quoi elle travaillait mais elle a fait des études universitaires. Elle a été hospitalisée pour de l'anorexie en fin d'adolescence vers 17-20 ans, je pense. Puis elle est ressortie de là. Ça a été mieux. Elle a entamé ses études universitaires, elle a travaillé pendant super longtemps. Je crois que c'était une femme d'affaires. Et puis, elle voulait changer de vie, donc elle a complètement changé d'orientation. Elle a ouvert sa boulangerie et donc elle est tout le temps dans les fourneaux. Elle gère ça très, très bien, je pense. Mais à côté de ça, elle est boulimique et elle fait des séjours hospitaliers tout le temps parce qu'elle a un potassium qui s'effondre tout le temps. Et, elle est persuadée que ce n'est plus du tout un trouble de la conduite alimentaire, que maintenant, c'est qu'elle a un problème rénal et que c'est pour ça qu'elle perd du potassium. Et voilà, et c'est hyper difficile de lui ouvrir les yeux là-dessus. Pourtant, c'est une dame qui est suivie par un psychologue depuis qu'elle a eu son épisode d'anorexie quand elle était jeune.

8. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez quand vous traitez un patient anorexique ?

Je trouve que ce qui est super compliqué c'est quand la patiente ne reconnaît pas sa maladie comme la dame un peu plus âgée donc je parlais juste avant, parce qu'il n'y a rien à faire si la patiente ne le reconnaît pas. On a beau faire, tout ce qu'on veut, essayer de la sortir de là sans qu'elle accepte qu'il y a quelque chose de pathologique et qu'il faut mettre des choses en place pour sortir de ce processus-là, on tourne un peu en rond. Et voilà, moi en tout cas, je n'ai pas les clés pour pouvoir les aider, malheureusement. Donc on les revoit, on discute, on essaye d'aborder les choses différemment, on parle un peu du poids, on parle de leur relation à la nourriture, de leur bien-être ou mal-être psychologique, des relations sociales qu'ils entretiennent avec l'entourage, comment ça se passe. Mais c'est pas facile. Franchement, c'est clairement pas facile le déni de la patiente par rapport à sa maladie.

THÈME 3 : QUESTIONS CONCERNANT LE DÉPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC DE L'ANOREXIE MENTALE :

9. Quels éléments vous ont mis sur la piste, de vous permettre de faire le diagnostic ? Est-ce souvent les mêmes ? Est-ce l'entourage ou le patient lui-même ?

Donc, dans ma pratique, je ne peux pas dire que j'ai vraiment diagnostiqué une patiente anorexique. Donc j'ai un peu du mal à répondre à ta question. Maintenant moi, parfois, quand je vois des patientes qui viennent en souffrance parce qu'elles ont mal au ventre, qu'elles ne veulent pas aller au boulot, que ça ne se passe pas trop bien à la maison, quand il y a des plaintes un peu organiques, mais dans un contexte fort psychologique ou qu'elles sont dans un environnement où ça ne va pas trop, on sent qu'elles ont envie de parler. Alors souvent, je pense qu'alors je leur demande toujours s'il n'y a pas une perte de poids. Il me semble que je pose la question. Ou alors, si je vois un profil, vraiment une patiente qui est déjà mince, je pose la question. Peut-être que oui, je pense plus à ça quand je vois un profil d'une patiente qui est mince. Et alors là, je la mets d'office sur la balance sans directement dire « est-ce que vous avez des troubles alimentaires ? ». Et je pense que je leur dis de revenir. Les quelques fois où j'ai fait ça, je les mettais en incapacité quelques semaines. Et puis je les suivais pendant 2 ou 3 mois.

10. Quelles sont les barrières au diagnostic ? Et les facilitateurs ?

Mais le diagnostic, il est évidemment plus facile à poser quand on est loin dans la maladie, quand il y a vraiment un BMI excessivement bas. Là, c'est plus facile à poser, mais souvent, ça veut dire qu'on le remarque déjà trop tard. Il vaut mieux le poser plus tôt. Et donc moi, je trouve que ce qui est difficile aussi dans le diagnostic et dans la maladie, c'est quand on sait bien que ce sont des patients qui sont fragiles psychologiquement et qui ne sont pas toujours prêts à entendre ce diagnostic-là. Il me semble que j'ai peur de braquer la patiente en disant le mot anorexique et que du coup il y ait une rupture de relation thérapeutique et qu'elle se renferme encore plus dans quelque chose en disant « mais non je suis pas malade, qu'est-ce qu'elle me raconte la médecin, je vais plus la voir ». Et donc, c'est comment vraiment aborder ce diagnostic-là que je trouve qui est compliqué. C'est plutôt ça. C'est la peur de mal faire en fait. Ça c'est un point. Un autre point, c'est que les patients ne se sentant pas malades, en tout cas par rapport à la perte de poids, elles ne viennent pas toujours au cabinet. Donc oui, ça aussi, c'est une barrière. C'est le fait qu'on ne les voit pas toujours non plus.

11. Retrouvez-vous des comorbidités chez ces patients ? Lesquelles ?

Ben moi, je dirais plutôt que c'est un profil de patiente, généralement. Bon, je parle au féminin parce que c'est quand même généralement des filles. C'est des jeunes qui sont hyper perfectionnistes, chez qui tout se passe bien et qui ont une vie plutôt idéale, qui réussissent bien à l'école, qui font du sport et qui sont même, je pense bien intégrées dans ce qu'elles font. C'est un peu une vie où tout va bien. Et on se dit que ces filles-là vous vont avoir une vie que tout le monde souhaiterait avoir. Et ses filles se renferment petit à petit sur elles-mêmes. Voilà, ça, c'est le profil de personne chez qui, j'ai l'impression, que ça peut survenir de façon plus fréquente. Après, oui, parfois, il y a un événement précis qui vient un peu précipiter la maladie, que ce soit une séparation chez les parents, un deuil, un problème à l'école, mais pas toujours. Ou alors un changement de vie, par exemple, des patientes, par exemple, qui vont à l'université, ou des patientes qui doivent déménager. Soit, un changement brutal dans l'environnement qui peut aussi déclencher la maladie je dirais.

12. Connaissez-vous le questionnaire SCOFF ? Si oui, l'utilisez-vous ? Si non, seriez-vous favorable à l'emploi de ce questionnaire lors de vos consultations ?

Oui, du coup, je le connais. Maintenant, pour être honnête, c'est vrai que je ne l'ai jamais vraiment appliqué. En tout cas, pas à tel quel. Maintenant, peut être que dans la façon dont je réalise mon anamnèse finalement, je crois que je parle quand même plus ou moins des 5 questions qui sont proposées dans ce questionnaire.

13. Pensez-vous au diagnostic d'anorexie mentale lors d'une consultation classique ?

Je ne suis pas sûre que j'y penserais. Alors de nouveau, ça dépend un petit peu comment ça se passe, si on arrive à discuter un petit peu et qu'on sent qu'il y a un mal être chez elle et qu'on sent qu'elle a envie de parler peut être que oui, je m'orienterai vers ça. Mais voilà si elle vient juste pour une prescription j'avoue que je pense pas que je lui poserai les questions du SCOFF.

THÈME 4 : CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE L'ANOREXIE MENTALE :

14. Avez-vous une prise en charge différente avec ces patients ? Si oui, que changez-vous par rapport à vos autres consultations ?

Oui, je pense clairement qu'il ne faut pas faire une consultation classique. Premièrement, je crois qu'il faut les voir régulièrement. Ça, c'est sûr. De plus, de par les lectures et par les entretiens que j'ai eus précédemment, prendre un poids, je crois que c'est inévitable, il faut le prendre. Mais j'ai entendu dire qu'on n'était pas obligé de dire le poids à la patiente si elle ne veut pas l'entendre. On ne lui dit pas, mais nous, on a besoin de ça pour suivre un peu l'évolution de l'anorexie. Parce qu'au final, c'est quand même clairement le principal paramètre qui va nous orienter et qui nous donne un petit peu la sévérité de la maladie. Donc, la voir régulièrement et la peser. Ensuite, je pense qu'il faut vraiment lui apporter un soutien, l'encourager et la rassurer. Je pense que c'est plus des consultations psychologiques au final, même si on a le rôle du médecin traitant, je pense que c'est surtout un soutien psychologique. Un lieu où on lui laisse libre place à ses paroles, qu'elle puisse exprimer ce qui ne va pas. Parce que je pense qu'il y a des tensions dans cette maladie qui se mettent en place, au sein de la famille, au sein du système scolaire, et parfois, c'est difficile d'exprimer des choses à ses parents ce qui se passe mal et donc la consultation est un petit peu comme un lieu de parole

pour la patiente. Il faut la rassurer, lui dire que c'est une maladie pour laquelle on peut guérir, parce que ça, je pense qu'on ne le dit pas beaucoup, que les chances de guérison sont bien là et qu'il y en a beaucoup qui s'en sortent et que c'est une maladie qui prend fin à un certain moment. Et puis, la référer. Je crois que c'est aussi super important la référer vers des spécialistes. Moi, j'avais déjà entendu dire que référer une patiente à un nutritionniste ou un diététicien ça n'avait pas beaucoup de sens. Simplement parce que la patiente anorexique, elle sait ce qu'il faut manger pour prendre du poids. Je veux dire, c'est justement des personnes qui sont hyper au courant de l'alimentation. Elles connaissent ça mieux que personne et du coup, les renvoyer vers quelqu'un qui va leur dire le matin tu manges deux tartines, ça va servir à rien. Et donc, il faut rapidement les renvoyer vers des centres spécialisés qui ont l'habitude parce que c'est un trouble tellement spécifique qu'il faut des gens spécialisés dans le domaine. Nous, on est là un petit peu pour les soutenir, pour les orienter, parce qu'a priori, on les connaît depuis plus longtemps. Mais voilà, malheureusement, on ne sait pas tout gérer. Donc je crois qu'il faut vite, quand même les référer, ne fût-ce que pour avoir un avis d'un psychiatre qui travaille là-dedans. Voir si on peut faire une prise en charge à la maison ou hospitalière. Voilà, je crois qu'on a besoin d'un avis spécialiste.

15. Comment prenez-vous en charge l'anorexie mentale ? Réalisez-vous- des bilans ?

Ça dépend aussi un peu de la gravité de la maladie. Des paramètres, ça, ça me paraît évident. Un poids, donc ça, j'en avais parlé. Une bio classique avec les fonctions rénale, hépatique, un iono, hémogramme, glycémie pour avoir un petit bilan général de début. Donc voilà, moi, je ferais simplement ça.

16. Connaissiez-vous les traitements recommandés par les guidelines pour l'anorexie mentale ?

Je vais dire non, je ne sais pas exactement ce qu'il en est des guidelines exactes. La seule chose que j'ai envie de dire c'est vraiment une prise en charge multidisciplinaire dans un centre spécialisé. Que ce soit une prise en charge ambulatoire ou hospitalière, peu importe, mais qu'il y ait quand même ce suivi par un spécialiste.

17. Que pensez-vous du rôle du généraliste dans la prise en charge de l'anorexie mentale ? (ressort du médecin généraliste ou plutôt du psychiatre ?) Référez-vous ? Si oui, où ? vers qui ? Connaissiez-vous des centres de référence ? des spécialistes de référence ? des sites internet ?

Clairement il faut un psychiatre dans la prise en charge, mais on doit un peu travailler ensemble. Je crois que le médecin traitant, au final, il connaît toute l'histoire de la famille et connaît la patiente depuis longtemps. Je crois qu'il a quand même clairement des choses à apporter dans le suivi aussi. Et peut-être que la patiente pourra plus facilement s'ouvrir et plus facilement se livrer au médecin traitant. Maintenant, je pense qu'il faut quand même pouvoir référer et ce, pour travailler de façon parallèle et pas pour « abandonner » la patiente au psychiatre seul. Donc oui, travailler en parallèle avec les centres, avec le psychiatre.

Oui, je connais des centres. Je connais surtout le « Domaine » à Braine l'Alleud et « La Ramée » à Bruxelles.

Alors, par rapport aux sites Internet, oui j'en connais. Premièrement, le site du domaine, je sais qu'il est plutôt bien fait, et il y a pas mal de documentation, tant pour les parents, pour la famille, pour les patients. Et alors, un autre site que je connais, que je trouve qui est vraiment bien fait, c'est une association pour les parents de patients anorexiques. Ça s'appelle Miata et il y a aussi plein de documentation. On y retrouve, un petit guide pour les parents, un petit guide pour les frères et sœurs, un petit guide pour les patientes qui expliquent comment s'en sortir, comment vivre ça au quotidien et qui expliquent ce que c'est que l'anorexie. Et ça, je pense que c'est aussi super. Enfin, voilà, c'est super bien fait. C'est super important. Donc clairement recommander ça aux patientes, à l'entourage, je pense que ça vaut la peine.

THÈME 5 : A PROPOS DU SUIVI DU PATIENT ANOREXIQUE :

18. Quels sont les motifs de consultation et qu'est ce qui revient le plus fréquemment ? Avez-vous observé des spécificités quant aux motifs de consultations ?

19. Quelles sont les attentes du patient anorexique ?

Je pense que ça dépend un petit peu du stade dans lequel ils sont dans la maladie. Quand ils n'ont pas encore accepté qu'il y avait une maladie, un processus pathologique et qu'ils se rendent chez le médecin traitant c'est que ce sont les parents qui ont poussé à ce qu'il vienne en consultation et donc il y a zéro attente et il veut juste partir. Et c'est là que c'est vraiment compliqué je trouve pour le médecin de trouver une façon de justement garder un lien thérapeutique et essayer de pouvoir agir dans cette phase-là de la maladie. Peut-être qu'il y en a aussi qui viennent sans pour autant qu'ils soient conscients d'être malade, d'être anorexique, et qui viennent régulièrement parce qu'il y a un mal-être qui s'installe et cela se reflète soit par des maux vraiment organiques type douleurs au ventre, douleurs à la tête ou peu importe. Et là, peut-être qu'inconsciemment, c'est quand même une certaine demande d'aide, ils se sentent mal sans savoir pourquoi, et là, je pense qu'il y a quand même un appel à l'aide d'une certaine façon. Et donc de nouveau, je crois que le rôle du médecin généraliste c'est d'expliquer, de soutenir.

20. Comment vous sentez-vous face à un patient anorexique ? (solitude, mal-être,...)

Premièrement, je me sens un peu démunie parce qu'on n'est pas bien formé. On est face au patient, on ne sait pas comment aborder les choses, parce qu'on a peur de braquer le patient. Un peu un mal-être. Et puis, parfois, on n'arrive pas à aider le patient et là je trouve que c'est un peu un sentiment de frustration, déception. Je me dis mais mince je vois que le patient est là en train de chuter profondément dans la maladie et on n'arrive pas à pouvoir l'aider. Oui, une frustration.

THÈME 6 : OUTILS D'AIDE À LA CONSULTATION

21. Qu'est-ce qui vous aiderait à vous sentir plus à l'aise pour ce type de motif de consultation ? Que pensez-vous avoir besoin comme ressources pour améliorer votre prise en charge ?

De nouveau, je connais un peu plus la maladie parce que je me suis renseignée là-dessus. Mais je crois que dans nos formations, il devrait y avoir clairement un changement. On devrait être

mieux formé. Et puis des formations qui pourraient être optionnelles, parce que tout le monde n'est pas prêt non plus à accueillir des patientes anorexiques. Elles ne sont pas fort mises en évidence les formations, s'il y en a qui existent, je n'en ai jamais entendu parler. De plus, je pense qu'il faut bien connaître l'existence des différents centres de référence et avoir un accès facile aux spécialistes et aux centres. Je pense que ces deux choses là pourraient déjà grandement nous aider. Avoir un annuaire avec des numéros de téléphone, une sorte de ligne rouge, de spécialistes qui seraient accessibles facilement et puis des formations.

THÈME 7 : PISTES D'ACTION

22. Avez-vous des idées de pistes d'action pour vaincre les obstacles auxquels font face les médecins généralistes avec la prise en charge de l'anorexie mentale? (des collaborations généraliste-spécialiste/généraliste-centre ?)

Je pense que les deux choses dont on vient de parler ça en fait partie. Je me dis aussi que vu que la maladie est très souvent niée par le patient, ce serait intéressant aussi que les parents soient au courant qu'ils peuvent venir nous en parler, même si le patient n'est pas là, pour qu'on puisse en discuter et peut-être déjà faire un diagnostic, expliquer aux parents ce qu'il se passe.

Sensibiliser les parents au fait qu'on peut être à l'écoute et qu'ils peuvent venir nous en parler je dirais.

En parler à l'école, les profs qui sont toujours en présence des enfants cinq jours sur sept, seraient aussi des bons relais pour un diagnostic il me semble. Peut-être faire des campagnes de sensibilisation. Comme il y a des cours sur la sexualité, on pourrait aborder le sujet de l'anorexie mentale, la boulimie. Clairement, je pense qu'en pleine adolescence, on est un peu instable, on se compare aux autres et donc je pense que l'école peut parfois venir favoriser le début d'une maladie avec des troubles alimentaires. Donc je pense qu'il faudrait sensibiliser dès l'école. Que ce soit sous forme de posters ou de flyers. Clairement, sensibiliser la population de façon globale, pour que même si les patients, eux, ont du mal à accepter, autour d'eux, on puisse déjà s'alarmer et qu'il n'y ait pas cette crainte d'aller en parler au médecin traitant. Parce que je pense aussi que c'est une maladie très culpabilisante pour le patient et pour l'entourage. Et donc pour certain, c'est un peu honteux de venir dire « je crois que ma fille fait de l'anorexie ». Il y a cette barrière là aussi. Je pense que si on sensibilisait la population générale, qu'on en parlait de manière plus ouverte et qu'on retirait cette part de culpabilité. Est-ce qu'il n'y aurait pas une approche peut-être plus facile à ce niveau-là.

7.9.6. Retranscription entretien MG6

QUESTIONS GÉNÉRALES ET ÉPIDÉMIOLOGIE :

Je travaille depuis 30 ans en zone semi-rurale à Godarville, en solo. Je n'ai pas d'activité complémentaire actuellement.

THÈME 1 : QUESTIONS RELATIVES AUX CONNAISSANCES DES MÉDECINS SUR L'ANOREXIE MENTALE :

1. Pour vous l'anorexie mentale qu'est-ce-que c'est ? Savez-vous me citez quelques symptômes ?

Sans doute un trouble alimentaire où on diminue de plus en plus ses quantités alimentaires. Et puis, avec quand même une perte de poids super importante. Après, les premiers symptômes, sans doute un contexte un peu psychologique particulier aussi, et d'autres problèmes connexes, psychologiques ou voire psychiatriques, ou de conflits dans la famille et une personnalité peut être un peu plus fragile, des antécédents d'autres troubles alimentaires comme la boulimie ou des choses comme ça. Et puis, il y a un sans doute un âge aussi, un peu critique dans lequel ça peut arriver. Comme autre symptôme, on a des problèmes lié à la perte de poids, mais là, on est déjà dans les carences alimentaires et on est dans des stades un peu plus évolués avec de la fatigue ou des vomissements.

2. Avez-vous déjà lu des recommandations ?

Comme ce n'est quand même pas ultra fréquent, je ne me suis pas spécialement intéressé non plus. Donc je n'ai pas fait de recherche mais je suppose qu'il y a plein de plein d'infos à trouver, comme dans tous les domaines sur Internet.

3. Avez-vous déjà suivi des formations à ce sujet ? Quelles ressources utilisez-vous (conférence, e-learning, glem, dodeca) ?

Non. On pas souvent de cas de Glem ou de Dodeca, avec des problèmes psy, il n'y en a pas des masses en fait. Et puis, c'est peut-être pas facile non plus comme sujets les sujets psychiatriques. On pourrait en faire mais bon..

4. Pensez-vous que c'est important en tant que médecin généraliste d'en connaître certaines notions, d'y être formé ?

Bon, ça, c'est important. Sans doute comme toute maladie. Après, peut-être qu'il faudrait plus se rappeler tous les signes avant-coureurs ou à se familiariser pour le détecter le plus vite possible. Cependant, je suis persuadé que le fait de détecter le plus vite possible est sûrement super important, pour entamer une prise en charge rapide et pas quand ça s'est déjà installé depuis fort longtemps. Donc oui, être formé, pour connaître les signes avant-coureurs pour ensuite pouvoir détecter la maladie au plus vite.

THÈME 2 : QUESTIONS CONCERNANT L'EXPÉRIENCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

5. Avez-vous déjà été amené à prendre en charge ou à suivre des patients anorexiques ? Si oui, combien (approximativement) ? Hommes/femmes ?

Il y en a une donc je me souviens bien. Et après, il y en a peut-être l'une ou l'autre mais qui ce sont résolu assez facilement. Après, je ne les prends jamais en charge tout seul. Et d'une manière générale, quand je l'oriente vers un pédopsy ou un psychiatre ou psychologue, je laisse plutôt faire le psychologue tout seul ou le psychiatre tout seul. Alors je dis toujours aux gens voilà, vous pouvez toujours venir quand vous voulez pour en parler si ça ne va pas. Mais j'essaie de ne pas trop interférer, pour ne pas avoir deux sons de cloche différents ou ne pas être sur la même longueur d'onde, ou créer de la discordance. C'est plutôt alors là un rôle plus d'écoute, de soutien et pour le restant de la famille ou pour les parents aussi. Donc oui, je me suis plutôt occupée de jeunes femmes surtout.

6. Pensez-vous qu'il y a une différence entre les médecins homme et femme ?

Je pense que les médecins femmes sont sûrement un peu plus sensibilisées. Peut-être que ça les touche plus haut. Je pense qu'il y a une différence entre les deux oui.

7. Pouvez-vous me donner un exemple qui vous a marqué ?

Elle ne voulait jamais venir de toute façon, c'est plutôt ses parents qui sont venus plusieurs fois me voir en me disant qu'elle maigrissait de plus en plus, qu'elle ne voulait plus manger ou qu'elle voulait manger en dehors des autres ou qu'elle inventait plein de problèmes au niveau digestif pour ne pas manger. Et puis, à un moment donné, elle avait perdu tellement de poids qu'elle a été obligée de venir me voir à ce moment-là. Mais après, c'était déjà super tard parce que je pense qu'elle était arrivée à 34 kilos et je sais plus trop bien à combien elle était au départ, mais sans doute quand même passé les 50 kilos. C'était super impressionnant. Et c'était difficile aussi d'en parler parce que le problème c'était toujours de ne pas reconnaître le problème. Et puis on est arrivé quand même à un cas de situation critique où on a fait des prises de sang qui étaient vraiment très mauvaises et on s'est dit qu'on ne pouvait pas non plus trop tarder et là, on a directement référé. J'ai fait un mot pour aller voir le pédopsychiatre. Elle ne voulait pas non plus, mais après, elle a quand même été un peu. Pendant un an ou deux je pense. Mais un suivi ambulatoire, elle n'a pas dû être hospitalisée. Elle devait avoir 15 ans la jeune patiente je crois. Ça n'a pas été super rapide du tout concernant sa guérison. Malheureusement, je voyais toujours les parents, elle je ne l'ai jamais vraiment suivie de près du coup on n'a pas vraiment beaucoup parlé. Et puis elle a été un peu mieux à un moment donné parce qu'elle avait rencontré un copain. Et puis, en allant chez le copain elle a commencé à manger un petit peu. Et puis, petit à petit, elle a repris un peu l'habitude de manger. Ça tient parfois à peu de choses, une remarque, un caractère, l'envie aussi de vouloir tout contrôler, tout dominer, une certaine volonté. Oui, je pense qu'il doit y avoir un profil un peu plus à risque que d'autres. Mais après, on n'avait pas vraiment remarqué. Et en plus, dans sa famille, les trois sœurs étaient un peu boulotte et peut-être qu'elle n'a pas accepté ? Il faudrait pourvoir en reparler avec elle, pour un peu voir ce qu'elle a encore comme souvenirs de cette époque-là. Et comment, avec un peu de recul, comment est-ce qu'elle voit les choses. Mais voilà, je n'ai pas eu beaucoup d'occasions et c'est toujours un peu délicat de reparler de ça si tout va bien. Je pense qu'on pourrait rechuter malgré tout, ou vers l'inverse, une période de boulimie ou un autre trouble alimentaire. Je ne sais pas si on en guérit tout à fait un jour.

8. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez quand vous traitez un patient anorexique ?

Le fait que la patiente ne voulait pas accepter sa maladie. Ou alors, elle savait très bien qu'elle avait un problème et elle voulait peut être pas en parler parce que je pense qu'à un moment donné, si tu perds 20 kilos, on se rend compte que c'est quand même peut être pas logique et pas normal et qu'il y a quand même un problème. C'est toujours ultra compliqué de trouver assez rapidement, que ce soit pour les enfants ou les adultes qui ont des problèmes psychiatriques, de trouver un psychiatre ou pédopsychiatre qui a le temps. Mais après, c'est un peu dans tous les problèmes psychiatriques chez les enfants, même chez l'adulte maintenant. Les rendez-vous, ça, c'est un peu un problème principal, mais on ne sait pas si on pourra faire grand-chose. Ou alors il faut en connaître un peu personnellement. Et moi, j'en connais pas. Je ne connaissais pas spécialement. Et puis voilà, les troubles du comportement alimentaire, c'est aussi une branche assez spécifique dans la psychiatrie.

Le problème ici, c'est que ce n'est pas elle qui est venue régulièrement dès le départ. La difficulté que j'ai rencontrée c'est de peut-être ne pas avoir instauré un climat de confiance à la base, suffisant pour que l'on puisse parler d'autres soucis ou d'autres problèmes plus tôt. Mais ici, c'était peut-être un peu compliqué puisque ça s'est fait un peu comme ça vis-à-vis des parents qui sont venus en désespoir de cause après avoir essayé plein de choses eux-mêmes.

THÈME 3 : QUESTIONS CONCERNANT LE DÉPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC DE L'ANOREXIE MENTALE :

9. Quels éléments vous ont mis sur la piste, de vous permettre de faire le diagnostic ? Est-ce souvent les mêmes ? Est-ce l'entourage ou le patient lui-même ?

Pour les autres cas rencontrés, c'est plutôt en fonction de l'examen physique et du poids et de l'évolution de la courbe de poids. Et peut-être aussi le fait d'être trop mince et de trouver ça tout à fait normal. C'est un peu comme le déni. Toujours trouver un peu des excuses ou des explications au poids. A voir si après discussion avec la patiente à propos des BMI cibles, en expliquant qu'il vaut mieux être au-dessus de 20 de BMI pour sa santé, elle accepte qu'elle a effectivement un poids trop faible pour sa taille ou pas. Si pas, ça met la puce à l'oreille qu'il y a un souci. Après, peut-être qu'au niveau psychologique, il y a peut-être d'autres éléments, mais ça ne me vient pas tout à fait en tête. Mais je pense qu'il y a quand même souvent un peu d'autres problèmes.

10. Quelles sont les barrières au diagnostic ? Et les facilitateurs ?

Alors comme facilitateurs, il y a les parents. Car ils peuvent rapporter comment ça se passe au moment des repas, par rapport à eux, par rapport aux frères et sœurs, éventuellement. Donc, s'il y a toute une série d'éviction des repas ou des vomissements ou un comportement qui met la puce à l'oreille aux parents qui se rendent quand même, je pense, vite compte qu'il y a un problème. Puisque nous on ne mange pas avec eux et on n'est pas les parents. S'il n'y avait pas les parents, ça retarderait cependant encore le problème puisque la patiente ne reconnaît généralement pas qu'elle est malade.

11. Retrouvez-vous des comorbidités chez ces patients ? Lesquelles ?

Et puis, à un moment donné, ça finit par donner des problèmes somatiques importants aussi, jusqu'à la mort. Mais dans un premier temps, je pense qu'il y a un peu toutes les comorbidités psychiatriques. Il y a d'ailleurs un peu tout un contexte. Je pense que ce n'est pas juste un truc lié au trouble alimentaire et que ça pourrait expliquer toutes les rechutes ou des dépressions par après ou d'autres problèmes.

12. Connaissez-vous le questionnaire SCOFF ? Si oui, l'utilisez-vous ? Si non, seriez-vous favorable à l'emploi de ce questionnaire lors de vos consultations ?

Non je ne connais pas.

(lecture du questionnaire)

Se faire vomir, c'est sûrement un point important. Le contrôle de ce qu'on mange ou la volonté oui ça c'est important. La perte de poids de 6kg en trois mois c'est peut-être un peu moins spécifique de l'anorexie mentale. On a le retour des parents et puis on pèse quand même en général, ou on demande le poids d'une manière super régulière quand même, des gens qu'on suit régulièrement. Une perte de 6 kilos en trois mois ça va quand même inquiéter le médecin d'une manière ou d'une autre, même indépendamment du problème d'anorexie. Mais après, on essaiera de voir d'où ça vient. Peut-être que ça permettra d'embrayer sur autre chose. Je pense que c'est super important le poids à contrôler, mais peut-être pas uniquement dans ce domaine-là. Tandis que les autres questions, elles sont un peu plus liées à l'anorexie. Pensez-vous que vous êtes gros ? Ça, les troubles de l'image corporelle, c'est aussi super important. Quand quelqu'un a un poids tout à fait normal et qu'il se trouve trop gros, c'est mauvais signe. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ? Je ne comprends pas trop la question. Personne va dire oui j'imagine. Je pense que les questions sont intéressantes, je ne les poserais pas tournées de la même façon je pense mais elles viendraient peut-être spontanément pendant l'anamnèse.

C'est toujours bien, d'avoir un petit questionnaire ou un petit pense bête à un moment donné, quelque part, qu'on puisse aller récupérer. D'autant plus que ce n'est pas des cas super courant, malgré tout. Donc moi, j'aime toujours bien avoir des petits copions.

13. Pensez-vous au diagnostic d'anorexie mentale lors d'une consultation classique ?

Mais des fois, ça m'est déjà arrivé de me dire tiens, c'est bizarre certaines patientes sont trop fines. Mais à la rigueur, je n'en parle pas directement. Après, je me dis je verrai un peu l'évolution du poids. Après, pour les 2 ou 3 comme ça que j'ai un peu en tête comme ça, même plus âgées, qui sont avec un poids peut-être autour de 20. Ça reste un petit peu stable, mais peut être que là-dedans, il y en a qui ont un peu d'anorexie, dans une certaine mesure. Je suppose qu'il y a toute une série de gradation dans l'anorexie. Mais je n'insiste pas auprès des patientes. Peut-être parce qu'on se sent pas trop à l'aise.

THÈME 4 : CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE L'ANOREXIE MENTALE :

14. Avez-vous une prise en charge différente avec ces patients ? Si oui, que changez-vous par rapport à vos autres consultations ?

Quand je suspecte ça directement, je reprends directement un autre rendez-vous en bloquant plus de temps pour éventuellement parler de problèmes psychologiques. Donc pour cette patiente ici, j'ai dit aux parents qu'il fallait prévoir un rendez-vous rien qu'à deux, un samedi matin, tranquille pour discuter. Une consultation rien que pour ça.

15. Comment prenez-vous en charge l'anorexie mentale ? Réalisez-vous- des bilans ?

J'ai donc fait un bilan sanguin. Après, comme elle avait perdu beaucoup de poids et comme elle avait des problèmes articulaires, je pense que j'ai fait quelques radios. Comme elle faisait aussi beaucoup de sport et à ce moment-là, elle était à fond dans le jogging. Peut-être aussi pour arriver à perdre du poids. Mais après le jogging n' allait plus parce que peut être qu'elle n'avait plus assez de muscles, puis des problèmes de chondropathie au niveau des genoux, puis au niveau des hanches. Des conséquences sans doute de l'anorexie, de l'alimentation. Comme elle se plaignait de ça aussi, ça a été un peu un argument pour qu'elle accepte de venir aussi. Mais sinon, dans le bilan j'avais fait de la prise de sang. J'ai pas fait d'ostéodensitométrie ou de choses comme ça. Peut-être qu'on en fera plus tard vers 50 ans. Au niveau de la prise de sang j'ai fait une complète. J'ai regardé au niveau de l'ionogramme, des protéines.

16. Connaissez-vous les traitements recommandés par les guidelines pour l'anorexie mentale ?

Non.

17. Que pensez-vous du rôle du généraliste dans la prise en charge de l'anorexie mentale ? (ressort du médecin généraliste ou plutôt du psychiatre ?) Référez-vous ? Si oui, où ? vers qui ? Connaissez-vous des centres de référence ? des spécialistes de référence ? des sites internet ?

J'accompagne de loin, pour ne pas interférer avec la prise en charge du psychiatre. Après, je pense qu'il faudrait peut-être être un peu plus sensibilisé au dépistage. Après, dans le suivi, tout est tellement compliqué que je vois ça comme une affaire de spécialistes. Et encore et encore. J'ai une ou deux adresses de pédopsychiatres chez qui j'envoie. Et puis, les parents essaient de se débrouiller un peu à trouver au plus vite.

THÈME 5 : A PROPOS DU SUIVI DU PATIENT ANOREXIQUE :

18. Quels sont les motifs de consultation et qu'est ce qui revient le plus fréquemment ? Avez-vous observé des spécificités quant aux motifs de consultations ?

Peut-être un certain repli sur soi, qu'elles ont arrêté certaines choses qu'elles faisaient avant. Peut-être des problèmes d'absentéisme à l'école. C'est vrai que la première patiente se plaignait beaucoup de maux de ventre auprès de ses parents.

19. Quelles sont les attentes du patient anorexique ?

Je pense que c'était plutôt convaincre et trouver un référent pour les parents. Et ici, comme la jeune patiente s'est décidée tardivement à faire quelque chose il n'y avait pas d'autre chose à faire que référer. On n'avait pas d'autres solutions parce que la perte de poids était trop importante. Mon rôle, je pense que ça a été un petit peu de presque la forcer à se soigner à un

moment donné. Donc, je ne sais pas. Je ne sais pas trop ce qu'elle pouvait attendre de moi puisqu'elle était dans le déni. Je pense que ça aurait pu encore traîner un peu sans les parents. Ça reste toujours malgré tout un sujet tabou. Peut-être que j'en ai pas reparlé non plus par après avec la patiente.

20. Comment vous sentez-vous face à un patient anorexique ? (solitude, mal-être,...)

Comme dis avant, je ne me sentais pas à l'aise. Mais par rapport au questionnaire, si on suspecte un début de problème, ça ne me poserait pas de souci de poser ce questions-là. Ces questions lui permettront peut-être de réfléchir un petit peu aussi, de se rendre compte que ce n'est pas normal et que c'est une maladie en soit et qu'il y a moyen de les aider ces patients.

THÈME 6 : OUTILS D'AIDE À LA CONSULTATION

21. Qu'est-ce qui vous aiderait à vous sentir plus à l'aise pour ce type de motif de consultation ? Que pensez-vous avoir besoin comme ressources pour améliorer votre prise en charge ?

Trouver peut-être des solutions pour repérer plus vite ou être plus attentif aux problèmes. Peut-être en sensibilisant plus les médecins. Mais bon moi je trouve qu'il y a trop de domaines, trop de choses à connaître. On pourrait faire ça pour toutes les maladies quasi. Et comme c'est quelque chose de relativement rare et peut-être l'âge du médecin qui fait qu'on ne s'investit pas dans tout et qu'on choisit certains domaines dans lesquels on s'investit plus et qu'on creuse un peu plus et qu'on nous intéresse un peu plus. Il y a tellement de choses qu'on voudrait approfondir dans tellement de domaines. C'est une pathologie certes très importante mais comme on ne la voit pas tellement souvent peut-être que c'est mieux d'approfondir ses connaissances dans d'autres domaines. Mais c'est une pathologie tellement complexe que c'est sûrement bien pour les patients de pouvoir dépister ça le plus vite possible et de les aider. C'est tellement difficile. Même pour les pédopsychiatre c'est tellement complexe que je me dis qu'est-ce que je vais pouvoir apporter de plus dans la prise en charge pour qu'il y ait un plus pour les patients. Par contre dans le dépistage, là je pense qu'on devrait être plus attentif et que je devrais essayer d'amorcer le dialogue plus vite. Après, qu'est-ce qu'il faudrait pour ça, c'est peut-être plus personnel. Essayer de sensibiliser les médecins à faire plus attention, à dépister plus rapidement.

THÈME 7 : PISTES D'ACTION

22. Avez-vous des idées de pistes d'action pour vaincre les obstacles auxquels font face les médecins généralistes avec la prise en charge de l'anorexie mentale? (des collaborations généraliste-spécialiste/généraliste-centre ?)

Je pense qu'il faudrait sensibiliser les patients et les médecins. Il faudrait pouvoir en parler plus ouvertement. Que cette pathologie existe, qu'on peut la soigner et que les patients peuvent en parler à leur médecin. Avoir peut-être une liste des spécialistes de la région qui prennent en charge ce genre de pathologie. Ce n'est quand même pas si courant et tellement grave comme pathologie. Comme il y a pour des problèmes de rhumatismes des lignes directes pour avoir des rendez-vous rapides. On pourrait peut-être avoir le même service pour l'anorexie. Pouvoir

avoir un contact avec un pédopsychiatre ou psychiatre, ne fut-ce que par mail pour expliquer le cas et puis qu'il recontacte le médecin ou la patiente pour accélérer un petit peu les choses. Quand le patient se décide à être pris en charge c'est déjà après tellement longtemps et donc s'il faut encore attendre 3 mois pour avoir un rendez-vous c'est un peu plus frustrant. Sinon pour sensibiliser les médecins je ne sais pas trop ce qu'il faudrait. Ceux qui s'en foutent un peu de cette maladie je ne sais pas trop ce qu'il leur faudrait pour qu'ils changent d'avis.

7.9.7. Retranscription entretien MG7

QUESTIONS GÉNÉRALES ET ÉPIDÉMIOLOGIE :

Je suis généraliste, installée depuis 4 ans maintenant à Libramont, donc c'est dans une petite commune rurale. On est en groupement, on est 5 généralistes et on a aussi secrétaires et infirmières. Il y a aussi des kinés dans la structure.

THÈME 1 : QUESTIONS RELATIVES AUX CONNAISSANCES DES MÉDECINS SUR L'ANOREXIE MENTALE :

1. Pour vous l'anorexie mentale qu'est-ce-que c'est ? Savez-vous me citez quelques symptômes ?

Alors je vais essayer de m'en souvenir. Moi, je dirais que c'est une maladie psychiatrique quand même où il y a clairement un obstacle ou refus de se nourrir et une volonté extrême de perdre du poids. Une déformation de l'image de soi aussi. Des choses comme ça. Pour les symptômes, le premier c'est un BMI inférieur à 18. Et puis, il y a toutes sortes de symptômes, comme de la tachycardie, du lanugo, les ongles abîmés, des malaises.

2. Avez-vous déjà lu des recommandations ?

Non, mis à part ce qui a été dit aux cours.

3. Avez-vous déjà suivi des formations à ce sujet ? Quelles ressources utilisez-vous (conférence, e-learning, glem, dodeca) ?

Non, je ne pense pas. Et pour les ressources, je me tourne surtout vers l'équipe, je cherche une psychologue pour m'aider. Parfois des spécialistes aussi. Si c'est des moins de 18 ans, je n'hésite pas à référer en pédiatrie, par exemple. Sinon comme ressources, j'utilise beaucoup UpToDate quand j'ai des questions.

4. Pensez-vous que c'est important en tant que médecin généraliste d'en connaître certaines notions, d'y être formé ?

Oui, parce qu'on est toujours en première ligne de tout. Donc, si on ne dépiste pas et qu'on n'oriente pas vers les bonnes structures, je pense qu'on passe à côté de quelque chose.

THÈME 2 : QUESTIONS CONCERNANT L'EXPÉRIENCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

5. Avez-vous déjà été amené à prendre en charge ou à suivre des patients anorexiques ? Si oui, combien (approximativement) ? Hommes/femmes ?

J'ai en tête une patiente qui avait vraiment des troubles du comportement alimentaire, notamment boulimie. Je pense qu'elle avait eu une phase anorexique. Moi, quand je l'ai connue, elle était plus anorexique en l'occurrence un BMI en dessous de 18 mais elle gardait des troubles du comportement alimentaire, en tout cas.

J'ai pas l'impression que c'est très fréquent comme maladie. Après peut-être que vu qu'on n'y est pas sensibilisé peut-être qu'on passe beaucoup à côté.

6. Pensez-vous qu'il y a une différence entre les médecins homme et femme ?

Bonne question. J'ai l'impression que c'est aussi une accroche entre le patient et le médecin. Donc, vu que c'est souvent des filles quand même qui sont anorexiques. Peut-être qu'elle va plus accrocher avec un homme qu'une dame. Mais j'ai l'impression que les femmes sont quand même plus attentives à ce genre de soucis et peut être plus à même de prendre le temps qu'il faut pour suivre ce genre de patients qui demande du temps.

7. Pouvez-vous me donner un exemple qui vous a marqué ?

Donc moi c'était une jeune de 19-20 ans, je dirais, quelque chose comme ça. Qui venait me voir d'abord c'était pour des plaintes un peu psychosomatiques. Ce n'était pas très clair. Des genres de maux de ventre, ou des maux de tête, je sais plus, mais quelque chose de pas très franc. Et puis finalement, elle m'a expliqué qu'elle avait des TCA, donc des troubles du comportement alimentaire. Et de fil en aiguille, en fait, on s'est dit que c'était à cause de ça qu'elle avait mal à la tête ou qu'elle faisait des malaises. Donc elle ça se manifestait, en fait, par exemple, elle mangeait une tartine de choco, elle était malade d'imaginer que la tartine de choco était dans son estomac donc elle allait se faire vomir. Des choses comme ça. Et elle voulait absolument avoir une alimentation saine. Donc elle allait un peu à contre-courant de sa famille qui n'était pas très saine, qui s'en foutait d'aller trois fois par semaine à la friagerie ou de manger une pizza surgelée. Elle, elle se faisait des salades toute seule dans son coin. Elle faisait sa petite popote. Elle ne mangeait plus ses repas avec la famille, du coup, parce qu'elle ne voulait pas être tentée par ce qu'ils mangeaient. Et alors elle faisait du sport aussi à outrance, elle allait courir 6-7 km tous les jours ou plusieurs fois par semaine, en tout cas. Et puis, finalement, elle voulait aussi intégrer une école de police. Ça, c'était un peu son rêve, entre guillemets. Donc voilà, on a mis toute une prise en charge en route pour qu'elle puisse pour intégrer cette école de police. Mais sainement quoi, pas en étant épuisée parce qu'elle court 7 fois semaine et qu'elle bouffe que de la salade, quoi. Donc voilà, ça, c'était comment elle fonctionnait.

Il a fallu qu'elle accepte d'aller voir une psychologue parce que ça, c'était dur. Elle ne voulait pas aller voir une psychologue parce qu'elle savait d'où venaient un peu ses troubles. Elle ne m'a jamais expliqué en détail, mais je pense qu'il y a eu des soucis avec son père qui faisait des violences sur sa maman notamment et sur elle je pense qu'il y a eu aussi quelque chose, mais je ne sais pas trop dire quoi. Elle ne voulait pas du tout parler de ça, elle ne voulait pas aller chez une psychologue pour remuer un peu tous ces traumatismes-là. Donc, finalement, j'ai trouvé une psychologue qui était spécialisée dans les troubles du comportement et donc j'ai négocié avec elle plusieurs consultations pour qu'elle accepte d'aller la voir. Finalement, elle a accepté et là, vraiment, ça lui a fait du bien. On voyait vraiment qu'il y avait quelque chose qui se mettait en place parce qu'elle avait arrêté de vomir. Elle avait repris un rythme qu'elle avait perdu parce que comme elle ne mangeait pas avec ses parents, elle mangeait à 22 heures puis elle allait dormir à 2 heures du matin pour se lever à 10 heures du matin. Il y avait plus du tout de rythme dans sa vie, donc elle a été voir cette psychologue.

Elle voulait aussi voir une diététicienne parce qu'elle estimait qu'elle mangeait pas assez sain. J'avais dit que je voulais bien qu'elle aille voir une diététicienne, mais que cette diététicienne allait lui apprendre à manger correctement et à avoir aussi de l'énergie, à avoir des calories, chose qui était impensable pour elle comme manger des pommes de terre le soir. Je sais que

la psychologue lui a fait lire des articles ou en tout cas des petits textes sur l'anorexie, etc, et ça, ça la fait travailler, elle a réfléchi un peu à des choses dont on voyait vraiment qu'elle s'améliorait. Et puis, au moment où ça a commencé à devenir un peu plus profond et où la psychologue a essayé de commencer à parler de son passé, etc. Elle s'est un peu braquée et je crois qu'elle avait arrêté d'y aller. Donc, voilà. Et moi, de mon côté, je la voyais tous les tous les mois je pense. Et j'avais mis en place aussi une petite médication, j'avais mis de la Quétiapine en place à petites doses pour essayer de la remettre en rythme, en fait, le soir par rapport à la journée, parce qu'elle dormait plus, elle me disait qu'elle avait des énormes troubles du sommeil, des choses comme ça. La Quétiapine aussi parce qu'un moment, j'étais vraiment inquiète. Je sais plus pourquoi, mais je pense que je me disais qu'elle se mettait en danger et il y avait une espèce de psychose qui s'est développée sur le fait de manger que de la salade et être folle parce qu'on a mangé une tartine de Nutella, ou une frite ou quelque chose comme ça. Donc de mon côté, j'avais mis ça en place et voilà. Et puis en fait, cette fille, j'étais assistante quand je la suivais et je savais que je partais donc je l'avais prévenue à l'avance, que je ne pourrais plus la suivre puisque je déménageais. Donc je l'avais prévenue et donc on a fait le relais avec une de mes collègues qui a fait une formation en nutrithérapie justement. Donc, on l'a rencontrée, une ou deux fois ensemble pour faire une consultation conjointe. Et voilà. Après, je ne sais pas ce qu'elle est devenue puisque je suis partie. Mais je l'ai vu 10 fois environ, régulièrement, pour la suivre.

Et la psychologue spécialisée, c'est une collègue à moi qui m'en a parlé. Sinon je ne sais pas ce que j'aurais fait. Je pense que j'aurais été en hôpital universitaire ou vers des cliniques du poids ou des choses comme ça pour essayer de l'aider. Mais là, l'avantage, c'est que c'était tout près de chez elle aussi donc elle n'avait pas d'excuse pour me dire qu'elle ne savait pas y aller. Et alors oui, ce qui motivait aussi, sa prise en charge, c'est que comme elle voulait faire l'Ecole de police, elle avait des examens à passer, notamment médicaux. Et donc, elle voulait être en bonne santé, entre guillemets, pour passer ces examens-là. Il y avait des examens médicaux, des examens sportifs, donc c'est pour ça qu'elle se donnait aussi de trop. Et moi, je devais aussi remplir un questionnaire à propos de ses problèmes de santé.

8. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez quand vous traitez un patient anorexique ?

Ce que je trouve super difficile, c'est qu'on n'a pas vraiment de traitement. Ce n'est pas comme une pneumonie où on donne un antibio et c'est réglé. Ici, il faut que la patiente accepte de faire le diagnostic. Parce que moi, avec la patiente, ça a déjà pris un temps pour que je comprenne que tous ces troubles un peu somatiques étaient en fait le signe qu'il y avait des TCA sous-jacents, donc ça, c'est déjà le premier truc difficile. Ça prend du temps de faire le diagnostic. Et puis, une fois qu'on a fait le diagnostic, je me demandais ce qu'il fallait faire maintenant. Parce que OK, c'est bien d'avoir un diagnostic, mais il faut encore avancer avec ça. Et donc, ce que je trouvais super difficile, c'est que je sentais qu'il y avait une relation de confiance, mais je n'avais pas les bons outils. Je ne savais pas scientifiquement ce que je devais faire. Je me doutais bien que je devais l'écouter et que je devais essayer de comprendre. Je m'étais dit que je devais essayer de l'examiner à chaque fois, de l'ausculter et de prendre sa tension à chaque fois. Mais en termes de médicament, je ne savais pas trop quoi donner s'il y avait quelque chose à donner.

Je cherchais des aides extérieures, donc de trouver des personnes un peu ressources. Moi, j'ai eu de la chance que ma collègue connaissait une psychologue spécialisée. Et puis, deuxième point, c'est que la personne veuille bien se faire aider par l'extérieur. Donc, ça c'est difficile. Et puis ce qui est difficile, c'est que c'est parfois un pas en avant, trois pas en arrière, même si vous faites une petite avancée d'un côté et bien non, ça ne va pas parce que il y a eu tel ou tel événement dans la vie de la patiente et elle a reculé. C'est super frustrant quand on veut guérir ou soigner, en tout cas. Donc, c'est patience, patience, patience. Et voilà. Je ne suis pas sûre que je suis très bonne à ce jeu-là parce que c'est vite épuisant je trouve mais, ça peut être très enrichissant quand ça va bien aussi.

THÈME 3 : QUESTIONS CONCERNANT LE DÉPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC DE L'ANOREXIE MENTALE :

9. Quels éléments vous ont mis sur la piste, de vous permettre de faire le diagnostic ? Est-ce souvent les mêmes ? Est-ce l'entourage ou le patient lui-même ?

Le fait qu'elle se présente à ma consultation avec des plaintes répétitives, genre mal de tête, mais pas du tout caractéristique d'une migraine, par exemple, ou quelque chose vraiment de somatique. Et puis, rien ne va. On essaie une chose puis une autre chose mais ça n'allait jamais. Toujours des plaintes comme ça à répétition. Et en l'occurrence, elle venait seule. Il n'y avait pas d'entourage pour elle. Donc, finalement, c'est elle même qui m'a dévoilé ses troubles.

10. Quelles sont les barrières au diagnostic ? Et les facilitants ?

Comme je disais avant, c'est vrai qu'il y a le déni de la patiente et la peur de la braquer en abordant le sujet. Et puis le fait qu'on a eu très peu d'informations au sujet de cette maladie lors des cours universitaires et que du coup je n'ai pas vraiment d'outils scientifiques dont je peux me servir. Après le diagnostic, si on pèse la patiente, on la mesure, on a un BMI déjà inférieur à 18 et puis qu'on a ces plaintes somatiques répétées qui sont un peu sans queue ni tête. Souvent, des patientes un peu instables, qui manquent des rendez-vous qui appellent, puis qui n'appellent plus, des choses comme ça, moi, ça me met un peu la puce à l'oreille. L'entourage aussi, parfois, qui vient tirer la sonnette d'alarme, je pense que ça se fait. Et le frein je trouve que c'est surtout après le diagnostic, en fait, que l'on trouve qu'il y a plein de freins à la prise en charge correcte. C'est vrai que les patientes vont banaliser sûrement le poids avec des excuses ou des choses comme ça. La patiente en elle-même est un frein. Concernant la prise en charge, le frein principal c'est le réseau, sur qui on peut compter. Moi, je ne connais peut-être pas le réseau, mais je me demande qui je peux appeler, qui est spécialisé là-dedans, qui est-ce qui va pouvoir aider ma patiente. Et le deuxième frein à une bonne prise en charge c'est la patiente en elle-même de nouveau parce qu'elle doit accepter d'aller voir une équipe, qui doit accepter d'être suivie par d'autres professionnels de la santé. Parfois, la famille et le contexte psychosocial est un frein. Dans le sens où cette fille-là, elle n'avait pas de voiture, je pense, et sa famille n'était pas très encline à la conduire à gauche et à droite, donc, c'était aussi un frein pour elle d'aller en rendez-vous plus loin. Et de nouveau, si on prend une psychologue privée, c'est le prix aussi. Pour les jeunes de 19-20 ans qui doivent dépenser 50 euros à chaque consultation psy c'est compliqué.

11. Retrouvez-vous des comorbidités chez ces patients ? Lesquelles ?

L'anxiété. Elle avait de l'anxiété. C'est ça qui avait aussi un peu motivé ma prescription de Quétiapine. Des troubles du sommeil aussi, elle était complètement dérégulée.

12. Connaissez-vous le questionnaire SCOFF ? Si oui, l'utilisez-vous ? Si non, seriez-vous favorable à l'emploi de ce questionnaire lors de vos consultations ?

Non.

Lecture du questionnaire.

Ma patiente répondait quasi oui à tout. Mais elle n'avait pas perdu de poids. C'est intéressant. Je pense que ce seraient des questions qui seraient intégrées dans l'anamnèse ou que les patients répondent parfois naturellement.

C'est un peu comme le questionnaire pour la dépression du DSM 4 où il y a 7-8 questions. Moi, j'utilise ça parce que ça me donne une petite ligne de conduite dans mon anamnèse. Donc ça pourrait être ça aussi pour ce score. Il faudrait juste tourner les questions pour que ce soit fluide dans l'anamnèse.

13. Pensez-vous au diagnostic d'anorexie mentale lors d'une consultation classique ?

Non, je n'y pense pas spécialement.

THÈME 4 : CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE L'ANOREXIE MENTALE :

14. Avez-vous une prise en charge différente avec ces patients ? Si oui, que changez-vous par rapport à vos autres consultations ?

Oh oui. Je pense que je suis différente déjà dans mon approche. Enfin, avec certains patients, je fais un peu d'humour, on parle un peu franco, on se dit des anecdotes, on rigole. Alors que là, je vais me mettre beaucoup plus dans une attitude où je me mets un peu en retrait et je vais essayer d'écouter beaucoup, d'être compréhensive au maximum, je ne vais pas faire de blagues ou de choses comme ça. Je ne vais pas être drôle et joviale. Ça va être beaucoup plus posé comme consultation et je n'hésite pas à mettre des doubles rendez-vous donc, au lieu de 20 minutes, je vais mettre 40 minutes parce que je sais que ça va me prendre du temps. Et aussi, je vais planifier des rendez-vous à chaque fin de consultation pour essayer de fixer des objectifs pour chaque consultation. Ce que je ne fais pas spécialement avec les autres patients classiques comme un suivi de diabète par exemple à je dis qu'ils doivent prendre rendez-vous dans trois mois et je leur laisse prendre le rendez-vous eux-mêmes, alors que là avec les patients anorexiques je vais le fixer moi-même. Donc, ce sera plus cadré.

15. Comment prenez-vous en charge l'anorexie mentale ? Réalisez-vous- des bilans ?

J'ai fait une prise de sang, pour surveiller les carences. Je n'avais pas fait d'ECG par contre.

16. Connaissez-vous les traitements recommandés par les guidelines pour l'anorexie mentale ?

Non.

17. Que pensez-vous du rôle du généraliste dans la prise en charge de l'anorexie mentale ? (ressort du médecin généraliste ou plutôt du psychiatre ?) Référez-vous ? Si oui, où ? vers qui ? Connaissiez-vous des centres de référence ? des spécialistes de référence ? des sites internet ?

Non, je ne pense pas que c'est nous qui avons le rôle principal. On peut être un relais et quelqu'un de confiance, mais je pense que ça doit être soigné par des spécialistes. Des sites internet, non. Pour les centres de références, par exemple, je sais qu'il y a une clinique pour les TCA justement, qui s'appelle La Ramée à Uccle. Et je pense qu'à Liège aussi, il y a une consultation avec une gastro-pédiatre qui suit quelques anorexiques. Je connaissais la psychologue de mon lieu d'assistanat, mais elle est trop éloignée de chez moi maintenant. Donc je ne connais pas de nouvelle psy proche de chez moi et spécialisée. Moi, je me sens trop dépassée, en fait, pour soigner ça. Ou peut-être que je suis trop impatiente aussi pour prendre en charge ces patients-là. Mais j'ai tellement pas de ligne de conduite que c'est difficile pour moi. Et par exemple, si on envisage une hospitalisation, dire à des parents que leur fille ou leur fils reste hospitalisé à Bruxelles, à deux heures de chez eux c'est un frein parce qu'ils ne peuvent pas se dire que s'il y a un problème ils peuvent monter en un quart d'heure. Mais c'est spécifique à ma région.

THÈME 5 : A PROPOS DU SUIVI DU PATIENT ANOREXIQUE :

18. Quels sont les motifs de consultation et qu'est ce qui revient le plus fréquemment ? Avez-vous observé des spécificités quant aux motifs de consultations ?

Des trucs psychosomatiques. Donc, des plaintes un peu vagues, des malaises et des vertiges aussi. Et finalement, on a pu expliquer ça après qu'elle avait des vertiges parce qu'elle n'avait peut-être pas un bon équilibre dans sa vie, à manger, puis de se faire vomir. Elle perdait de l'énergie, en fait, au lieu d'en regarder.

19. Quelles sont les attentes du patient anorexique ?

Non. Au début, je ne comprenais pas et je me disais « Mais pourquoi elle vient ? Qu'est-ce que ce que je loupe ? Qu'est-ce qu'elle cherche finalement ? ». Parce qu'on tournait un peu en rond. Et puis, une fois qu'on a mis le doigt sur le problème j'ai senti qu'elle me faisait confiance et donc elle a accepté aussi de faire son suivi avec moi. Et donc, je ne sais pas si elle cherchait vraiment une solution à ça, mais elle avait aussi cette école de police dans son viseur. Donc il fallait quand même qu'elle ait mon aval pour la faire ou en tout cas que je signe son papier de bonne santé.

20. Comment vous sentez-vous face à un patient anorexique ? (solitude, mal-être,...)

Un peu incompetente dans le sens que c'est pas simple comme prescrire un amoxicilline et de dire de revenir si ça ne va pas. C'est un travail de longue haleine, souvent épuisant. Et oui, il faut que les patientes soient d'accord de se soigner parce que si nous on cherche à les soigner mais qu'elles ne veulent pas c'est sûr qu'on s'épuise. Ça, c'est clair. C'est tout un cheminement pour qu'elles en viennent à accepter de se soigner. Beaucoup de discussions. On prend un peu un rôle de psychologue je trouve dans ces situations-là, plus que de généraliste. Mais c'est peut-être parce que je n'ai pas les bons outils non plus pour les suivre. De plus, ça peut amener

de la frustration. Nous, en tant que médecins généralistes, on est dans cette optique de soigner. Et ça ne marche pas ou bien c'est très long et lent. Donc c'est un autre genre de médecine que celle qu'on fait d'habitude. Moi, je trouvais ma gratitude dans la relation de confiance qu'elle avait avec moi et je me dis que c'est quand même quelque chose qui me faisait sentir utile. Mais à part ça, ce n'est pas des consultations où on va se sentir valorisé entre guillemets. Comme quand on soulage quelqu'un de quelque où c'est des petites récompenses du quotidien. Là, il y a souvent pas beaucoup de récompense aux consultations. Donc il faut de l'énergie.

THÈME 6 : OUTILS D'AIDE À LA CONSULTATION

21. Qu'est-ce qui vous aiderait à vous sentir plus à l'aise pour ce type de motif de consultation ? Que pensez-vous avoir besoin comme ressources pour améliorer votre prise en charge ?

Qu'on me dise quoi faire déjà. Je pense que ce serait vraiment bien si un psychiatre ou un spécialiste de l'anorexie nous disait « vous en tant que médecin généraliste, votre rôle c'est de faire ça, ça et ça ». Savoir ce qu'il faut définir comme objectifs entre les consultations du spécialiste. Surtout travailler ensemble, parce que quand les patients sont suivis par un psychiatre et que nous on reçoit aucun rapport, on a que l'écho de ce que le patient nous dit, si ça avance ou pas. Souvent on fait deux chemins parallèles mais pas ensemble, avec le psychiatre ou le spécialiste. Je trouve ça dommage de ne pas suffisamment communiquer entre les spécialistes et nous qui ne savons pas grand-chose.

Si les psychiatres pouvaient déjà faire un rapport de consultation et peut-être nous communiquer des petits objectifs à la fin du rapport de consultation par exemple « je suis telle patiente, pour tel trouble et il est important qu'en tant que médecin généraliste vous puissiez faire ça. JE trouve que c'est super intéressant.

Une formation c'est bien mais si on est dans la situation je trouve parce que si je suis une formation mais que je ne suis pas de patients anorexiques pendant un petit temps, le jour où j'aurai mon suivi je vais plus me rappeler de ce qu'on m'avait dit lors de cette formation. Alors il faudrait que je puisse avoir accès à des ressources facilement le jour où je suis confrontée à la situation.

THÈME 7 : PISTES D'ACTION

22. Avez-vous des idées de pistes d'action pour vaincre les obstacles auxquels font face les médecins généralistes avec la prise en charge de l'anorexie mentale? (des collaborations généraliste-spécialiste/généraliste-centre ?)

Suggérer aux psychiatres qu'ils nous envoient des petites conduites à tenir en fait pour nous les généralistes, pas que pour les patients. Je ne sais pas si ça existe un site internet sur l'anorexie, mais ça pourrait être intéressant de pouvoir consulter un site où il faudrait aussi pouvoir retrouver un réseau. Que des noms de professionnels soient répertoriés avec des numéros de téléphone, d'adresses mail et classés en fonction des régions peut-être.

Pour ce qui est du frein de la patiente, pour la rendre consciente de ce qui lui arrive, peut-être que ça devrait passer par de la sensibilisation au sens large, dans les écoles, sur les réseaux sociaux. Parce que c'est beaucoup de jeunes qui utilisent des réseaux sociaux.

Hier j'ai reçu une affiche à mettre au cabinet concernant les violences conjugales et familiales et elle référençait un numéro que les victimes pouvaient joindre si elles en avaient besoin. On pourrait peut-être faire pareil pour l'anorexie. Mettre à disposition des patients un chat où les patientes peuvent écrire, parce qu'ils ne veulent peut-être pas forcément en parler à voix orale ou trouver un médecin avec qui en parler. On pourrait créer des connexions entre patients et soignants et peut-être même entre patients aussi.

7.9.8. Retranscription entretien MG8

QUESTIONS GÉNÉRALES ET ÉPIDÉMIOLOGIE :

Je suis assistant en deuxième année de médecine générale dans le Hainaut. Je travaille dans une association médicale, dans un centre médical à l'acte. Trois heures par semaine je fais de l'ONE.

THÈME 1 : QUESTIONS RELATIVES AUX CONNAISSANCES DES MÉDECINS SUR L'ANOREXIE MENTALE :

1. Pour vous l'anorexie mentale qu'est-ce-que c'est ? Savez-vous me citez quelques symptômes ?

L'anorexie mentale, selon ce que je pense, ce serait plutôt une pathologie qui serait dans le domaine de la psychiatrie et qui interviendrait dans le trouble alimentaire. Une pathologie où les personnes du coup ont des problèmes liés à l'alimentation. Alors bon, si je considère la boulimie c'est plutôt le fait de manger et après, de se faire vomir. L'anorexie, peut-être de ne pas manger, ou alors de manger également, mais après se faire vomir dans tous les cas. En tout cas, d'avoir un problème au niveau de l'apparence et du coup de vouloir perdre du poids constamment.

2. Avez-vous déjà lu des recommandations ?

Non pas vraiment.

3. Avez-vous déjà suivi des formations à ce sujet ? Quelles ressources utilisez-vous (conférence, e-learning, glem, dodeca) ?

Pas suivi de formation non plus. J'avais utilisé mes cours qu'on avait eu. J'avais aussi téléphoné à un psychiatre privé qui m'avait un peu conseillé et après par la suite, un psychiatre qui était présent à « La Ramée », un centre spécialisé pour les anorexiques. Ça c'était quand c'était en aigu et urgent. Mais sinon, dans le suivi, je n'ai pas vraiment de conseils bien précis.

4. Pensez-vous que c'est important en tant que médecin généraliste d'en connaître certaines notions, d'y être formé ?

Oui, clairement, je pense que c'est important. Bon, je pense qu'il n'y a pas 36 anorexiques dans la pratique, mais au final, ne serait-ce qu'un ou deux, c'est eux qui prennent le plus de temps sur la journée. Et c'est important parce qu'en soit au point de vue complications surtout et suivi au jour le jour, ça reste quand même assez compliqué, aussi bien du point de vue somatique mais aussi du point de vue psychologique, d'apprendre à avoir une prise en charge la meilleure possible.

THÈME 2 : QUESTIONS CONCERNANT L'EXPÉRIENCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

5. Avez-vous déjà été amené à prendre en charge ou à suivre des patients anorexiques ? Si oui, combien (approximativement) ? Hommes/femmes ?

Deux femmes, âgées de 18 et 30 ans je pense.

6. Pensez-vous qu'il y a une différence entre les médecins homme et femme ?

Je pense que tout dépend de la relation qu'on a avec le ou la patiente. Après, c'est vrai que typiquement, les deux femmes dont je me suis chargée elles étaient quand même assez manipulatrices. Je pense qu'il y avait quand même une relation avec l'homme qui était un peu différente par rapport à la une relation qu'elle pouvait avoir avec ma collègue, par exemple. Je pense qu'elles agissaient pas de la même façon. Après, je pense que oui. Enfin, est-ce que c'est lié ? Est-ce que c'est le hasard ? Ou alors, est-ce que c'était parce que c'étaient des femmes ? Et que du coup, il y avait une relation qui était un peu différente. Je ne sais pas dire. Mais c'est vrai que la relation se trouvait quand même différente si c'est une femme ou un homme. Mais du coup avec ma collègue, elle était beaucoup moins manipulatrice, je pense. Après, voilà, c'est une collègue qui était plus âgée et qui a le franc parler. Moi, je suis plus cool, à l'écoute. Mais du coup, je pense qu'elles avaient un côté manipulateur, qu'elles avaient avec plus ou moins tout le monde, mais avec moi ce côté manipulateur, a été beaucoup plus présent et dominant avec moi qu'avec ma collègue.

7. Pouvez-vous me donner un exemple qui vous a marqué ?

Moi, je l'ai rencontrée le premier jour de stage de cette année. Je la vois parce que c'est un contexte familial assez compliqué. Elle vient avec son ex-compagnon avec qui elle vit toujours parce qu'elle a un enfant avec cette personne. Dans les antécédents médicaux, dans le dossier, il est bien mis, antécédents d'anorexie, qu'elle a déjà hospitalisée pour ça, antécédent d'ostéite mandibulaire suite aux vomissements, etc. Et donc, elle vient parce qu'elle dit qu'elle perd du poids et qu'elle se sent de moins en moins bien. Donc moi, je la vois, je décide de faire une prise de sang. À ce moment-là, il y a pas grand-chose. Et je décide de la revoir deux semaines après pour refaire un peu le point et de voir un peu comment ça va au point de vue psychologique et aussi au point de vue somatique. La prise en charge, a commencé à avoir lieu comme ça, où je la revoyais assez souvent parce qu'il y a une hypokaliémie qui s'est déclenchée et elle avait aussi des troubles du rythme liés à l'hypokaliémie. Donc, il y a eu des prises de sang régulière, parfois, c'était toutes les septante deux heures, parfois toutes les semaines, avec une compliance qui n'était pas fantastique parce que parfois, on détectait une hypokaliémie et elle allait aux urgences ou soit elle ne voulait pas prendre ce traitement parce qu'elle ne le supportait pas les traitements per os. La prise en charge a été très compliquée. Du coup, après voilà, moi, je me suis investi un peu pour essayer de l'hospitaliser. Elle avait déjà quitté un centre spécialisé pour anorexie, où elle avait décidé par elle-même de le quitter. Elle ne voulait pas aller à Van Gogh parce qu'elle pensait que c'était un hôpital pour des fous. Elle était très ambivalente, à la fois elle voulait se faire aider et en même temps, elle ne voulait pas réaliser toutes les démarches qu'on voulait mettre en place avec une psychologue, un psychiatre, etc. Au final, la conclusion a été qu'on a réussi à l'hospitaliser dans un centre pour anorexie à La Ramée où, après deux ou trois semaines, elle a aussi décidé de partir avec de nouveau des hypokaliémies récurrentes. Elle est revenue ici à domicile et là, ça s'est un peu envenimé parce que du coup, il y a un contexte familial très délétère avec en parallèle, un conflit avec sa mère et sa famille en général. Par exemple, il y a deux semaines, elle avait complètement décompensé psychiquement, elle a commencé à prendre plein de médicaments en voulant se suicider, voulant se mutiler sur un trottoir. Et donc, à ce moment-là, la police m'a appelé parce qu'elle voulait poignarder un policier et son ex-compagnon. Et du coup j'ai dû la mettre en

observation, j'ai dû l'hospitaliser de force. Au final, après deux ou trois semaines, elle a voulu quitter l'hôpital psychiatrique. Et vu que je l'avais mise en observation elle n'a plus voulu me voir du coup. Si on ne l'avait pas mise en observation, elle aurait peut-être été jugée pour ses faits et ses gestes. Il n'y aurait pas eu d'excuse en guillemets de maladie psychiatrique derrière tout cela. Maintenant, elle sera peut-être réhospitalisée dans un centre d'ici 2 ou 3 semaines. Mais on a toujours des hypokaliémies basses avec des 2,2. On essaye de donner du Kalium. Elle continue à se faire vomir. La plainte est toujours présente mais au point de vue somatique, c'est plus ou moins équilibré malgré le potassium, mais elle arrive à supporter. Au point de vue du psychique c'est un peu en attente jusqu'à la nouvelle hospitalisation à La Ramée prochainement.

8. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez quand vous traitez un patient anorexique ?

Il y a plusieurs volets, je pense. Il y a le volet un peu social où je pense que clairement dans son contexte, il y avait un contexte familial qui était très compliqué avec son ex-compagnon, sa mère. C'est très compliqué d'un point de vue social de pouvoir combiner le tout. Et actuellement, cette dynamique familiale n'est pas du tout réglée. Et je pense qu'en tant que médecin généraliste, c'est quand même assez compliqué de pouvoir régler ça de la bonne manière en sachant que c'est quand même des lourds antécédents. Le deuxième point c'est du point de vue psychique où là, ça reste un peu compliqué parce qu'elle est fort ambivalente. Il y a une grosse ambivalence de sa part où elle veut bien se faire aider, mais en même temps, elle n'accepte pas la demande du psychiatre ni la demande de la psychologue. En tant que médecin traitant on joue un peu le rôle du psychologue, mais en même temps on prescrit des médicaments pour lesquels il y a un risque qu'elle en abuse de ces médicaments ou inversement, qu'elle ne les prenne pas du tout. Donc, du point de vue psychique c'est clairement pas évident. Mais alors le point de vue somatique, il y a toutes les complications de l'anorexie. Typiquement, l'hypokaliémie c'est en tout cas le plus gros problème pour l'instant. Par exemple, les grosses hypokaliémies à 1,7 ou 1,8 où on ne sait pas si elle va survivre, si elle va aller aux urgences alors qu'on lui dit. Entre guillemets, il y a les droits du patient où elle fait un peu ce qu'elle veut mais il y a des limites. Est-ce qu'on la met en observation ou est-ce qu'on ne la met pas. Parce qu'elle se met réellement en danger. Ou alors, est-ce qu'elle est totalement consciente de la chose. Est-ce que c'est lié à l'anorexie ou pas sa mise en danger ? On flirte toujours au niveau de la limite pour tout. Mais c'est surtout au point de vue somatique où tu te dis bon, ok, là, il y a un risque quand même mortel à court terme ou à long terme. Là, c'était surtout à court terme. Tu dors pas très bien la nuit parce que tu demandes si elle sera morte le lendemain. Mais qui plus est aussi parce qu'elle était jeune, elle a 27 ou 28 ans. Pour la prise en charge du coup on y accorde peut-être encore plus d'importance vu son âge, quand c'est une jeune qui est sur le point de mourir alors que c'est quelque chose qui est très traitable et qui n'est pas très compliqué à faire. Il n'y a pas besoin de grande thérapeutique, il faut qu'elle prenne son médoc.

THÈME 3 : QUESTIONS CONCERNANT LE DÉPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC DE L'ANOREXIE MENTALE :

9. Quels éléments vous ont mis sur la piste, de vous permettre de faire le diagnostic ? Est-ce souvent les mêmes ? Est-ce l'entourage ou le patient lui-même ?

Elles étaient toutes les deux connues anorexiques. Je n'ai pas eu de diagnostic à faire. Après, voilà, c'est quand même des personnes qui viennent en consultation et ça se voit qu'elles sont anorexiques. Elles pèsent 35, 40, 45 kilos. Elles ont une flaccidité au niveau de la peau, etc. On voit qu'elles ont perdu beaucoup de kilos. On voit qu'elles se font quand même vomir assez facilement. Elle avait aussi des marques au niveau de ses doigts, elle se mutilait aussi. D'un point de vue physique, ça se voyait bien.

10. Quelles sont les barrières au diagnostic ? Et les facilitateurs ?

Les facilitateurs sont plutôt les signes physiques qui peuvent nous mener au diagnostic. Et les comportements évoqués à l'anamnèse, comme le fait de se faire vomir. Donc c'est à l'anamnèse que c'est le plus évident je trouve.

Comme barrière, il y a le fait qu'elle cache des choses, le déni de sa part. Ou alors le fait qu'elle soit consciente, mais qu'elle ne veuille pas le dire par honte ou par peur. Aussi, il y a le comportement peut-être un peu manipulateur. Où on ne sait pas trop ce qu'elle veut, ce qu'elle ne veut pas. La barrière principale c'est l'ambivalence, un peu pour tout.

11. Retrouvez-vous des comorbidités chez ces patients ? Lesquelles ?

Surtout, abus d'alcool, d'anxiolytiques, de somnifères, d'antidépresseurs, etc. Il y a surtout un abus, des tentatives de suicide avec ce genre de consommation. Et là, par exemple, typiquement, elle avait une ostéite mandibulaire liée à sa pathologie. Des personnes qui ont déjà fait un ou plusieurs séjours en psychiatrie, ou alors dans des centres spécialisés. On voit clairement le contexte psychique qui prédomine également. Et après, je sais pas si c'est une comorbidité mais le contexte social aussi un peu compliqué, pas forcément plus pauvre, mais dans une dynamique familiale assez compliquée, avec plein de disputes, de mésentente chez les uns et avec les autres, une enfance difficile, etc.

12. Connaissez-vous le questionnaire SCOFF ? Si oui, l'utilisez-vous ? Si non, seriez-vous favorable à l'emploi de ce questionnaire lors de vos consultations ?

Non pas du tout.

Lecture du questionnaire.

Ça pourrait être utile, je pense dans les cas où on hésite peut-être un peu sur le diagnostic et du coup on peut poser ces questions.

13. Pensez-vous au diagnostic d'anorexie mentale lors d'une consultation classique ?

Ouais, ça me vient en tête. Tout dépend de la personnalité de la personne. Je vais peut-être pas lui en parler, mais je peux comprendre que peut-être, elle est anorexique ou autre. Si sa plainte n'est pas ça et que je comprends qu'elle est anorexique, je vais peut-être essayer d'en parler discrètement ou alors d'en reparler à un autre moment concernant ses habitudes alimentaires ou autres. Mais bon, c'est quand même assez tabou. Du coup, je vais peut-être essayer d'en parler délicatement, mais je ne vais pas en parler tel quel en disant le mot anorexique ou autre. Il y a quand même une démarche à avoir pour ne pas l'offenser.

THÈME 4 : CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE L'ANOREXIE MENTALE :

14. Avez-vous une prise en charge différente avec ces patients ? Si oui, que changez-vous par rapport à vos autres consultations ?

S'il y a un contexte psy, je prends peut-être un peu plus de temps. Au lieu de 20 minutes, je prends peut-être une demi-heure ou 40 minutes. Bon, il y a un suivi du coup aussi pour toutes les plaintes somatiques. La kaliémie pour laquelle il y a toutes des prises de sang régulières et des appels téléphoniques toutes les 72 heures ou tous les 3-4. La fréquence de consultation augmente, les consultations sont plus importantes et le suivi est beaucoup plus rapproché que si t'étais une petite mamie qui a juste besoin d'un renouvellement de ses médicaments pour toutes ses pathologies chroniques.

Je ne pesais pas d'office à chaque consultation parce que du coup, quand tu vois tous les trois jours, ça n'avait pas d'intérêt. Je ne faisais pas de manière systématique, mais de temps en temps, sur un mois ou souvent sur un trimestre. Du coup, je pesais de temps en temps pour voir un peu l'évolution parce que si je voyais qu'elle perdait 2 ou 3 kilos, je me dis alors que c'est peut-être pire qu'avant et qu'il est peut-être temps encore de mettre d'autres choses en place.

15. Comment prenez-vous en charge l'anorexie mentale ? Réalisez-vous- des bilans ?

Je fais une prise de sang, je pèse et je mets en place un suivi régulier avec un suivi psy. Tout ça si la personne le veut bien. Aller voir un psychiatre, ça n'aurait pas fait de tort. Même si ça n'avait pas été grave, je pense que j'aurais quand même conseillé d'aller dans un centre spécialisé pour anorexie pour qu'elle s'en sorte. Comme bilan complémentaire j'avais aussi fait un ECG au vu de l'hypokaliémie et du risque du trouble du rythme. Et il n'était peut-être pas catastrophique mais bien anormal du coup. Un bilan cardio avait été fait. Et une fois, il y a eu des diarrhées et du coup j'ai fait une copro. Il y avait eu l'ostéite aussi du coup elle avait dû voir le chirurgien par rapport à ça.

16. Connaissez-vous les traitements recommandés par les guidelines pour l'anorexie mentale ?

La psychothérapie et les médicaments je sais pas trop lesquels.

17. Que pensez-vous du rôle du généraliste dans la prise en charge de l'anorexie mentale ? (ressort du médecin généraliste ou plutôt du psychiatre ?) Réferez-vous ? Si oui, où ? vers qui ? Connaissez-vous des centres de référence ? des spécialistes de référence ? des sites internet ?

Si le lien thérapeutique est bon avec la personne et que la patiente est habituée à voir son médecin généraliste alors il est hyper important. C'est le rôle le plus important quasiment. Mais après, c'est énergivore. Et toutes les conséquences et les mauvais côtés de la prise en charge c'est le médecin généraliste qui doit les prendre en charge parce que toutes les complications arrivent directement en première ligne. Tout dépend aussi du fait d'être consciencieux ou pas en tant que médecin, je pense. Il y a peut-être des médecins qui diraient « bon laisse tomber elle a qu'à se débrouiller ». C'est hyper important parce que typiquement, le médecin

généraliste peut être la personne à juger s'il faut une mise en observation ou la référer dans un centre, si ça commence à dégénérer complètement.

De plus, en général, le lien thérapeutique est difficile à avoir du coup elles changent pas de médecin constamment. Elles font confiance même si elles manipulent et qu'elles sont ambivalentes, etc. Elles reviennent quand même toujours plus ou moins chez les mêmes personnes. Aller voir d'autres personnes c'est difficile. Par exemple, j'avais proposé d'aller voir la psychologue ou la psychiatre et elle ne voulait pas parce que c'étaient de nouvelles personnes. Mais donc, si le lien thérapeutique est fait avec la personne et bien typiquement le médecin généraliste, ce sera la première personne référente et sera la personne avec qui elle aura tous les contacts.

Ici du coup, j'ai référé. Je voulais voir un peu l'évolution. Tout dépendra aussi du bon vouloir de la patiente. Si elle acceptait la psychothérapie, parce qu'il y avait un contexte de dépression associé, si elle acceptait la mise en place d'un antidépresseur et que ça allait mieux et bien alors j'aurais décidé de régler ça de manière ambulatoire. Mais à partir du moment où il y a des complications liées à la pathologie, qu'elle prend pas les médicaments, qu'elle est hyper ambivalente et que les complications sont potentiellement mortelles, je me suis dit que j'étais obligé de référer et que je ne pouvais pas faire autrement.

Je ne connais pas de spécialiste. Mais je connais le centre « La Ramée », un autre centre à Braine-L'Alleud « Le Domaine ».

Je ne connais pas de sites Internet non.

THÈME 5 : A PROPOS DU SUIVI DU PATIENT ANOREXIQUE :

18. Quels sont les motifs de consultation et qu'est ce qui revient le plus fréquemment ? Avez-vous observé des spécificités quant aux motifs de consultations ?

Typiquement, la patiente elle venait pour l'hyperkaliémie. C'est vrai que j'ai pas dû poser de diagnostic et la patiente quand elle s'est présentée le diagnostic était déjà connu. Mais j'aurais dit que c'étaient peut-être plus des plaintes somatiques.

19. Quelles sont les attentes du patient anorexique ?

Je pense qu'elles attendent peut-être une écoute. Je pense qu'on est peut-être une bouée à qui elles peuvent se rapprocher. Peut-être que le médecin est pour elles aussi une personne qu'elles peuvent manipuler, mener en bateau comme la famille ou autre.

Je pense que globalement c'est la capacité d'écoute et pouvoir essayer de trouver une solution, enfin j'espère. Par exemple, typiquement, j'avais demandé d'aller au centre de « La Ramée », elle a quand même été puis elle est partie après trois semaines. Globalement, elle écoute pas tout le temps mais dans certaines situations je pense qu'elle écoute quand même le médecin et qu'elle a donc envie d'avoir un avis extérieur. Mais clairement parfois, on est juste la personne qu'elle aime bien manipuler.

20. Comment vous sentez-vous face à un patient anorexique ? (solitude, mal-être,...)

Je trouve que c'est intéressant d'un point de vue psychique et somatique. Clairement, c'est pas des consultations « banales », ça sort un peu de l'ordinaire. Mais c'est des patients qui sont très énergivores, ça te bouffe du temps, de l'énergie et clairement même nous psychologiquement c'est pas évident je trouve. Bon après on doit faire face à toutes situations mais je trouve que ça implique quand même grandement le médecin et du coup ça a quand même des conséquences psychologiques sur nous. On se pose 36 000 questions sur notre pratique médicale, si on a bien fait ou pas, si c'était comme ça qu'il fallait faire ou pas. Pour au final elle fait quand même aucune des choses pour lesquelles on se torture l'esprit. On se pose peut-être encore plus de questions que pour une exacerbation de BPCO où c'est clair pour le traitement et la prise en charge. Ici il y a quand même le psychique qui rentre en jeu du coup la relation avec le patient c'est ce qui va engendrer toutes les conséquences de ce que le patient va faire ou ne pas faire. Je trouve que c'est plus impactant pour le médecin. Je pense que quand le patient est devant moi je suis à l'aise mais c'est plutôt par après, dans la prise de décision que c'est pas évident. Parce qu'il y a toujours le point d'interrogation sur est-ce qu'elle va faire ce que je lui ai demandé de faire ou pas. La prise de décisions, quand c'est des choses somatiques, c'est clair, on sait ce qu'on doit faire. Quand c'est psychique c'est différent du coup parce que faut faire bien faire passer le message et c'est un peu plus compliqué. Me sentir à l'aise avec la personne oui mais c'est plutôt après est-ce que j'ai pris les bonnes décisions ou pas que je commence à me poser 36 000 questions. Je trouve que c'est important d'avoir un réseau sinon tu te sens un peu démunie. Tu ne sais pas quoi faire, tu te sens un peu isolé, c'est compliqué.

THÈME 6 : OUTILS D'AIDE À LA CONSULTATION

21. Qu'est-ce qui vous aiderait à vous sentir plus à l'aise pour ce type de motif de consultation ? Que pensez-vous avoir besoin comme ressources pour améliorer votre prise en charge ?

Je pense que typiquement, avoir une offre de centres d'anorexie ou de psychiatres à disposition même par avis téléphonique ou autre ou avoir une consultation téléphonique rapide. Ça ça nous aiderait déjà beaucoup en médecine générale je trouve pour nous sauver de situations urgentes. Parce que bon quand on appelle et qu'on nous dit que la patiente sera hospitalisée dans 4 semaines, qu'est-ce qu'on va faire pendant ce temps-là ? Du coup c'est surtout ça. Je pense qu'après c'est important d'avoir un réseau, des collègues qui nous entourent pour voir si ils sont d'accord avec nous et pour avoir un soutien dans des prises de décisions. Parce que c'est clairement des prises de décision plus importantes. Typiquement la mise en observation c'est lourd. Et puis il y a la famille aussi qu'on doit gérer. D'un point de vue théorique, je suis pas sûr que ça va améliorer grandement la chose. Si c'est une formation plutôt pratique, avec des mises en scène ou des petits tips pratique nous disant ce qu'il faut faire dans telle situation ou autre situation. Avoir des solutions pratiques dans la vie de tous les jours, une formation pratique par rapport à ça ce serait bien. Après, la formation théorique peut être intéressante mais on peut aller sur UpToDate ou Pubmed pour avoir la théorie. Chacun est libre de revoir ou de ne pas revoir de toute façon mais c'est vrai que je pense que c'est bien de revoir. La pratique clairement on en manque et ça se fait avec l'expérience.

THÈME 7 : PISTES D'ACTION

22. Avez-vous des idées de pistes d'action pour vaincre les obstacles auxquels font face les médecins généralistes avec la prise en charge de l'anorexie mentale? (des collaborations généraliste-spécialiste/généraliste-centre ?)

Je pense que typiquement un réseau entre médecins généralistes ayant déjà eu des expériences avec des patients anorexiques pour aider les autres médecins généralistes. Après ça c'est un idéal. Est-ce qu'une entraide serait possible ou pas à voir. Avoir un psychiatre à disposition des médecins généralistes pour les patients anorexiques. Avoir des petites formations de psychiatres qui s'adressent aux médecins généralistes ça pourrait être une autre idée. Et que les médecins partagent leur expérience avec les assistants je pense que c'est important pour leur expérience. Mais du coup plutôt des turcs pratiques ou avec des situations pratiques pour pouvoir dire après dans telle situation je fais ça ou dans telle situation je fais ça. Des brochures ça peut être pas mal. Après elles sont peut-être destinées aux médecins plutôt qu'aux patientes. Je sais pas si ce serait efficace. Je sais pas si tous les médecins suivent d'aussi près les patientes anorexiques. Peut-être sensibiliser les médecins sur les conséquences notamment somatiques de l'anorexie mentale. Et qu'ils soient sensibilisés sur le fait qu'elles peuvent potentiellement mourir. Moins tu pratiques moins tu connais.

7.9.9. Retranscription entretien MG9

QUESTIONS GÉNÉRALES ET ÉPIDÉMIOLOGIE :

Voilà, je suis médecin généraliste à Thuillies, donc dans une région rurale, un village de 2000 habitants et j'ai 57 ans. J'ai quatre enfants. J'ai fait de l'ONE mais je n'en fais plus.

THÈME 1 : QUESTIONS RELATIVES AUX CONNAISSANCES DES MÉDECINS SUR L'ANOREXIE MENTALE :

1. Pour vous l'anorexie mentale qu'est-ce-que c'est ? Savez-vous me citez quelques symptômes ?

J'ai pas étudié avant. Un trouble du comportement alimentaire qui s'installe progressivement, l'air de rien, et qui montre le mal être, en général, d'une jeune fille qui est souvent dans la perfection et dans le contrôle. Ce sont des jeunes filles très perfectionnistes en général et qui veulent tout contrôler.

2. Avez-vous déjà lu des recommandations ?

Non.

3. Avez-vous déjà suivi des formations à ce sujet ? Quelles ressources utilisez-vous (conférence, e-learning, glem, dodeca) ?

Non je n'ai pas suivi de formation à ce sujet.

Je ne vais pas sur Internet. Dans un premier temps, j'essaye un peu d'écouter. L'anorexie elle ne se plaint pas spécialement en général. Elle vient parce qu'on l'oblige un peu à venir, mais en général elle vient pas. C'est plutôt la famille ou la maman, souvent la maman, qui vient en parler et puis qui vient avec la jeune fille. C'est souvent comme ça que ça se passe, parce que la jeune fille, elle, se cache. Son problème, elle n'en est pas trop consciente. Ça dépend des cas de figure un peu différents, mais donc il peut y avoir peut-être une jeune fille qui vient régulièrement et sans qu'on puisse vraiment comprendre pourquoi elle vient, ce sont des plaintes différentes et puis, on remarque qu'il y a une perte de poids, de l'anxiété. Et puis, c'est comme ça qu'on arrive parfois à nouer des pistes. Mais au départ, elle ne vient pas pour ça en général la jeune fille. C'est plutôt la famille qui vient. Donc, il faut quand même être un peu psychologue pour en parler avec la personne concernée et dédramatiser parce que plus on va mettre de la pression, au pire ça va être. Donc, il faut essayer un petit peu de renouer le dialogue et de dédramatiser. Et puis alors de référer. Moi je réfère dans des centres spécialisés parce que souvent, les psychologues, c'est trop complexe. L'anorexie, c'est vraiment quelque chose de très complexe. Ce n'est pas la même chose qu'une petite crise d'adolescence, c'est quelque chose de plus grave. Donc, bon, heureusement, ça n'arrive pas souvent. Enfin, dans ma pratique, je n'en ai pas eu beaucoup ou alors ce n'était pas des vraies anorexies. C'était un petit peu borderline, mais là, j'avais envoyé à l'hôpital, dans des centres spécialisés.

4. Pensez-vous que c'est important en tant que médecin généraliste d'en connaître certaines notions, d'y être formé ?

Oui, et bien écoute ce n'est peut-être pas une bonne idée, mais bon, en connaissant mes patients, je ne fais pas quelque chose de très systématique. C'est un petit peu intuitif. Tu vois la personne comment elle est. Objectivement, la perte de poids, l'énergie vitale qui est un petit peu gaspillée et finalement, la personne est plus triste face à toutes des petites choses comme ça. Mais moi, honnêtement, je n'utilise pas des grilles ou des questionnaires, mais ça doit sûrement exister, mais je les utilise pas.

THÈME 2 : QUESTIONS CONCERNANT L'EXPÉRIENCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

5. Avez-vous déjà été amené à prendre en charge ou à suivre des patients anorexiques ? Si oui, combien (approximativement) ? Hommes/femmes ?

Oh pas beaucoup. J'ai transitoirement suivi une patiente anorexique, mais qui est décédée entre temps et qui avait déjà été hospitalisée, qui a été prise en charge. Je ne l'ai pas vraiment prise en charge. Elle était anorexique, mais ce n'était pas moi qui faisait la prise en charge parce qu'elle était suivie. Elle est décédée entre parenthèses d'anorexie. Une autre jeune patiente que j'ai suivi pour anorexie et qui va mieux, mais quand il y a des soucis, elle a tendance à rebasculer. Ici d'ailleurs, elle est revenue la semaine passée parce qu'il y avait une rupture sentimentale et de nouveau, perte de poids et elle est revenue vers moi. Donc je pense que peut-être qu'elle a plus facile à venir à en parler avec moi qu'avec d'autres personnes alors qu'elle a été suivie à Ottignies, il y a déjà longtemps. Il y a eu une thérapie familiale. Et puis, ça a pas donné énormément de résultats. Puis elle a été suivie en thérapie courte par une psychologue et puis finalement ça va tout doucement mieux, mais de temps en temps, elle peut craquer un peu quand elle a des difficultés. Et ici j'ai une jeune maman qui vient d'accoucher et qui n'est pas bien. La mère de la jeune maman est venue tout à l'heure et elle en a parlé. Elle est en train, je pense, de basculer dans l'anorexie et on va essayer de la voir. De temps en temps, il y a des petits accès de filles qui font des régimes et qui auraient pu basculer dans l'anorexie et qu'on arrive un petit peu à freiner. Mais on sent que ça pourrait vite basculer. Il faut intervenir à ce moment là parce qu'il faut vraiment recadrer, expliquer le danger avant que ça ne soit déjà embarqué sur l'anorexie. Parce que ça, c'est quand même des choses qui peuvent arriver très très facilement. Alors donc, je n'ai pas de nombre, je ne saurai pas dire voilà, ce n'est pas énorme, mais surtout des femmes.

J'ai suivi un patient anorexique de 42 ans qui était passé par « La Ramée » après une hospitalisation à Saint-Michel pour troubles dépressifs majeurs, trouble boulimique-anorexique et trouble de la personnalité narcissique borderline. Evidemment je n'ai pas reçu de rapport de La Ramée. Quand il décompense il doit recontacter La Ramée.

6. Pensez-vous qu'il y a une différence entre les médecins homme et femme ?

Mais peut-être qu'une femme va être plus sensible, à voir des changements chez une autre femme. Peut-être qu'une femme va être plus attentive. Je pense que la femme est tout de même plus psychologue. Quand on est maman, peut-être on a plus cette intuition de voir que c'est bizarre, qu'il y a des choses qui ne vont pas, je ne sais pas. Il y a des hommes qui sont très intuitifs aussi. Mais bon, en général, ça les intéresse moins. Je pense qu'il y a des femmes qui n'ont peut-être pas non plus beaucoup de tact ou de psychologie.

7. Pouvez-vous me donner un exemple qui vous a marqué ?

La dernière, elle est venue il y a pas tellement longtemps. Il y a quelques mois, elle est venue parce que justement, elle venait d'accoucher, elle est stressée, elle avait des problèmes de digestion et elle avait déjà perdu du poids. Et je lui fais une prise de sang. Je l'ai pesée. On a un peu discuté et elle n'est plus revenue. Et puis sa maman est venue tout à l'heure et elle m'a dit que sa fille, ça n'allait pas. Elle a encore maigri. J'ai posé des questions à la maman. La fille est logopède, elle ne veut pas manquer à son travail, elle s'hyperinvestit dans son travail aussi. Elle s'hyperinvestit avec sa petite fille. Ici, par exemple, elle m'expliquait que pour un anniversaire elle a tout fait de A à Z, elle a fait des biscuits, elle a fait la décoration, elle a tout fait. Elle s'épuise dans tout mais elle dit que tout va bien, tu vois. J'ai proposé à la maman qu'elle lui demande de revenir. Je pense qu'elle va revenir. Mais il faudra y aller mollo parce qu'il y a un déni de ce problème-là par rapport à la maman. La maman le sent, mais la fille lui dit qu'elle s'inquiète toujours pour rien et que ça va bien. Alors que sa maman voit bien qu'elle maigrit et qu'elle n'est pas bien et qu'elle ne mange trois fois plus rien. Elle est suivie par une psychologue qui lui a dit qu'elle devait retourner voir son médecin parce qu'elle ne va pas bien et qu'il faudra peut-être envisager une hospitalisation. Donc, la fille est effrayée. Elle en a parlé à sa maman « pas question qu'on parle d'une hospitalisation, j'ai ma fille et mon travail ». Il faut vraiment y aller mollo. Parce que déjà, rien que d'avoir dit ça elle va peut-être pas venir à la consultation, donc vraiment il faut faire attention. C'est vraiment délicat. Il faut y aller mollo. Il ne faut pas brusquer. Il faut qu'il y ait de la confiance. Il faut être à l'écoute, mais faut pas être trop directif, envoyer dans des centres qui s'en occupent bien. Enfin, je sais pas, moi, je n'ai pas de recette miracle.

Elle doit avoir 30 ans maintenant. Elle est venue la première fois parce qu'elle était un peu plus fatiguée, un peu plus stressée. Et là, elle avait commencé à perdre du poids. Et par le passé, elle l'avait déjà fait. Elle a déjà fait un peu de dépression. C'est une fille qui avait commencé la médecine, elle avait réussi sa première année. Elle a réussi sa deuxième année, mais elle a changé d'orientation parce qu'elle stressait énormément. Elle a arrêté pendant un an ou deux. Elle a plus fait d'études parce que ça l'a épuisée psychologiquement. Et puis, elle a fait après la logopédie, qu'elle a toujours bien réussi. C'est une fille qui est super sensible, super angoissée et très perfectionniste. Et là, maintenant, elle a eu un bébé et elle s'est un peu épuisée. Et voilà, elle bascule un peu, à mon avis, vers l'anorexie.

Par exemple, j'ai des jeunes filles et il y en a une qui est devenue infirmière, entre parenthèses, il n'y a pas tellement longtemps, elle était un peu boulotte. Et puis, je l'avais renvoyée chez une diététicienne. Et là, un moment, elle a commencé à se prendre à ça et elle a commencé à maigrir très, très, très fort. Et donc là, on a vraiment vu que ça avait basculé. Là, il faut faire attention. À un moment, j'en ai eu une autre. On ne peut pas dire qu'elle soit anorexique, mais il a fallu vraiment intervenir parce que ça pouvait très vite basculer. Elle a un conflit avec sa maman. Ses parents sont séparés. Je l'avais envoyée aussi chez une diététicienne. Et puis elle était revenue et elle était jamais contente de ce qu'elle perdait. Elle perdait du poids et c'était jamais assez. Donc j'ai téléphoné à la diététicienne en disant qu'on était en train de basculer dans l'autre versant. Donc, on a retravaillé un petit peu. J'ai envoyé chez la psychologue. Elle

a accepté et elle s'est stabilisée. Elles ne sont pas réellement anorexiques, mais ça pourrait vite basculer. C'est ça qu'il faut faire un peu attention.

La patiente qui est décédée de l'anorexie, je l'ai suivie, mais pas beaucoup. Parce que c'était une patiente de mon papa. Elle était bizarre, elle a même fait des tentatives de suicide. C'était une ancienne institutrice. Elle est en incapacité de travail. Elle devait avoir 30-35 ans à l'époque. Et elle est décédée. Mais je me rappelle plus trop bien.

8. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez quand vous traitez un patient anorexique ?

C'est l'ambivalence qui n'est pas facile. Oui, elles viennent, mais c'est toujours un peu compliqué parce que c'est tellement dans le contrôle de ce qu'elles disent, de ce qu'elles font, que c'est compliqué. Il faut un travail en plus, parce qu'il y a bien souvent un problème relationnel au sein de la famille. Donc le médecin généraliste, il ne sait pas tout prendre en charge et peut être là pour essayer de guider, pour essayer de faire un dépistage, de faire de la prévention. Mais quand il y a une anorexie qui est fort installée, je pense que le médecin généraliste il n'est pas capable de tout faire parce qu'il faut faire plein de choses. On peut déjà revoir la patiente dans sa famille pour voir pourquoi il y a cette fragilité. Pourquoi il y a une mauvaise estime d'elle-même. Pourquoi elle a tellement un manque de confiance qu'elle doit toujours prouver quelle est la meilleure. Pourquoi elle éprouve du plaisir, finalement, à tout vouloir contrôler. Donc, il doit y avoir des thérapies familiales, des thérapies personnelles, comportementales et cognitives, les TCC. Donc le médecin généraliste il n'est pas suffisant pour gérer ça, mais il est parfois là pour initier et après pour soutenir, entretenir. Et puis, c'est vers nous qu'ils reviennent. Donc je pense que c'est important de garder aussi sa petite place parce qu'on est quand même toujours important, une personne de référence et de confiance. Mais quand il y a une anorexie sévère, je pense qu'il faut vraiment une équipe. Enfin, si c'est une anorexie sévère.

THÈME 3 : QUESTIONS CONCERNANT LE DÉPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC DE L'ANOREXIE MENTALE :

9. Quels éléments vous ont mis sur la piste, de vous permettre de faire le diagnostic ? Est-ce souvent les mêmes ? Est-ce l'entourage ou le patient lui-même ?

Je ne sais pas parce que c'est des patients que je suis depuis qu'ils sont petits et on sent qu'à un moment il y a quelque chose qui ne va pas. Quand je vois quelqu'un qui n'est pas bien, je me pose la question je vais là-dedans. J'ai tendance à poser les questions. Je ne sais pas. Je ne me dis pas ce n'est pas grave, je m'en fous, elle ne vient pas pour ça. C'est quelque chose auquel je suis sensible. J'essaye de faire attention et si je sens qu'il y a quelque chose, j'en parle. Maintenant, c'est pas pour ça que je vais faire un diagnostic parce que peut-être que je passe à côté parce qu'on va pas m'en parler. Il y a un peu d'empathie à avoir, mais il n'y a pas que l'empathie, il y a des critères objectifs. S'il y a une perte de poids rapide, un hyper investissement dans les études ou dans le travail, un surmenage sportif, toutes ces choses-là, c'est aussi interpellant.

La patiente, elle, ne vient pas pour ça. Elle ne vient jamais pour ça. Enfin, je pense. Elle vient pour des autres choses. Et bon, c'est l'occasion d'en parler. Ou alors, quand la famille en a un

peu parlé, alors je peux dire « écoute, j'ai un peu vu ta maman, j'aimerais bien que tu m'expliques si tu trouves qu'il y a eu un changement récent ». Sans mettre de pression parce qu'autrement, ça ne va pas. C'est pas très systématique ma façon de faire, c'est un petit peu au cas par cas. Il faut être diplomate, il faut proposer des choses, dédramatiser, mais en même temps montrer que ça peut être quand même très grave. Il faut aussi que la famille lâche un peu la personne parce que plus on va se braquer, plus ça va couper le contact et la communication. Donc c'est pas toujours évident.

Souvent, c'est l'entourage quasiment chaque fois. Ou alors une perte de poids quand même assez conséquente sur peu de temps. Ou un changement de mode de vie, s'emballer sur une activité qui consomme beaucoup d'énergie, beaucoup de sport, s'engager dans des choses qui sont fatigantes dans le travail. Vouloir tout gérer. Un changement de comportement.

10. Quelles sont les barrières au diagnostic ? Et les facilitants ?

Elles ne sont pas d'accord en général, quand on dit « attention ». Mais c'est là qu'il faut faire attention. Parce que si on est un peu trop violent dans le diagnostic, il faut leur laisser le temps de faire le cheminement, d'accepter parce qu'autrement ça va être non. C'est le déni du problème. Et c'est pour ça, elles ne viennent pas parce qu'elles se sentent pas mal, en fait, et elles se sentent pas mal du tout. Elles sont pleine d'énergie, elles ont envie de prouver toujours qu'elles sont les meilleures. Elles veulent tout contrôler. Il y a la discordance entre ce qu'elles disent et puis la façon dont on la trouve, elle maigrit, on la trouve peut-être un peu plus triste. Et puis, le contexte familial aussi. C'est cette discordance entre la non-reconnaissance de la pathologie par la patiente et puis ce qu'on observe, donc, la perte de poids, le surinvestissement, les changements de comportements alimentaires. Parce que bon, ils font semblant, elle chipote, elle mange moins. Donc l'entourage le voit. C'est toujours contester, c'est compliqué. Et puis alors, ça devient un peu des conflits et ce n'est pas facile à gérer. Quand le diagnostic est un peu accepté, je leur propose de revenir de temps en temps pour suivre le poids. On va un petit peu discuter. Parfois, il faut faire des prises de sang parce qu'on voit qu'il y a des carences carabinées, elle est carencée en vitamines, en fer, en protéines. Donc là aussi, c'est une façon, un peu de faire un suivi, mais ce n'est pas suffisant. Parce que ça, c'est des chiffres, mais ça n'aide pas au niveau psychologique. C'est un marqueur pour dire que ça s'est stabilisé, que ça a l'air d'aller mieux, mais c'est pas suffisant. Et alors proposer un suivi chez une diététicienne, parfois, c'est à double tranchant parce que moi, j'ai des patientes qui se sont tellement passionnées pour ça que ça faisait l'effet contraire parce qu'elles auraient utilisé encore plus les calories. C'était toujours trop de calories, alors c'était encore pire. Donc, c'est pas facile. Je dis parfois c'est même dangereux de les envoyer vers une diététicienne parce que ça fait parfois encore pire, parce qu'il y a encore plus de contrôle sur la nourriture. Et comme en général, les anorexiques sur des filles très intelligentes en général et qui sont très perfectionnistes, elles vont se passionner pour ça, elles vont tout connaître mieux que la diététicienne.

11. Retrouvez-vous des comorbidités chez ces patients ? Lesquelles ?

Les conflits familiaux, on ne le sait pas toujours. Parce qu'on pourrait se dire que ce sont des parents quand même aimants, puisque c'est eux qui viennent avec l'enfant. Mais bon, on ne

vit pas avec. On ne sait pas toujours très bien ce qui se passe. Oui, je pense qu'il y a souvent trop de pression. Mais bon, c'est un peu logique des parents qui voient leur fille maigrir, ils ont tendance à la surprotéger et à la pousser à faire autrement. Mais parfois, ça fait l'effet contraire. Mais en général, moi, ce n'étaient pas des jeunes filles avec des parents maltraitants. Celle qui est décédée je ne sais pas. Je connaissais pas la famille. Mais je pense qu'il y avait quand même un problème psychiatrique supplémentaire à l'anorexie.

12. Connaissez-vous le questionnaire SCOFF ? Si oui, l'utilisez-vous ? Si non, seriez-vous favorable à l'emploi de ce questionnaire lors de vos consultations ?

Je pense que je vois un petit. Ça me dit quelque chose. C'est l'histoire avec les pertes de poids et tous ces machins-là. Donc, perte de poids en temps. Il n'y a pas beaucoup de questions. Non, je ne pose pas les questions comme ça mais je pourrais les poser. Je pense que je ne dois pas les poser comme ça. Moi, ça me dérangerait de poser comme ça. Moi, je pense que c'est un peu direct. Moi, je les poserai plus en les intercalant dans ma conversation sans poser la question directement. Mais bon, ça, c'est des choses fondamentales. Ça peut être utile oui. Il peut servir d'électrochoc. Mais peut-être qu'il faut laisser le temps à la patiente d'y réfléchir.

13. Pensez-vous au diagnostic d'anorexie mentale lors d'une consultation classique ?

Non.

THÈME 4 : CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE L'ANOREXIE MENTALE :

14. Avez-vous une prise en charge différente avec ces patients ? Si oui, que changez-vous par rapport à vos autres consultations ?

Ça va être plus ciblé sur le dialogue si l'autre dialogue évidemment parce que parfois l'autre ne dialogue pas et c'est plutôt du monologue alors. Avec les prises des paramètres. Donc une consultation psy avec des éléments objectifs comme le poids. Mais bon, moi, j'aime pas toujours le faire, qu'à chaque fois que les gens viennent prendre le poids, je trouve que ça ne va pas parce qu'alors, ça fait vraiment punition entre guillemets. Parce que si on le fait à chaque fois, ça le rappelle à la personne et qu'elle n'a pas grossi, elle va pas revenir. C'est parfois un petit peu gendarme. C'est pas toujours notre rôle non plus. Il faut être à l'écoute. Et c'est ça qui est bien, c'est qu'il y ait une équipe aussi et qu'elle soit prise en charge quand ce sont des vrais anorexiques. Quand c'est borderline à ce moment-là, on peut gérer un peu soi-même, mais il faut quand même vérifier que ça ne bascule pas. Et donc là, il y a la partie examen clinique, mais bon, ça va relativement vite.

15. Comment prenez-vous en charge l'anorexie mentale ? Réalisez-vous- des bilans ?

Donc ça peut vite basculer du coup je mets les pieds dans le plat. Je dis attention, c'est bien, mais un moment sans qu'on s'en rende compte, on peut prendre du plaisir à vouloir tout contrôler. Et puis, finalement, on n'est jamais content. On se trouve toujours trop grosse. On ne voit pas la réalité. On se voit différente que ce qu'il y a vraiment dans le miroir et donc un décalage entre l'image et le corps. Et donc là, il faut faire attention. Je dis « regarde tes vêtements, tu vois bien que tu as minci, tu as perdu des tailles ». Et puis elle se trouve toujours trop grosse. À un moment, il faut vraiment dire attention. Il ne faut pas avoir peur de le dire.

Je fais une prise de sang et peut-être un bilan hormonal aussi. Voir s'il y a des carences, des problèmes de thyroïde. Faire un petit bilan en général, et une petite anamnèse pour savoir s'il n'y a pas eu des traumatismes, si elles n'ont pas été agressées. Il y a quand même tout un contexte. Et puis, voir un petit peu comment ça va dans la famille, les études. S'il y a du stress par rapport aux études. Prendre la personne dans sa globalité. Et puis, reprendre un rendez-vous pour qu'on rediscute un peu de tout ça.

16. Connaissez-vous les traitements recommandés par les guidelines pour l'anorexie mentale ?

Il n'y a pas de traitement médical. Je pense que c'est vraiment de l'ordre d'une thérapie, mais une thérapie familiale, une thérapie personnelle, des thérapies de groupe. C'est ça qu'il faut faire. Il n'y a pas besoin de médicaments, ça sert à rien. Sauf si, à un moment, il y a une grosse anxiété. On peut donner à base de plantes, ou alors éventuellement une benzo, mais vraiment de façon ponctuelle. À la limite c'est dangereux de mettre un antidépresseur. Parce que si elles ont déjà des tendances un peu suicidaires, on peut parfois même un petit peu les pousser dans leur vice. Et au final, le médicament quand on va l'arrêter, est ce que ça va changer quelque chose? C'est un leurre je pense. Enfin, c'est mon avis. En tout cas, moi, j'ai jamais traité mes patientes qui avaient des problèmes d'anorexie. La jeune maman elle a déjà été traitée par antidépresseurs. Mais ça, c'était pour ses problèmes de dépression. Je ne dis pas que je mettrai peut-être pas d'antidépresseurs si elle revient, c'est parce qu'il y a un contexte déjà dépressif au départ. Donc là, elle aura peut-être un antidépresseur, mais normalement, je ne mets pas d'antidépresseurs. Et puis, il faut que les parents se déchargent aussi. C'est pour ça que c'est bien qu'il y ait une équipe parce qu'autrement, ça devient l'enfer. C'est comme les bébés qui ne mangent pas et les enfants qui ne mangent pas les repas, ça devient l'enfer. Et là, c'est pareil, ça devient l'enfer. Donc il faut une petite séparation, parfois une hospitalisation.

17. Que pensez-vous du rôle du généraliste dans la prise en charge de l'anorexie mentale ? (ressort du médecin généraliste ou plutôt du psychiatre ?) Référez-vous ? Si oui, où ? vers qui ? Connaissez-vous des centres de référence ? des spécialistes de référence ? des sites internet ?

Je pense que c'est important d'avoir le médecin généraliste comme pilier. Et puis si il y a des recommandations d'un centre qui demande un suivi d'un truc ou l'autre, on est là aussi pour le faire aussi. Les gens qui sont en thérapie en suivi, ils ont toujours bien un petit bobo et viennent quand même chez le médecin traitant. Donc, c'est l'occasion, encore un petit peu de redemander comment ça va. Je pense que c'est important, le médecin généraliste dans l'anorexie mais dans une prise en charge multidisciplinaire.

Une avait été à Ottignies. C'était plus pour des troubles du comportement, mais dans l'autre sens, plutôt boulimique. Ça, c'était sur l'hôpital Notre-Dame de Grâce et il y a un centre aussi pour tout ce qui était troubles du comportement et l'obésité, le traitement des enfants obèses. À Saint-Luc j'ai déjà envoyé. J'ai déjà eu des patients qui ont été à Van Gogh en consultation. Une qui est à Sainte-Elisabeth, à Namur. Là, il y avait aussi une problématique d'agression sexuelle et d'anorexie. C'est un petit peu mélangé. Là où il y a de la place en fait. Et puis pour avoir un psychiatre en ligne je n'essaie même pas à vrai dire parce qu'il faut déjà attendre 20 minutes pour avoir quelqu'un au téléphone. Et puis, c'est hyper compliqué d'avoir des rendez-

vous. C'est effrayant quand on voit les délais, c'est énorme. Parfois de plusieurs mois et c'est pire en pire, c'est de pire en pire. C'est recommandé d'avoir un psychiatre mais on n'arrive pas à en avoir un.

Alors, pour les psychologues, c'étaient celles du centre donc je suppose qu'elles étaient spécialisées. Pareil pour Ottignies et Saint-Elisabeth, c'était pris en charge là-bas. Et puis pour une, les parents étaient séparés et après le régime, elle avait commencé à vouloir maigrir de plus en plus, elle se trouvait grosse. Et là, c'était la diététicienne. Je ne sais pas si elle était spécialisée, mais en tout cas, je l'ai contacté. Et apparemment, il y a eu quand même une interaction et puis ça s'est bien passé et donc elle a pris conscience qu'il y avait des objectifs un peu trop stricts et qu'elle n'a pas senti que la jeune fille était en train de basculer.

Par contre, j'ai jamais eu de rapport. Il n'y a pas de rapport en soi. Rien. Ah oui non, c'est rare quand on reçoit quelque chose. Il faut vraiment réclamer quand on veut avoir un rapport de psychiatrie. Il faut pleurer pour en avoir un. On n'en reçoit jamais.

THÈME 5 : A PROPOS DU SUIVI DU PATIENT ANOREXIQUE :

18. Quels sont les motifs de consultation et qu'est ce qui revient le plus fréquemment ? Avez-vous observé des spécificités quant aux motifs de consultations ?

Moi, je trouve qu'elles sont plus souvent malades. Par exemple, elles ont plus vite des petites infections, des petits machins et des petits bobos. Et puis, finalement, on les voit pour des autres choses que pour vraiment parler du problème. Et c'est comme ça qu'à un moment, on peut dire « tiens, c'est bizarre, je ne comprends pas pourquoi ça se fait que t'es tout le temps malade. Avant, tu étais jamais malade ». C'est même parfois une occasion de dire « qu'est-ce qui se passe ou tu es stressée, qu'est ce qui se passe ? J'ai l'impression que tu as maigri. Et pourquoi ? ».

Je ne me souviens pas de patientes venues en me disant qu'elles avaient des problèmes d'anorexie.

19. Quelles sont les attentes du patient anorexique ?

Ils vont plus venir parler d'anorexie quand il y a un problème de boulimie. Ça ils en parlent plus facilement. Je pense qu'il y a plus un déni dans l'anorexie que dans la boulimie.

20. Comment vous sentez-vous face à un patient anorexique ? (solitude, mal-être,...)

Je me sens pas mal à l'aise, je suis embêtée pour eux et je suis un peu triste. C'est triste, c'est plutôt ça. Je me dis bon, on va essayer de les aider et je sais pas les aider toute seule. Il faut qu'elle ait envie. Il faut aussi lui expliquer « écoute, la solution, elle vient pas de moi, elle vient de toi, de toute une équipe ». Donc il faut que la personne soit motivée autrement on sait rien faire. Je ne suis pas frustrée, je trouve ça triste. Je propose mon aide si elle n'en veut pas... Mais si vraiment la personne est en danger, je pense qu'il faut prévenir son entourage de toute façon, mais si elle veut pas on sait pas faire grand-chose. Sauf si elle est vraiment à l'article de la mort, fatalement.

THÈME 6 : OUTILS D'AIDE À LA CONSULTATION

21. Qu'est-ce qui vous aiderait à vous sentir plus à l'aise pour ce type de motif de consultation ? Que pensez-vous avoir besoin comme ressources pour améliorer votre prise en charge ?

Je travaille un peu au feeling, grâce à mon expérience. Maintenant, je ne sais pas si je travaille de la bonne façon. C'est ma façon de faire mais c'est peut-être pas la bonne. Qu'il y ait plus de psychologues, des rendez-vous plus rapides, plus de disponibilité. Mais ça c'est dans tous les domaines de la psychologie et de la psychiatrie.

THÈME 7 : PISTES D'ACTION

22. Avez-vous des idées de pistes d'action pour vaincre les obstacles auxquels font face les médecins généralistes avec la prise en charge de l'anorexie mentale? (des collaborations généraliste-spécialiste/généraliste-centre ?)

Des petits spots à la radio, ça peut être utile. Un numéro de téléphone. Comme on aurait dû faire aussi pour le Covid. Je passe à autre chose, mais ça n'a pas été fait alors que ça fait deux ans que ça dure. Donc, pour l'anorexie, ça pourrait être utile aussi. Comme pour la violence conjugale, comme pour plein d'autres choses. Mais bon, ça ne se fait pas. Peut-être des posters dans la salle d'attente, un petit spot à la radio, un spot à la télé. Le monde est cruel et à mon avis, l'anorexie, elle ne va pas disparaître parce que c'est l'ode à la maigreur. En même temps, toutes les filles, les mannequins, elles ont 14 ans, elles ont 15 ans. Elles sont maigres comme tout et on les met comme des modèles à suivre. Donc c'est déjà hyper culpabilisant pour toutes les femmes parce qu'une femme, elle n'est pas comme ça. Ce n'est pas ainsi qu'est faite une femme. Puis la société de consommation, où on pousse à manger n'importe quoi. C'est compliqué de trouver un juste milieu. Et le stress qui est là avec le covid, le confinement. Je n'ai pas tellement eu plus d'anorexie. J'ai eu plus de scarifications, des trucs comme ça, des jeunes qui ont fait plus de trucs. Mais tout ce stress n'aide pas. On n'est pas sorti de l'auberge pour l'anorexie, à mon avis.

Peut-être faire organiser quelques petites conférences, des Glem ou des histoires comme ça. C'est toujours les mêmes trucs qui reviennent, c'est tout ce qui est sponsorisé par les firmes pharmaceutiques. Donc, comme il n'y a pas de médicament pour l'anorexie, fatalement ce n'est pas sponsorisé par les firmes j'imagine. C'est pas intéressant la psychiatrie, ça ne rapporte pas d'argent, ça coûte. Donc c'est pas intéressant, c'est pas porteur. Autrement, des conférences pour ce qui est diabète, hypertension, cholestérol, ça en veux-tu, en voilà, mais c'est comme la gynéco. Il n'y a pas beaucoup de Glem sur la gynéco. La psychiatrie y a pas grand chose. Il y a pas tellement longtemps, on a eu tout ce qu'étaient les centres de crise ambulants. Mais entre ce qu'on dit qu'il existe et la façon de l'utiliser, il y a tellement une discordance que c'est compliqué. Les équipes mobiles, elles sont dépassées. D'abord, c'est toujours hors critères. Je ne parle pas de l'anorexie parce que ça, je ne sais pas. Mais soit c'est trop psychiatrique, soit ça ne l'est pas assez pour les équipes, soit ce n'est pas assez urgent ou c'est trop urgent. C'est jamais bon en fait. Donc, pour ce qui est de l'anorexie, je n'y crois pas parce que ça ne se fait déjà pas dans les autres cas. Ça existe en théorie, mais en pratique.

Parce que finalement, quand les gens ne sont pas bien. Il n'y a pas de solution en psychiatrie. C'est très compliqué.

Alors pour revenir, au sujet de la prévention de l'anorexie. À plus grande échelle, c'est peut-être faire des reportages et publicités pour la mode et expliquer. C'est là qu'il faudrait peut-être agir, et changer les références de la mode. C'est peut-être déjà une chose à faire, mais bon, ça va pas se faire parce que ça ne sera pas porteur. Ça ne va pas rapporter de l'argent, mais c'est ce qu'il faudrait peut-être faire. Et puis peut-être des affiches pour sensibiliser. De temps en temps, il y a quand même des reportages sur l'anorexie. Ça arrive une fois tous les combien d'années une belle émission à la télévision. C'est rare et ça permet parfois d'ouvrir le dialogue dans des familles. Quand c'est un peu médiatisé, on en parle, mais on n'en parle pas beaucoup. Ou de temps en temps, il y a un mannequin qui décède parce qu'elle était anorexique. À ce moment-là, on en parle et on dit qu'il faut absolument changer les critères de la mode et finalement, il y a rien qui change.

7.9.10. Retranscription entretien MG10

QUESTIONS GÉNÉRALES ET ÉPIDÉMIOLOGIE :

Alors je suis généraliste depuis 19 ans maintenant. Oui, ça va faire 19 ans. Enfin, il y aura 19 ans ici, au mois de juin. On va dire pratique de groupe pluridisciplinaire, je crois. On a des psychologues, des kinés et une diététicienne. Donc plutôt milieu urbain. J'ai fait de l'ONE.

THÈME 1 : QUESTIONS RELATIVES AUX CONNAISSANCES DES MÉDECINS SUR L'ANOREXIE MENTALE :

1. Pour vous l'anorexie mentale qu'est-ce-que c'est ? Savez-vous me citez quelques symptômes ?

Mais l'anorexie mentale, c'est plus souvent des patientes que des patients. Mais bon, il y a quand même des hommes, mais classiquement, c'est plutôt des jeunes femmes. Des jeunes femmes qui finalement ont souvent un problème d'image corporelle en fait. Une image corporelle, qui se voit en surpoids. Souvent ça commence par une volonté de maîtrise du poids. Et puis ça va trop loin parce que finalement, elles estiment toujours qu'elles n'en font pas assez. Et donc finalement, ben ça commence par réduire les quantités alimentaires. Et puis finalement, ça va en s'accroissant. Au-delà de réduire la quantité d'apports alimentaires, c'est même aller au-delà, c'est se faire vomir. C'est tout ce qu'elles trouvent sur internet, elles vont se prendre des laxatifs, des diurétiques. Mais bon, là, c'est quand même plus compliqué, je ne sais pas comment elles font pour s'en procurer. Mais clairement les laxatifs et se faire vomir. Je pense qu'il y a deux choses d'une part, un trouble de l'image corporelle où quelque part elle ne s'accepte pas et d'autre part, moi, j'ai remarqué, cette volonté de maîtrise, de maîtrise de soi, de maîtrise des quantités absorbées. Donc voilà, je dirais surtout ça, oui.

2. Avez-vous déjà lu des recommandations ?

Pas récemment, en tout cas.

3. Avez-vous déjà suivi des formations à ce sujet ? Quelles ressources utilisez-vous (conférence, e-learning, glem, dodeca) ?

Pas fait récemment non plus. C'est pas vraiment un sujet qu'on aborde couramment dans la pratique quotidienne.

Il y a la prise en charge par le généraliste, certainement, mais je pense qu'il faut une collaboration avec la seconde ligne parce que c'est très difficile. Soit en partie avec des internistes généraux, mais plutôt à ce moment-là des internistes généraux, de la médecine nutritionnels. Et des centres aussi, qui ont à Mont-Godinne, par exemple, une prise en charge pluridisciplinaire, avec des psys, avec des nutritionnistes. C'est des patients très difficiles à soigner.

4. Pensez-vous que c'est important en tant que médecin généraliste d'en connaître certaines notions, d'y être formé ?

Mais je pense que de fait, le problème c'est qu'on n'est pas assez formés. Et donc nous, on sait les dépister, on sait les suivre. Je trouve que le problème c'est que notre suivi souvent, c'est

plus de l'accompagnement, du soutien psychologique et quelque part, c'est d'encourager. Mais le problème, c'est que la prise en charge internistique est extrêmement compliquée. Et donc il faut vraiment se faire aider. Parce que nous, on sait faire du suivi des prises de sang, du suivi au niveau du poids et du soutien psychologique, des encouragements. Mais après on se retrouve des phénomènes de carence. J'en ai une en particulier où elle avait été hospitalisée, puis elle est revenue et elle a fait un syndrome de nutrition. Parce que quand ils se nourrissent trop vite c'est la cata. Et je peux avouer que j'étais complètement largué. Tu te sens bête parce qu'on est pas du tout au courant que ça peut arriver. J'ai contacté l'interniste et il la repris en charge. Mais c'est le genre de trucs j'étais pas du tout au courant que ça existait.

THÈME 2 : QUESTIONS CONCERNANT L'EXPÉRIENCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

5. Avez-vous déjà été amené à prendre en charge ou à suivre des patients anorexiques ? Si oui, combien (approximativement) ? Hommes/femmes ?

J'en ai une qui est, on va dire borderline qui est vraiment sur le fil, qui est limite, mais bon qu'on arrive à maintenir on va dire encore hors champ de l'anorexie vraiment. Mais il y en a une que j'ai, qui est tout à fait dans la pathologie et que je suis toujours. Pas d'homme.

6. Pensez-vous qu'il y a une différence entre les médecins homme et femme ?

Je pense qu'il ne devrait pas y en avoir. Il y a peut-être une différence. On me dit toujours les patients choisissent le médecin qui leur ressemble, avec qui le courant passe, mais a priori, non. Enfin, dans l'absolu, je ne pense pas. C'est une pathologie complexe qui renvoie l'image de soi à la maîtrise etc. Est-ce que les médecins féminines vont avoir une manière différente de l'aborder? Enfin, je pense que dans le meilleur des mondes, ça ne devrait pas se faire. Maintenant, je pense qu'il n'y a rien à faire, quelque part que tu vas toujours avoir tendance à projeter un certain vécu, même si on doit essayer de ne pas, je pense qu'inévitablement tu risques peut-être de projeter et peut être que dans certaines attitudes tu vas avoir une attitude peut-être légèrement différente et peut-être des prises en charge différentes, une approche différente. On pourrait imaginer qu'il y ait une approche différente. Mais dans l'absolu, ça ne devrait pas jouer un rôle. Enfin, en tout cas, je n'ai pas l'impression que le fait d'avoir été un homme a changé quelque chose dans la prise en charge. Le fait qu'elle choisisse moi plutôt qu'un de mes collègues. J'ai pas l'impression que ça change quelque chose dans la prise en charge

7. Pouvez-vous me donner un exemple qui vous a marqué ?

C'est une situation extrêmement complexe parce qu'en fait, c'est une jeune femme qui n'est pas âgée et c'est dramatique. Elle est née en 88, donc elle a 33 ans. C'est une jeune fille qui a été adoptée. Ça commence en 2016, une jeune fille adoptée dont le père est directeur d'école, maintenant père à la retraite, et sa maman, elle était prof de cuisine en hôtellerie et donc avec une maman qui est déjà très sévère. Ce n'est pas de leur faute, mais quelque part, ça rentre dans la dynamique familiale avec une maman qui est très entre guillemets psychorigide, un papa directeur d'école dont c'est pas simple et en fait c'est un couple qui n'a pas réussi à avoir d'enfant. Ils ont adopté cette jeune femme, ils l'ont adoptée quand elle était encore bébé on va dire. Et je pense que quelques mois après l'adoption, elle est tombée enceinte. Donc ça a

plus que probablement dû jouer un rôle dans toute la dynamique et enfin dans l'image qu'elle a. Déjà, les enfants adoptés, c'est souvent compliqué et en plus, juste après, il y a une sœur qui arrive dans l'histoire. C'était déjà une jeune fille qui avait de gros problèmes psychologiques à l'école etc., c'était pas simple et elle a commencé son anorexie quelque part car il y avait des problèmes à l'école plutôt type fatigue ça va pas etc., puis tu vois que tout doucement ça commence à décliner. Elle était en couple et puis il y a une séparation, puis une spirale psychologique. Et puis elle a commencé à ne plus manger et donc pas facile donc oui, c'est ça. Je pense qu'il y avait déjà un clash avec les parents, difficultés relationnelles avec les parents. Elle s'était mise en couple relativement jeune, parce que je pense justement pour sortir du milieu familial et puis ça a cassé. Et puis là, elle a commencé à décliner, à ne plus manger et elle est rentrée dans l'anorexie. Là, ça a été, mais je te dis on a essayé de travailler. Au départ elle a été prise en charge à Mont-Godinne, mais en fait, elle a fait tous les hôpitaux pratiquement parce que c'est ça la difficulté, c'est que ça va mieux puis ça rechute, ça va mieux, puis ça rechute. Avec une personnalité quand même très compliquée, quelqu'un qui est très manipulateur. Mais ça, je pense que c'est souvent très manipulatrice. Alors évidemment, l'hôpital, ça fonctionnait des contrats, puis elle cachait. Et puis ils font ceci et ils font cela. Donc personnalité très exigeante avec elle-même et donc tous les symptômes troubles de l'image de soi. Elle avait la peau sur les os et elle se trouvait toujours trop grosse etc. volonté de se contrôler, de contrôler son corps, commencer à se faire vomir. Et alors le gros problème, c'est qu'après ça a tourné en syndrome d'alcoolisme, donc de l'anorexie, elle a basculé dans l'alcoolisme, alors là c'était l'inverse. Mais elle a pris du poids. Elle a commencé à gonfler de son alcool quoi. Et maintenant, elle est en situation de cirrhose éthylique. Donc de l'anorexie, elle a pris du poids, cirrhose éthylique, mais en même temps ça n'allait pas. Alors tu dois gérer sa cirrhose, là, obligé de mettre des diurétiques, elle avait de la spironolactone, du bifitéral etc. Le problème c'est qu'elle est hospitalisée pour sevrage, alors là aussi de nouveaux contrats, pas d'alcool et alors elle planque l'alcool, se fait virer plusieurs fois entre guillemets dans le sens rupture de contrat. De la gastro, elle a basculée en service de psychiatrie où là elle était prise en charge pour sevrage, puis plusieurs fois des projets parce que retour à domicile pas possible. Enfin une relation je t'aime moi non plus avec les parents. Les parents veulent bien aider puis ils pètent un câble parce qu'ils disent « on fait tout mais dès qu'on met quelque chose en place, quelque part, elle casse tout ». Puis, il y a eu des projets, elle devait aller à Trampoline puis devait aller à La Ramée. Enfin, et quelque part, c'est aussi de nouveau dans la manipulation parce que quand une anorexique est hospitalisée avec d'autres anorexiques, ça se remonte le bourrichon, ça se termine en crépage de chignon. Enfin bon. Et ici tout récemment, elle est tombée dans les escaliers, elle s'est cassée le tibia et péroné. Son tibia est en morceaux, elle a une broche. Et hospitalisée à Léonard de Vinci. Et de là, elle est de nouveau tombée parce qu'elle était avec la peau sur les os et de nouveau tombée, s'est cassée le col du fémur et à un clou gamma dans le fémur. Et elle vient de rentrer dans son appartement. Mais bon, ça va un peu. Ils ont réussi à la refaire manger. De ce côté-là a repris du poil de la bête. Tu fais une proposition, mais ça va pas assez vite. Ça, c'est aussi compliqué, c'est vraiment très compliqué parce que ça à la fois, elle dit qu'elle veut faire toute seule et en même temps, « comment voulez-vous que je fasse toute seule? ». C'est des revendications. Et puis c'est l'inverse « je suis toute seule, personne ne m'aide ». Et puis quand tu essaies d'aider un petit

peu « c'est bon, je vais faire toute seule ». Ça part dans tous les sens. C'est extrêmement ambivalent. J'ai compris juste avant sa chute, elle était en couple et si j'ai bien compris quelqu'un qui était peut-être pas spécialement tendre. Des personnalités à problème qui ont l'air de se mettre des avec des conjoints à problème. Je suis pas sûr que ça chute ne soit pas...

L'autre personne, en fait, on est de nouveau avec une dame qui est dans le contrôle de tout, qui est dans le milieu de la finance, qui était promue en tant que personal banking mais donc avec une course à la performance. Et donc quand tu fais du personal banking, mais tu dois donc performer, t'as des évaluations, des machins. Et aussi alcool mais plutôt alcool pour décompresser le soir. Donc ça, c'est une plainte qui est venue au départ, c'est trop de pression, je commence à boire le soir, je bois du vin. Et en même temps, de nouveau quelqu'un tout à fait dans le déni par rapport à la prise en charge. Dans le sens tu dis qu'il faut s'arrêter, elle va dire « non, c'est bon, je vais m'en sortir, je m'en sortir » et qui dit « je veux aller jusqu'au bout ». Et donc là, il y a une prise en charge avec une psychothérapeute avec qui je travaille souvent et essayer de lui faire comprendre qu'il fallait lever le pied quoi. Bon alors, on a réussi à lui faire lever le pied une première période, puis elle a recommencé à travailler. Et puis elle a rechuté de nouveau dans cette espèce de burn-out professionnel et cette surcharge émotionnelle et professionnelle. Et là aussi de nouveau c'est la perte de poids. Là, elle est moins dans le déni par rapport au problème de d'anorexie. Elle le dit elle-même qu'elle se contrôle. Mais elle n'a pas basculé non plus. Donc elle n'a pas le BMI en-dessous de 17. Mais bon, elle est quand même super maigre. Mais elle le dit elle-même que quelque part, c'est une manière pour elle de se contrôler et de contrôler ce qu'elle mange.

8. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez quand vous traitez un patient anorexique ?

Mais la grosse difficulté avec elle, c'est que c'est en fait une personnalité extrêmement cyclothymique. Et donc quand tu passes des larmes, « ça va pas du tout, c'est la dépression profonde et il faut m'aider ». Tu essaies de mettre en place des choses et ce que tu mets en place à un moment elle envoie tout bouler et ça va jamais assez vite à son goût. Et alors, ce qui est très difficile, c'est une personnalité qui est extrêmement dans le contrôle. Donc c'est vraiment, besoin de contrôle et en même temps toujours en demande d'aide. Avec une personnalité extrêmement énergivore, c'est des gens qui te bouffent. Tu essaies de mettre en place des choses, tu mets plein de choses en place et puis elle explose tout. Et donc à un moment, c'est extrêmement difficile parce qu'un moment c'est lassant. Tu te rends bien compte que la famille dit « on a fait tout ce qu'on pouvait, on n'en peut plus ». Toi aussi t'as proposé des choses, elle envoie tout balader et puis la semaine d'après, il faut tout refaire à nouveau et c'est toujours dans l'urgence. Tu te rends compte que c'est un peu toujours le même schéma qui est reproduit, c'est « je suis malheureuse, il faut m'aider, apitoyez-vous sur mon sort entre guillemets ». Tu essaies d'aider et puis à un moment, elle t'envoie balader en disant « je me débrouille toute seule ». Et quelque part, j'ai l'impression que les soignants ils saturent parce qu'ils disent dans le service hospitalier, qu'il y a d'autres personnes aussi. Pour moi, c'est une personnalité « regardez, j'aide les autres ». Je pense que quand elle est hospitalisée ou quoi avec d'autres, elle essaye d'aider les autres. Mais tu ne sais jamais où se situe la frontière entre je vais aider et en même temps je manipule. Ici de nouveau à l'hôpital, c'était de nouveau,

pratiquement au bord de la rupture parce qu'elle cachait ses médicaments, elle a fait rentrer de nouveau de l'alcool dans le service. C'est vraiment ce côté psy avec une personnalité extrêmement ambivalente. Un peu comme un ado qui est en recherche d'autonomie et qui en même temps a besoin d'affection et qui finalement est bouffant, se bouffe lui-même, se contrôle et ne se contrôle plus. C'est un peu une personnalité anorexie, boulimie, quoi. Je prends plus rien, je me contrôle. Et puis en gros, c'est la boulimie, aussi bien boulimie, nourriture, alcool que la boulimie affective ou l'anorexie affective.

J'ai besoin de cette affection de tout le monde. Et puis, à un moment, quand il y a peut-être trop d'investissement de tout le monde, j'envoie tout le monde balader et c'est bon comme ça.

THÈME 3 : QUESTIONS CONCERNANT LE DÉPISTAGE ET LE DIAGNOSTIC DE L'ANOREXIE MENTALE :

9. Quels éléments vous ont mis sur la piste, de vous permettre de faire le diagnostic ? Est-ce souvent les mêmes ? Est-ce l'entourage ou le patient lui-même ?

Ici c'était vraiment des changements d'apparence. Parce que rapidement, en fait, elle a fondu assez rapidement et donc dans les prises tu doses les protéines, l'albumine, tu vois tout ça qui commence à chuter. Quelque part avant, il y avait déjà à la base, il y avait déjà des problèmes au niveau scolaire, avec du décrochage, parce que ça s'est développé vers 15-16 ans. Mais donc avec quelqu'un qui n'allait plus à l'école. Et donc c'était vraiment c'était un tout quoi. Mais quelque part pas qu'on le voyait venir mais tu vois le décrochage scolaire et problèmes dépressifs avec rapidement une perte de poids. Elle était dans le déni parce que je pense qu'à un moment ça a été plutôt par les prises de sang et les troubles ioniques qu'on a dit qu'elle se faisait vomir. Il faut mettre les pieds dans le plat parce que sinon...

10. Quelles sont les barrières au diagnostic ? Et les facilitateurs ?

Quelque part, la barrière c'est que souvent les personnes sont dans le déni, mais en même temps, s'en rendent bien compte. De nouveau, je pense que comme ce sont souvent des personnes qui sont dans le contrôle, si tu leur amènes des chiffres et si tu leur dis « mais regarde ta prise de sang, il y a un problème, tu vois ? Tes protéines qui chutent, t'as plus d'albumine etc. Regarde ton poids, t'es en train de descendre. Mais par contre, c'est comme l'alcoolique, arriver à lui faire dire « je suis anorexique ». C'est comme l'alcoolique lui fait dire « je suis alcoolique », ça c'est difficile parce qu'au départ, c'est pas les mettre devant le fait accompli, mais à un moment, c'est pas de les mettre au pied du mur, mais à un moment, il faut faire comprendre. Il faut maintenir la relation de confiance, donc c'est pas des gens qu'il faut acculer, il faut pas les brusquer. C'est plutôt au fur et à mesure des consultations de dire « mais tu ne penses pas qu'il y a peut-être un problème de ce côté-là ? ». Je pense que c'est le facilitant. C'est plutôt, je pense que c'est plutôt le diagnostic qu'on se fait nous et qu'il faut amener progressivement à faire accepter entre guillemets aux patients en disant qu'il y a une accumulation de signes qui font dire que et progressivement l'amener sur cette voie-là en lui disant il y a quand même un problème. Mais en même temps, je pense que comme ce sont des gens qui sont dans le contrôle, s'il y a un diagnostic, qu'il y a quelque chose auquel ils se raccrochent quelque part., Souvent c'est des jeunes filles, qui ont été lire, elles le savent bien. Donc quelque part, je ne pense pas que c'est un diagnostic entre guillemets difficile à admettre dans le sens que si tu arrives à un moment à leur dire, il y a un problème, il y a de l'anorexie.

Quelque part, de nouveau, c'est une manière de dire mais « oui, je contrôle mon corps ». Par contre, c'est difficile de les en faire sortir. Mais je ne pense pas que c'est un diagnostic que les personnes n'ont pas envie d'entendre. Mais une fois que tu arrives à les faire sortir du déni, elles savent bien qu'elles se font vomir. Donc au début, c'est peut-être difficile parce qu'il y a un certain déni. Mais une fois que tu arrives à franchir le cap, je pense que quelque part, elles le savent et c'est aussi un diagnostic auquel elles s'accrochent.

11. Retrouvez-vous des comorbidités chez ces patients ? Lesquelles ?

Il y a l'alcool et tous les problèmes psychologiques et toutes les comorbidités qui vont être liées à l'amaigrissement. Parce que oui tu vas avoir l'ostéoporose, des carences, des problèmes gastro à force de se faire vomir, des lésions œsophagiennes.

12. Connaissiez-vous le questionnaire SCOFF ? Si oui, l'utilisez-vous ? Si non, seriez-vous favorable à l'emploi de ce questionnaire lors de vos consultations ?

Non. C'est des questions que je n'ai jamais systématisé mais c'est des questions qu'on pose quoi. Mais que je n'ai jamais systématisé, quoi. Ça permet de systématiser l'histoire, ça c'est sûr. Et alors, les apports alimentaires aussi. Parce que là, une fois que tu commences à parler alimentation, t'as droit à tout l'historique de tout ce qu'ils ont mangé. C'est là que tu te rends compte qu'ils mangent rien. Une fois que le lien est fait, tout ça, tu n'as même pas besoin de demander. De nouveau, elles sont dans le contrôle, elle sait te raconter tout ce qu'elle a mangé, ils ont pratiquement un carnet.

13. Pensez-vous au diagnostic d'anorexie mentale lors d'une consultation classique ?

J'en ai pas eu beaucoup, mais c'est parfois des trucs où on pose un peu les questions. De fait, quand tu vois des gens qui sont en déclin psy, des consultations psy. Moi de toute façon quand j'ai des suivis comme ça pour des patients en burn-out ou stress ou quoi, c'est de toujours bien garder dans la consultation un moment d'examen physique avec un suivi en disant au moins on est sûr de ne pas passer à côté de quelque chose. Donc c'est rare que je ne fasse que de l'entretien, il y a toujours un côté physique qui passe. En disant au moins, on est sûr de ne pas passer à côté d'autre chose.

THÈME 4 : CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE L'ANOREXIE MENTALE :

14. Avez-vous une prise en charge différente avec ces patients ? Si oui, que changez-vous par rapport à vos autres consultations ?

On prend un peu plus de temps. Surveiller plus tout ce qui est paramètres. Le poids et en même temps faut pas trop se focaliser dessus parce que c'est à double tranchant. En tout cas ça dépend de la fréquence à laquelle on voit le patient. Si c'est un patient qu'on voit très souvent, faut pas prendre systématiquement le poids parce que sinon ils vont encore plus se focaliser. Et en biologie, aussi de manière plus rapprochée pour quand même suivre. C'est quand même des gens qu'on est amené à suivre régulièrement, pratiquement tous les mois. Et alors à ce moment-là ça dépend un petit peu des paramètres mais clairement une biologie pratiquement tous les trois mois. Ça dépend un peu.

15. Comment prenez-vous en charge l'anorexie mentale ? Réalisez-vous- des bilans ?

La patiente, ici, que je suis, quelque part, le suivi est biaisé parce qu'il y a tout le suivi par rapport à son alcool et le suivi de sa cirrhose donc c'est pas un suivi d'anorexique classique quoi. Par contre, l'autre personne qui est un peu borderline, elle vient quand ça ne va plus du tout. Et elle n'est pas compliante dans son suivi parce qu'elle est « ça va aller, ça va aller, je vais m'en sortir », elle arrive quand c'est catastrophique donc c'est plus difficile.

16. Connaissiez-vous les traitements recommandés par les guidelines pour l'anorexie mentale ?

Je dois avouer qu'ici avec elle je m'étais reposé sur la collaboration avec l'hôpital. Donc non je ne les connais pas plus que ça.

17. Que pensez-vous du rôle du généraliste dans la prise en charge de l'anorexie mentale ? (ressort du médecin généraliste ou plutôt du psychiatre ?) Référez-vous ? Si oui, où ? vers qui ? Connaissiez-vous des centres de référence ? des spécialistes de référence ? des sites internet ?

Moi je pense, de mon expérience, qu'il faut vraiment travailler en collaboration avec le psy mais c'est à la fois psy et internistique. Il faut vraiment travailler sur les deux tableaux. Donc si je devais avoir un nouveau cas, je recommanderais la prise en charge chez nous oui, pour du suivi, pour de l'aide, du soutien, peut-être du suivi biologique, pour des conseils par rapport à la renutrition etc. En tout cas je pense qu'on n'est pas assez formé. Je pense que le problème, je ne me sens pas suffisamment armé que pour faire un suivi comme ça tout seul.

Le centre « Trampoline » c'est le centre de réinsertion pour les personnes toxicomanes. Et en fait, un moment tu cherches de tout côté. Elle était suivie au GHdC et à Mont-Godinne. Parce qu'il n'y a pas beaucoup de centres de long séjour. Elle était longtemps en liste d'attente à La Ramée. Aussi dans ce cadre d'anorexie et d'alcool, il fallait trouver un centre de jour de soutien. Et en fait, Trampoline c'est un centre d'accueil pour les toxicomanes qui sont sevrés, un centre de réinsertion. Et en fait je ne savais pas mais c'est un centre de jour pour adulte. C'est ça le problème, c'est qu'il n'y a pratiquement rien. Ici il fallait trouver le psychothérapeute qui lui convient. Il y en a peut-être qui sont plus spécialisés que d'autres mais ce sont des personnalités tellement complexes que je pense si tu trouves un psychothérapeute avec qui ça colle bien. Au niveau internistique il faut des gens qui s'y connaissent. Je pense qu'au niveau psy, sans doute aussi, mais je pense c'est dans la relation aussi que ça se joue.

Concernant les sites internet je t'avoue que j'ai pas cherché.

THÈME 5 : A PROPOS DU SUIVI DU PATIENT ANOREXIQUE :

18. Quels sont les motifs de consultation et qu'est ce qui revient le plus fréquemment ? Avez-vous observé des spécificités quant aux motifs de consultations ?

La fatigue et autre c'est plutôt ce qui met la puce à l'oreille. Ce que tu as aussi souvent c'est des parents, parce que tu as souvent des jeunes avec un certain repli sur soi. Soit ce sont des parents qui s'inquiètent pour leur enfant.

Nous on a la puce à l'oreille mais c'est vrai que le motif de consultation c'est les parents qui viennent en demandant ce qu'il se passe avec leur enfant. Parce que c'est vrai que les jeunes on les voit soit parce qu'ils sont malades ils ont un rhume ou quoi soit parce qu'il y a un problème récurrent qui vient.

C'est jamais chez moi j'ai l'impression qu'ils viennent pour faire régime ou quoi. Mais bon ça pourrait arriver.

19. Quelles sont les attentes du patient anorexique ?

De nouveau, je pense que c'est plutôt dans. Le problème c'est qu'elles ont au départ pour elles il n'y a pas de problème. De nouveau, dans l'attente de surveiller le poids. Le problème pour elles, c'est qu'elles sont toujours trop grosses. Soit le diagnostic est fait et c'est plutôt des conseils alimentaires. Elle venait avec sa tartine de tout ce qu'elle mangeait. Parce qu'indirectement, elles viennent dans la validation de ce qui est mangé pour que tu dises qu'elle peut manger ainsi. De nouveau, dans le contrôle. Si tu as une validation médicale c'est plutôt ça je pense.

20. Comment vous sentez-vous face à un patient anorexique ? (solitude, mal-être,...)

Pas suffisamment armé. Ce sont des gens qui sont bouffants, c'est prenant quoi. Ça pompe énormément d'énergie. Parce qu'il y a la fois toute la prise en charge psychologique et puis après ils t'embarquent dans toute cette validation alimentaire etc. Parce que quelque part pour eux, ils veulent s'en sortir. C'est pas toujours évident pour eux d'accepter l'aide. Ils veulent parfois une validation « vous voyez que je suis bien et que je fais ce qu'il faut ».

THÈME 6 : OUTILS D'AIDE À LA CONSULTATION

21. Qu'est-ce qui vous aiderait à vous sentir plus à l'aise pour ce type de motif de consultation ? Que pensez-vous avoir besoin comme ressources pour améliorer votre prise en charge ?

Moi je pense que déjà ne fut-ce que niveau internistique un Dodeca sur les red flags, le syndrome de renutrition, comment est-ce qu'on gère, les carences, les troubles ioniques etc. Ce qui manque aussi c'est des centres d'accueil pour ces gens quand il y a besoin. Ils sont hospitalisés 2 semaines, 3 semaines puis après ils retournent dans la nature. Il faut les accompagner à ce moment là et c'est pas facile. Ça manque quand même de structure d'accueil. Avoir plus un réseau parce que les envoyer vers l'interniste et le gastro, ça manque quelque part d'un interniste général, parce que c'est tellement complet, la gastro, les troubles de métabolisme, l'ostéoporose, les carences, ceci et cela. Quelque part oui, ça manque. Tu sais avoir une prise en charge multidisciplinaire mais il n'y a pas beaucoup de centre. Comme toutes ces pathologies-là, quand le patient arrive il faut qu'il soit pris en charge le lendemain. Et l'entourage aussi. Ça aussi ça manque un soutien de l'entourage. Je pense que l'entourage aussi ils savent pas toujours non plus comment se positionner.

THÈME 7 : PISTES D'ACTION

22. Avez-vous des idées de pistes d'action pour vaincre les obstacles auxquels font face les médecins généralistes avec la prise en charge de l'anorexie mentale? (des collaborations généraliste-spécialiste/généraliste-centre ?)

Je pense que ce qu'il faut c'est une fiche. Il y en a beaucoup on passe à côté. Il y a sans doute des points d'alerte auxquels on devrait être plus sensibles avant. Il y en a beaucoup qui passent sous les radars pendant un certain temps et quand on les repère ils sont déjà loin dans la pathologie. Ce qui est important aussi, l'expérience que j'ai ici, un moment l'entourage ne sait plus quoi faire, ils ont vraiment le sentiment que leur enfant est en train de se suicider à petit feu et ils ne savent plus quoi faire pour aider leur enfant. Trouver du soutien pour l'entourage et des centres multidisciplinaires. Je pense qu'au niveau médecine générale c'est plutôt de faire une fiche avec les points d'appel et alors quand on suit, à quoi est ce qu'il faut être attentif et les red flags. À partir de quand, etc. Quand tu vois des protéines qui diminuent et diminuent tu sais pas quoi faire.