

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2021
N° : 152

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention MEDECINE GENERALE

PAR

Laure ROTH

Née le 29/01/1992 à Hayange

Prise en charge coordonnée
de l'anorexie mentale
par le médecin généraliste et le psychiatre.
Enquête qualitative.

Président de thèse : Professeur Gilles BERTSCHY

Directeurs de thèse : Docteur Antoine GIACOMINI
et Docteur Myriam RIEGERT



FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition OCTOBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**

Directeur général :
M. GALY Michaël



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Héléne Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO218

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques / Faculté	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / PO215	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCÀ Sybille P0179	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoît P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	NRP6 CS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Haute-pierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôp. de Haute-pierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac.	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / PO218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie; Hépatologie; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

(6)

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatodigestif Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		• Pôle de Biologie Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

MO135	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud MO001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina MO003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine MO109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle MO117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie MO008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille MO091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier MO092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline MO129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël MO113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto MO118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne MO124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn MO012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe MO014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas MO016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim MO017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste MO130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier MO019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Vera MO131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal MO021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina MO024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey MO034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis MO025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack MO027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre MO132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GRILLON Antoine MO133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
GUERIN Eric MO032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien MO125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura MO119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice MO033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEHL François MO035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe MO089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUZ Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHA Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	-------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr ZIMMER Alexis		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre GROS-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KREMER Michel / 01.05.98	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Gilles Bertschy qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse,

A Madame le Professeur Carmen Schroder,

Et à Madame le Docteur Claire Dumas pour avoir accepté de juger mon travail,

A Monsieur le Docteur Antoine Giacomini pour sa bienveillance, son investissement et ses conseils toujours pertinents tout au long de la réalisation de ce travail,

A Madame le Docteur Myriam Riegert pour avoir accepté la co-direction de cette thèse ainsi que pour son implication et ses conseils avisés,

A Monsieur le Docteur Jean-Luc Gries, mon ancien tuteur d'internat, pour m'avoir accompagnée tout au long de ma formation universitaire,

A mes différents maîtres de stage,

Aux différents médecins ayant accepté de participer aux entretiens et sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Dédicaces

Merci à mes parents, qui m'ont toujours soutenue depuis le début de mes études avec patience,

A ma grand-mère Catherine qui est un exemple de courage et de volonté à mes yeux,

A mon parrain pour sa générosité,

A mes oncles et tantes, mes cousins et cousines. A toute ma famille.

A mes amis,

Merci Léa et Philippe de répondre présents en toutes circonstances. Merci pour les moments partagés ensemble, pour votre honnêteté et votre foi en moi.

Merci Marina, c'est une joie de t'avoir rencontrée pendant nos études de médecine et d'avoir partagé ces années avec toi. Merci pour ton amitié sincère.

Merci Oriane, si on m'avait dit un jour que je garderai quelque chose d'aussi précieux que notre amitié d'un stage de chirurgie cardiaque, je ne l'aurais probablement pas cru.

Merci Michael, mon ami Saint-Pierrais pour sa joie de vivre et ses blagues parfois douteuses.

Merci Khadija d'avoir ensoleillé mon stage aux urgences par ta présence et ta bonne humeur.

Merci Aurore et Amélie pour ces belles rencontres durant l'internat.

Merci Laurent pour ton compagnonnage qui s'est transformé depuis en amitié.

Merci à mes amies d'enfance : les deux Alexandra et Charlène.

Merci à Angéline pour son aide et sa patience durant la mise en forme de cette thèse.

Table des matières

Liste des annexes	20
Introduction	21
Première partie : critères diagnostiques, recommandations et organisation des soins en Alsace	26
I- Nosographie et anorexie mentale	26
II- Recommandations de bonne pratique clinique	32
1) Les recommandations HAS de 2010 sur la prise en charge de l’anorexie mentale	32
2) Les recommandations HAS de 2018 sur la boulimie	34
3) Les recommandations HAS de 2018 sur la coordination entre médecin généraliste et acteurs de la psychiatrie	36
III- Organisation de la prise en charge des patients anorexiques au niveau national : la FFAB : Fédération Française Anorexie Boulimie	41
IV- Prise en charge des patients anorexiques en Alsace	43
1) ARTTA : Association Réseau des Thérapies des Troubles Alimentaires	43
2) Les sites internet des hôpitaux	46
3) Cartographie des territoires de santé et démographie médicale en Alsace	48
4) Les soins de première intention pour adultes : médecine ambulatoire et psychiatrie de secteur	50
a- La prise en charge ambulatoire	50
b- La prise en charge psychiatrique hospitalière sectorisée	51
5) Les soins de recours pour adultes : les services hospitaliers spécialisés	52
a- Le service de psychiatrie II des HUS	52
b- Le service de Médecine Interne, Endocrinologie et Nutrition des HUS	54
c- Le SSR spécialisée en Réadaptation Nutritionnelle des Trois Epis	55
d- Le service de psychiatrie générale du CH de Colmar	55

6) Les soins hospitaliers pour enfants et adolescents en pédiatrie et pédopsychiatrie	56
a- Les soins de première intention : CMP et services de pédiatrie générale	56
b- Les soins de recours pour enfants et adolescents : services de pédopsychiatrie en Alsace.	58
7) Dispositif innovant à Strasbourg	59

Deuxième partie : étude qualitative sur la prise en charge coordonnée ambulatoire de l'anorexie mentale de l'adolescent et de l'adulte jeune dans le Bas-Rhin 61

Matériel et méthodes	61
1) Objectif	61
2) Type d'étude	61
3) Population étudiée	62
4) Lieu et temps de l'étude	62
5) Rédaction du guide d'entretien et recueil de données	63
6) Analyse	64
Résultats	65
1) Caractéristiques des enquêtés	65
2) Sémiologie de l'anorexie mentale	67
a- Les éléments somatiques	67
b- Les éléments psychopathologiques	68
c- Les caractéristiques comportementales	70
d- Différence de perception de la difficulté diagnostique	70
e- Représentations des patientes anorexiques par les médecins	71
3) Réflexions sur les soins	72
a- Principes de prise en charge psychothérapeutique et psychiatrique	72
b- Prise en charge somatique et nutritionnelle	73
c- Collaboration entre somaticien, psychiatre/ psychologue et diététicienne	74
d- Activités de groupe et sport adapté	75
4) Rôle du médecin généraliste	75
5) Rôle du spécialiste psychiatre/ pédopsychiatre	78
6) Les difficultés rencontrées dans la prise en charge de l'anorexie mentale	80
a- Difficultés en lien avec le parcours de soins coordonné	81

b- Difficultés en lien avec la formation	84
c- Difficultés en lien avec la maladie elle-même	86
7) Axes d'amélioration proposés par les médecins	90
a- Développer la formation	90
b- Améliorer la communication entre somaticien et psychiatre	90
c- Autres propositions	91
Discussion	93
1) Forces et limites de cette étude	95
2) Réflexion	97
a- Une prise en charge personnalisée selon le patient et dépendante du vécu et de l'expérience de chaque praticien	97
b- Un médecin généraliste technicien et un psychiatre psychothérapeute ?	102
c- La continuité des soins menacée par une coordination peu opérante ?	106
d- Une formation initiale insuffisante à l'origine d'une prise en charge hésitante	111
e- Une pathologie niée par les patientes, frustrante pour l'entourage et le corps médical	114
f- Une coordination investie et une formation étoffée comme leviers d'amélioration de la prise en charge	117
Conclusion	121
Annexes	126
Bibliographie	132
Déclaration sur l'honneur	136

Liste des Annexes

ANNEXE 1 : Principales classifications diagnostiques	126
ANNEXE 2 : Plaquette d'ARTTA	129
ANNEXE 3 : Guide d'entretien	130

Introduction

Lors d'un stage d'externat en service de pédiatrie au CHU de Nancy (Brabois), j'ai été confrontée au cas d'une patiente anorexique de 13 ans, hospitalisée en urgence devant un état clinique préoccupant. Devant l'absence de place en service de pédopsychiatrie, elle a d'abord été hospitalisée en pédiatrie avec un suivi régulier par la psychiatre de liaison. Elle présentait un amaigrissement majeur d'une dizaine de kilos survenu en quelques mois, des restrictions alimentaires sévères avec éviction d'une grande partie des aliments de son alimentation et des vomissements provoqués occasionnels. Surtout, elle présentait un déni marqué de la gravité de ses troubles et se trouvait « grosse » malgré une maigreur évidente. Des comportements particuliers tels que le stockage d'aliments derrière les radiateurs de sa chambre ou une tendance à la potomanie avant les pesées ont été remarqués par l'équipe soignante. Elle a initialement été renutrie par sonde d'alimentation entérale devant la gravité de la dénutrition. Secondairement, sous l'effet de la prise en charge psychothérapique et d'une reprise pondérale modeste, cette sonde a pu être retirée et la patiente a commencé à se réalimenter de façon progressive, non sans avoir des phases de régression avec ré-aggravation des restrictions alimentaires. Elle a ensuite pu être transférée en service de pédopsychiatrie pour poursuivre la prise en charge initiée en pédiatrie.

Cette situation clinique m'avait beaucoup interrogée : comment repérer précocement l'anorexie mentale en cabinet libéral ? Y-a-t-il eu un retard diagnostique et/ou de prise en charge ayant conduit à cette hospitalisation en urgence ? Quelle prise en charge avait déjà effectuée le médecin traitant de cette patiente ? Un suivi conjoint avec un pédopsychiatre était-il déjà en place en ambulatoire ?

L'anorexie mentale, que nous avons choisie de traiter exclusivement au sein des troubles du comportement alimentaire, est une pathologie complexe dont l'expression est à la fois psychiatrique et somatique. C'est une maladie plurifactorielle faisant intervenir des facteurs de vulnérabilité personnelle, des facteurs de susceptibilité génétique et biologique mais aussi des facteurs environnementaux, principalement familiaux et sociaux. La connaissance de cette pathologie s'est fortement étoffée depuis les travaux de Lasègue en 1873 et de Gull en 1874 (1). Diverses théories explicatives ont ensuite vu le jour pour tenter d'expliquer cette pathologie qui reste encore aujourd'hui mal comprise : théorie de l'attachement (2) (3), problématique de séparation, théorie systémique (4), théorie décrivant l'anorexie comme une conduite addictive (5). Le rôle de la société (6) a également été souligné avec une valorisation excessive de l'image de la minceur par les médias et l'influence de certaines disciplines sportives où le poids est contrôlé de manière stricte ou encore du milieu du mannequinat (7). La contribution de la génétique a été étudiée par ailleurs et a mis en évidence certains polymorphismes génétiques pouvant constituer des facteurs de prédisposition (8). D'un point de vue épidémiologique, cette affection survient le plus fréquemment à l'adolescence, qui est le moment où la dépendance envers le milieu familial est la plus forte (9). La prévalence de cette affection est difficile à apprécier précisément du fait de la variabilité des critères diagnostiques utilisés et de la prise en compte ou non des formes subcliniques. Elle se situe autour de 1.4% vie entière chez les femmes et autour de 0.2% chez les hommes (10) et est relativement stable au fil des dernières décennies, même si cette prévalence a augmenté chez les adolescents et notamment dans la tranche des 15-19 ans où elle atteint 0.5%; cependant ceci pourrait être en lien avec un dépistage plus précoce de la maladie grâce à des professionnels de santé mieux sensibilisés et grâce à la prise en compte des formes partielles et subsyndromiques (11). On note également que c'est une pathologie pour laquelle il existe une très forte prédominance féminine avec un sex ratio de 9 filles pour un garçon (11). Elle se distingue des autres affections psychiatriques par le fait

qu'elle possède le plus fort taux de mortalité (estimée à 5% des cas par an), par suicide ou secondaire à la dénutrition (10). Sa gravité réside également dans le pourcentage d'évolution vers des formes chroniques (environ 20%) (11), la fréquence des rechutes après guérison, les répercussions négatives sur l'insertion sociale et la qualité de vie, etc... Les patients atteints de formes sévères d'anorexie mentale bénéficient de prises en charge hospitalières, parfois au sein d'un centre hospitalo-universitaire (CHU). Cependant, la plupart des patients, ayant une anorexie de sévérité légère à modérée, sont suivis en ambulatoire, d'où l'importance du rôle du médecin généraliste et de la coordination des soins entre le médecin généraliste et le psychiatre traitant.

La HAS a établi des recommandations de bonne pratique concernant l'anorexie mentale et les autres TCA en 2010 (12) puis en 2018 (13). Ces recommandations insistent sur l'importance du repérage précoce des troubles, élément pronostique majeur qui influe sur l'évolution ultérieure de la maladie. Elles soulignent également que la prise en charge de l'anorexie mentale doit être multidisciplinaire, impliquant médecins généralistes, pédiatres, psychiatres, nutritionnistes pour garantir les meilleures chances de guérison. Le socle commun à cette prise en charge multidisciplinaire est défini comme suit : *« Il est recommandé que les soins soient assurés par une équipe d'au moins deux soignants dont le socle commun est : un psychiatre ou pédopsychiatre ou psychologue du fait de la souffrance psychique et des fréquentes comorbidités psychiatriques ; un somaticien, qui peut être le médecin de premier recours (médecin généraliste ou pédiatre) s'il est prêt à en assumer les exigences »* (12). Les différents intervenants doivent de plus veiller à la continuité des soins, notamment lors des transitions entre soins ambulatoires et soins hospitaliers, afin d'éviter les ruptures thérapeutiques : *« Il est recommandé de veiller à la cohérence et à la continuité de ces soins dans la durée entre les différentes étapes de la prise en charge et entre les différents intervenants. En particulier, il est recommandé en cas d'hospitalisation que : les soins hospitaliers soient relayés par des soins*

ambulatoires, soit séquentiels, soit en hôpital de jour, soit en consultation au minimum, car les patients ne sortent pas guéris » (12). Néanmoins une étude française publiée en 2014, menée parmi plus de 2000 médecins généralistes et portant sur la prise en charge de la dépression en médecine de ville, montre que les relations entre psychiatres et médecins généralistes sont jugées insatisfaisantes par ces derniers, avec notamment un manque de collaboration et des difficultés d'accès au spécialiste en santé mentale (14). Les médecins interrogés estiment cependant que leurs compétences dans la dépression peuvent être améliorées via la collaboration avec les psychiatres. Concernant l'anorexie mentale, au vu du retard diagnostique et de prise en charge encore fréquent dans la pathologie, on peut s'interroger sur l'efficience du parcours de soins des patientes (15).

Ainsi, l'optimisation de la prise en charge de l'anorexie mentale passe par la multidisciplinarité des soins et par les échanges réguliers entre les intervenants assurant la continuité des soins, y compris lors des soins ambulatoires. Ceci est préconisé dans les recommandations de la HAS. Mais au vu des éléments de la littérature, on peut s'interroger sur la réalité du parcours de soins des patientes anorexiques. Dans le cadre de notre travail, nous porterons cette question en l'abordant à l'échelle du département du Bas-Rhin : Comment s'organise la prise en charge conjointe de l'anorexie mentale entre le médecin généraliste et le psychiatre en ambulatoire ?

Dans la première partie de ce travail, nous reviendrons sur l'évolution récente des classifications diagnostiques, sur les recommandations existantes ainsi que sur l'organisation de la prise en charge de l'anorexie mentale au niveau local, à l'échelle de l'ancienne région Alsace et à l'échelle du département du Bas-Rhin, en raison de la cohérence de l'offre de soins sur ce territoire. Dans la deuxième partie de ce travail, nous réaliserons un retour sur les pratiques des médecins généralistes et des psychiatres bas-rhinois concernant la prise en charge

coordonnée et ambulatoire de l'anorexie mentale de l'adolescent et de l'adulte jeune. Puis nous étudierons leurs rôles respectifs dans la prise en charge et les difficultés qu'ils rencontrent avant de soulever des pistes d'amélioration.

Première partie : Critères diagnostiques, recommandations et organisation des soins en Alsace.

I- Nosographie et anorexie mentale.

La plus ancienne nosographie est la classification de Feighner (1972), établie par John P. Feighner, psychiatre américain ayant été le premier à définir des critères diagnostiques précis de l'anorexie mentale. La maladie étant connue depuis le XIXème siècle, cette première classification intervient donc tardivement. Ces critères sont :

- A. *« Un début des symptômes avant l'âge de 25 ans »*,
- B. *« Une perte de poids d'au moins 25% du poids idéal »*,
- C. *« Un comportement perturbé vis-à-vis de tout ce qui concerne la prise d'aliments, la nourriture et le poids avec déni de la maladie, plaisir apparent à se priver d'aliments, minceur extrême comme image idéale du corps et conduite inhabituelle portant sur la manipulation et le stockage d'aliments »*,
- D. *« L'absence de maladie médicale rendant compte de l'anorexie et de l'amaigrissement »*,
- E. *« L'absence d'autre trouble psychiatrique »* et enfin
- F. *« l'existence d'au moins 2 manifestations somatiques (...) »* (16) (parmi lesquelles l'aménorrhée, les vomissements provoqués et les périodes d'hyperactivité).

Notons d'emblée que relire ces critères permet de mesurer le chemin parcouru dans l'approche des TCA. En effet, cette classification a été abandonnée car elle comportait des critères trop exclusifs comme un début des symptômes avant l'âge de 25 ans ou une perte de poids d'au moins 25% du poids initial. De même, le critère E évoquant *« l'absence d'autre*

trouble psychiatrique » était très vague. On peut donc supposer qu'en utilisant cette classification, l'anorexie mentale était sous diagnostiquée ou prise en compte trop tardivement.

Les classifications actuelles sont le DSM V (dernière version du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux) et la CIM 10 (12).

Le DSM V a été développé par l'APA (American Psychiatric Association) et est une classification spécifique des troubles mentaux. C'est une classification nosographique qui a pour but de définir des groupes homogènes de patients à des fins de recherche. Elle n'a pas pour vocation de permettre une confirmation diagnostique à des fins cliniques bien que certains praticiens l'utilisent ainsi. Les critères diagnostiques du DSM V sont :

A. *« Restriction des apports caloriques résultant en un amaigrissement avec un poids ou une corpulence significativement trop bas par rapport à l'âge, le sexe, la trajectoire de développement et la santé physique »,*

B. *« Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportements persistants visant à prévenir la perte de poids alors que le poids est inférieur à la normale »*

C. *« Perturbation de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'appréciation de soi ou absence persistante de reconnaissance de la gravité de la maigreur actuelle» (16).*

Une meilleure prise en compte s'est opérée concernant le diagnostic de l'anorexie mentale entre le DSM III, le DSM IV et le DSM V: en effet deux critères ont été sensiblement modifiés. Tout d'abord on note la suppression du critère « aménorrhée » comme l'un des critères principaux de l'anorexie mentale. Ce critère est défini comme l'absence de règles sur trois cycles menstruels consécutifs. Cette suppression s'explique par le fait que de nombreuses jeunes anorexiques ont encore des menstruations quand elles sont sous contraception hormonale

(il s'agit alors d'hémorragies dites de privation plutôt que de véritables règles). Il devenait alors compliqué de porter ce diagnostic chez les patientes ayant une contraception car elles ne satisfaisaient pas à ce critère. De plus l'anorexie peut concerner des pré-adolescentes n'ayant pas encore eu leur ménarche (aménorrhée primaire) ainsi que des jeunes hommes. Ainsi le DSM V permet une meilleure prise en compte des anorexies masculines. La deuxième modification concerne la suppression du pourcentage de perte de poids à atteindre pour pouvoir diagnostiquer une anorexie comme telle. En effet, le DSM IV évoque une « perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu » (12). Le DSM III retenait lui une perte de poids menant à un poids inférieur de 15% à la normale. Ainsi on ne pouvait diagnostiquer une anorexie chez une jeune fille ayant tous les critères psychiatriques avec un IMC bas mais dont le poids restait supérieur à 85% du poids attendu. Cette modification dans le DSM V permet aujourd'hui de porter le diagnostic d'anorexie mentale plus précocement, or on sait l'importance de la précocité du diagnostic dans le pronostic de cette affection. Ceci devrait entraîner une détection de formes subsyndromiques qui n'étaient pas diagnostiquées avant et peut-être augmenter la prévalence de la maladie par l'inclusion de ces formes subsyndromiques. Il s'agit aussi d'un outil permettant de suivre précocement les rechutes ou récurrences après rétablissement. Enfin, on note une évolution d'importance entre le DSM III et le DSM IV avec l'apparition dans le DSM IV de la notion de déni et des 2 sous types d'anorexie mentale que sont le type « restrictif » et le type « purgatif » (défini par l'existence de crises de boulimie et de vomissements provoqués ou de stratégies de contrôle du poids). La notion de déni est toutefois apparue transitoirement car dans le DSM V, elle est remplacée par l'«*absence persistante de reconnaissance de la gravité de la maigreur actuelle*».

Une autre classification actuelle est la CIM10, développée par l’OMS ; actuellement il s’agit de la 10^e version. C’est la classification officielle du système de santé français. A l’inverse du DSM, cette classification ne concerne pas uniquement les troubles mentaux mais toutes les pathologies des différentes disciplines médicales (17). Les critères diagnostiques de la CIM10 sont :

A. *« Un poids corporel inférieur à la normale de 15 % »,*

B. *« La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d’un évitement des «aliments qui font grossir», fréquemment associé à au moins une des manifestations suivantes : des vomissements provoqués, l’utilisation de laxatifs, une pratique excessive d’exercices physiques, l’utilisation de « coupe-faim » ou de diurétiques » ;*

C. *« Une psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l’image du corps associée à l’intrusion d’une idée surinvestie : la peur de grossir. Le sujet s’impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser » ;*

D. *« Présence d’un trouble endocrinien diffus de l’axe hypothalamo-hypophysogonadique avec aménorrhée chez la femme, perte d’intérêt sexuel et impuissance chez l’homme (...) »*

E. *« Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées(...) ».(12)*

La dernière version de la CIM inclut donc toujours ce critère chiffré de perte de poids ainsi que le critère d’aménorrhée chez la femme.

Une autre classification pertinente à citer dans cette thèse s’intéressant également à la population anorexique adolescente est la CFTMEA (Classification française des Troubles Mentaux de l’Enfant et de l’Adolescent) qui définit l’anorexie comme tel :

« Trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle, induite et maintenue par le patient. Il survient habituellement chez une adolescente ou une jeune femme, mais il peut également survenir chez un adolescent ou un jeune homme, tout comme chez un enfant proche de la puberté. Le trouble est associé à la peur de grossir et d'avoir un corps flasque. Les sujets s'imposent un poids faible. Il existe habituellement une dénutrition de gravité variable s'accompagnant de modifications endocriniennes et métaboliques secondaires et de perturbations des fonctions physiologiques, aménorrhée notamment » (18).

Cette classification évoque un amaigrissement mais sans valeur seuil de la perte de poids. L'aménorrhée est encore citée dans la définition de la CFTMEA. Par ailleurs, une version adulte, la Classification Française des Troubles Mentaux (CFTM) est parue en 2015 pour étendre cette approche nosographique aux patients adultes ; elle a été cependant moins diffusée.

On constate donc une évolution importante de ces classifications depuis la classification de Feighner en 1972, très restrictive en terme d'âge des patients et de seuil de perte de poids et qui évoque notamment le critère du « plaisir apparent à se priver d'aliments » (16), une conception datée de la maladie. La compréhension de la maladie a donc bien évolué depuis. Toutes les classifications évoquent un critère seuil de perte de poids (allant de 25% du poids idéal à 15% de perte de poids) et une aménorrhée chez la fille en dehors du DSM V, dans lequel ces critères ont disparu, permettant de diagnostiquer plus précocement l'anorexie. Les critères d'ordre psychiatrique sont sensiblement les mêmes, néanmoins on note de petites différences : la peur de grossir n'est pas citée dans la classification de Feighner ; le déni n'apparaît pas dans la CIM 10 et la CFTMEA et enfin la dysmorphophobie n'apparaît pas dans les classifications de Feighner et CFTMEA. Concernant les caractéristiques comportementales avec hyperactivité

physique et prise de purgatifs ou vomissements provoqués, elles sont citées dans la CIM 10, le DSM V et la classification de Feighner.

On peut s'interroger : est-ce que les médecins utilisent une ou plusieurs de ces classifications ? Si oui lesquelles ? A quoi servent-elles en pratique clinique ?

Ainsi, l'évolution récente des classifications et notamment du DSM qui a supprimé le critère chiffré de perte de poids dans sa dernière version, permet de détecter des formes subsyndromiques d'anorexie mentale qui passaient inaperçues auparavant. En effet, la limite entre le normal et le pathologique peut être floue. Une augmentation des consultations et des recours aux soins pour anorexie mentale est donc prévisible à court terme. De ce fait, l'optimisation du parcours de soins des patientes anorexiques semble incontournable. L'évolution des classifications répond par ailleurs au souci des cliniciens de dépister plus précocement les troubles anorectiques ainsi que les formes masculines de la maladie, qui peuvent être plus insidieuses dans leur expression symptomatique.

On peut aussi se demander si l'évolution des classifications influence les pratiques des médecins concernant l'établissement du diagnostic : est-ce qu'ils utilisent encore le critère d'aménorrhée pour porter le diagnostic ? Une valeur seuil de perte de poids ? Ceci-a-il un impact sur le parcours de soins coordonné via l'adressage de patients ayant des formes peu syndromiques aux spécialistes psychiatres ?

II- Recommandations de bonne pratique clinique.

Nous allons d'abord nous intéresser aux premières recommandations françaises sur le sujet ayant vu le jour en 2010.

1) Les recommandations HAS de 2010 sur la prise en charge de l'anorexie mentale.

Les premières recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé) concernant l'anorexie mentale sont donc très récentes mais aussi tardives si l'on tient compte du fait que cette pathologie est connue depuis le XIXe siècle. Elles sont une aide à la prise en charge de cette pathologie pour les médecins libéraux comme hospitaliers. Elles résultent d'une collaboration entre la HAS et l'AFDAS-TCA (Association française pour le développement des approches spécialisées dans les TCA), renommée depuis FFAB (Fédération Française Anorexie Boulimie).

Elles mettent l'accent sur l'importance de la multidisciplinarité des soins ambulatoires et préconisent une prise en charge initiale ambulatoire, qui est la première marche de la prise en charge : « *Il est recommandé que toute prise en charge soit initialement ambulatoire, sauf en cas d'urgence somatique ou psychiatrique.* », « *Le professionnel de premier recours organise les soins ambulatoires multidisciplinaires une fois le diagnostic posé, dans le respect de l'alliance thérapeutique* » (12). Ainsi l'importance de l'alliance thérapeutique entre médecin et patient est soulignée afin de prévenir les ruptures de soins dans le parcours des patients.

Ces soins multidisciplinaires sont pilotés par une équipe d'au moins deux médecins définis comme suit : « *Il est recommandé que les soins soient assurés par une équipe d'au moins deux soignants dont le socle commun est : un psychiatre ou pédopsychiatre ou psychologue du fait de la souffrance psychique et des fréquentes comorbidités psychiatriques ; un somaticien, qui peut être le médecin de premier recours (médecin généraliste ou pédiatre) s'il est prêt à en assumer les exigences* » (12). Cette recommandation souligne en fait le principe de la prise en

charge bifocale, cher à P. Jeammet (19) , dont l'objectif est de dissocier la prise en charge entre la psychothérapie menée par un psychiatre et le cadre thérapeutique (qui consiste à suivre l'état somatique et biologique des patientes, les conditions de leur hospitalisation etc...) dont s'occupe un 2^e médecin, afin que médecin et patient ne s'enferment pas dans une relation duelle préjudiciable à la prise en charge.

Cependant, bien que cette recommandation ait vocation à clarifier le rôle de chacun dans la prise en charge, on peut se demander si les modalités de cette prise en charge conjointe de la pathologie entre le somaticien et le psychiatre référents sont aussi bien définies en pratique courante.

Elles insistent également sur la nécessaire collaboration entre les différents intervenants au cours des différentes étapes de la prise en charge : « *Il est recommandé de veiller à la cohérence et à la continuité de ces soins dans la durée entre les différentes étapes de la prise en charge et entre les différents intervenants. En particulier, il est recommandé en cas d'hospitalisation que : les soins hospitaliers soient relayés par des soins ambulatoires, soit séquentiels, soit en hôpital de jour, soit en consultation au minimum, car les patients ne sortent pas guéris* » (12). Ces recommandations soulignent l'importance de la continuité des soins afin de prévenir les ruptures thérapeutiques. On peut s'interroger : comment se passe cette collaboration en pratique ?

Ces recommandations définissent également les populations à risque : « *adolescentes, jeunes femmes, mannequins, danseurs et sportifs, notamment de niveau de compétition, et sujets atteints de pathologies impliquant des régimes telles que le diabète de type 1, l'hypercholestérolémie familiale, etc...* » (12)

Les signes évocateurs devant faire suspecter une anorexie sont développés, par exemple chez l'adolescent : « *Adolescent amené par ses parents pour un problème de poids, d'alimentation ou d'anorexie ; adolescent ayant un retard pubertaire ; Adolescente ayant une*

aménorrhée (primaire ou secondaire) ou des cycles irréguliers (spanioménorrhée) plus de 2 ans après ses premières règles ; Hyperactivité physique ; Hyperinvestissement intellectuel ».
(12)

Par ailleurs ces recommandations précisent les objectifs de reprise pondérale et les objectifs des interventions psychologiques : « *Dans la phase de reprise, un gain de 1 kg par mois en ambulatoire semble un objectif mesuré et acceptable.* », « *Il est recommandé que la psychothérapie choisie dure au moins 1 an après une amélioration clinique significative* » (12).

Les critères d'hospitalisation sont précisés et divisés en critères d'hospitalisation somatiques, psychiatriques et environnementaux. Les critères somatiques sont individualisés avec d'une part ceux concernant les enfants et adolescents et ceux concernant les adultes.

D'autres recommandations de la HAS publiées en 2018 précisent en particulier la prise en charge de la boulimie nerveuse et viennent compléter celles de 2010.

2) Les recommandations HAS de 2018 sur la boulimie.

De nouvelles recommandations de la HAS ont été publiées en 2018, elles concernent plus volontiers les patients souffrant de boulimie et d'hyperphagie boulimique mais la section intitulée « *Organisation du plan de soins* » concerne également les sujets souffrant d'anorexie mentale (restrictive ou anorexie/boulimie). Nous allons donc détailler ici uniquement cette section des recommandations (13). La FFAB s'est également engagée dans la rédaction de ces recommandations, qui viennent compléter celles de 2010. Les objectifs de ces recommandations sont définies ainsi : « *Améliorer le repérage, le diagnostic, la prise en charge et le suivi des adolescents et des adultes souffrant de boulimie ou d'hyperphagie boulimique* » (13).

Les recommandations 2018 évoquent également l'importance de réaliser des soins multidisciplinaires dans la prise en charge des TCA : « *L'approche thérapeutique des troubles*

des conduites alimentaires doit être pluriprofessionnelle, incluant les dimensions psychologique, nutritionnelle, somatique, sociale, et familiale. Le plan de soins repose sur l'articulation des différents intervenants dans un projet au long cours compte tenu de la durée des troubles » (13).

Elles préconisent qu'une répartition claire des rôles de chaque professionnel de santé soit faite et communiquée au patient et à son entourage : « *La prise en charge étant partagée entre plusieurs professionnels, il est recommandé d'établir un accord clair entre les différents professionnels de santé sur la répartition des rôles de chacun » (13).* On peut se demander ce que sous-entend « *cet accord clair* » évoqué par les recommandations : s'agit-il d'un document écrit et signé par les différents professionnels, d'une entente orale ou s'agit-il plutôt d'un accord tacite? Quelle forme doit-il prendre ? Les professionnels impliqués doivent se concerter et s'accorder sur ce principe.

De même elles préconisent qu'un professionnel en particulier soit en charge du projet de soins : « *Il est recommandé qu'un des intervenants de la prise en charge, préférentiellement le plus expérimenté, coordonne le projet de soins multidisciplinaire et pluriprofessionnel en tenant compte de l'avis du patient» (13).* En pratique, comment évaluer quel professionnel est le plus expérimenté ? Sur quels critères s'appuyer ?

On retrouve également l'idée que la prise en charge initiale doit être ambulatoire en dehors de toute urgence : « *La prise en charge ambulatoire est préconisée en première intention, sauf urgence ou complication » (13).*

La continuité des soins passant par la collaboration étroite des différents intervenants est à nouveau soulignée : « *Il est recommandé d'être particulièrement vigilant à la continuité des soins, en particulier lors de la transition d'un suivi pédiatrique à un suivi d'adulte, et entre les différents niveaux de soins » (13).*

Par ailleurs, ces recommandations évoquent la nécessaire implication de la famille dans la prise en charge des patients jeunes : « *Il est préférable que la famille soit impliquée dans la prise en charge. Pour les adolescents et les jeunes adultes, la prise en charge impliquera leurs parents ou le tuteur légal* » (13).

Enfin, la précocité des soins comme facteur pronostique est mise en avant : « *Les soins seront d'autant plus efficaces que les interventions seront précoces, adaptées au patient, à son âge et à l'intensité de ses troubles* » (13).

Les recommandations de 2010 et 2018 sont donc complémentaires et se rejoignent sur les grands principes de la prise en charge coordonnée du patient anorexique. La prise en charge de l'anorexie mentale a également bénéficié de l'apport des recommandations HAS de 2018 concernant la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs intervenant dans la prise en charge des sujets adultes souffrant de troubles mentaux.

3) Les recommandations HAS de 2018 sur la coordination entre médecin généraliste et acteurs de la psychiatrie.

En 2018 a également vu le jour une recommandation HAS sur la coordination entre le médecin généraliste et les autres acteurs intervenant dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. Cette recommandation s'adresse à la fois aux médecins généralistes, aux professionnels spécialisés en psychiatrie et en santé mentale mais aussi aux autres acteurs de proximité (pharmaciens, infirmiers, etc...) et aux patients, leurs proches, les associations de patients et de familles d'usagers et les acteurs du secteur social et médico-social.

Les objectifs de ces recommandations sont de permettre aux professionnels : « *d'identifier les ressources disponibles (professionnels, établissements, dispositifs)* », « *d'échanger et de partager les informations utiles* » et « *d'accéder à un avis diagnostique et thérapeutique, à un adressage et assurer un suivi conjoint* » (20).

Les causes mises en évidence pour expliquer le défaut de coordination entre médecins généralistes et acteurs de la psychiatrie sont principalement : « *une réticence à l'échange et au partage d'informations du côté des patients et des professionnels* », « *la construction d'une relation de confiance avec d'autres professionnels, au-delà de la dualité patient-soignant, plus difficile* » et « *un contexte démographique des professionnels de santé contraint* » (20).

Or le développement d'une meilleure coordination des soins entre ces acteurs permettrait de favoriser la continuité des soins et d'éviter les ruptures thérapeutiques, de permettre une prise en charge optimisée des troubles mentaux mais aussi des comorbidités somatiques dont souffrent fréquemment ces patients et d'obtenir un gain de temps pour les patients et les professionnels.

Ces recommandations s'appuient sur un état des lieux des expériences d'amélioration de la coordination qui ont été conduites en France et à l'étranger. Ces expériences sont regroupées en 5 catégories. Tout d'abord le premier axe est « *l'Amélioration de la communication* » (20) qui passe par le développement de réunions cliniques et de groupes d'analyses, d'équipes mobiles en psychiatrie par exemple. Puis il existe des « *Lieux d'exercices partagés* » (20) comme les maisons de santé pluriprofessionnelles ou les centres de santé couplés à des CMP par exemple, qui permettent d'optimiser la collaboration. Une autre expérience d'amélioration de la coordination est la création de « *Dispositifs de soins partagés (DSP)* » qui sont des « *des consultations d'avis et de suivi conjoint pour aider les médecins généralistes dans la prise en charge des troubles mentaux, notamment des troubles mentaux fréquents et des troubles somatoformes* » (20); une consultation à l'initiative du médecin généraliste pour solliciter un avis spécialisé est donc un exemple de dispositif de soins partagés si cette consultation est suivie d'un retour d'informations et aboutit au développement « *d'une relation à visée éducative* » entre le généraliste et le spécialiste en santé mentale. Enfin il existe deux autres axes d'amélioration de la coordination qui sont la fonction de « *Coordination de parcours de santé* »

qui consiste en une « *Fonction spécifique de coordination pour faciliter les interactions entre acteurs et promouvoir l'implication du patient* » et la création de « *Dispositifs intégrés* » (20), essentiellement développés à l'étranger à ce jour, et qui consistent en des programmes de soins structurés souvent avec un protocole et la tenue d'un agenda de consultations programmées avec les différents acteurs de la prise en charge.

Ces recommandations détaillent plusieurs axes pour aider les professionnels à favoriser la coordination des soins. Tout d'abord elles préconisent « *d'identifier les ressources disponibles* » (20) en terme de professionnels et de structures sur le territoire, via la tenue d'un répertoire personnel des ressources mais aussi en se rendant à des réunions pluriprofessionnelles/ pluridisciplinaires. Lors de prises en charge déjà engagées chez un patient, elles recommandent au médecin de se renseigner auprès de son patient pour connaître les coordonnées des différents intervenants de la prise en charge puis de les contacter en accord avec celui-ci. Puis pour permettre « *d'échanger et de partager les informations utiles* » (20), les médecins généralistes et psychiatres doivent échanger des courriers notamment en cas d'hospitalisation aux urgences ou en psychiatrie d'un de leurs patients où ce courrier est dit « *obligatoire* ». Les recommandations encouragent les médecins intervenant dans une même prise en charge à élaborer des courriers type de façon conjointe pour développer et structurer la communication : « *Cette protocolisation peut être un levier pour structurer la coordination au-delà de l'échange d'informations et poser les conditions d'un partenariat futur* » (20). Cependant, on peut se demander si cette protocolisation est vraiment opérante pour la prise en charge des patients, étant donné la singularité de chaque situation notamment dans le domaine des troubles mentaux... Ne risque-t-on pas de passer à côté de certains éléments sémiologiques intéressants ? La protocolisation peut permettre une meilleure communication mais doit être réfléchie pour ne pas être préjudiciable à la prise en charge.

Puis les recommandations suggèrent pour « *accéder à un avis diagnostique ou thérapeutique et assurer un suivi conjoint* » (20) différentes propositions : développer des lignes téléphoniques dédiées pour pouvoir joindre directement un psychiatre senior, réserver des plages horaires pour des consultations d'urgence, développer les prises de RDV par internet, proposer des interventions à domicile avec des équipes mobiles etc...

Les leviers proposés pour développer la coordination impliquent les différents acteurs. Concernant les professionnels de santé, les recommandations proposent de développer la formation initiale et continue « *aux soins de premier recours ; à la psychiatrie et santé mentale ; à la coordination et à la reconnaissance des rôles et compétences de chacun* » et de souligner la « *valorisation de la coordination dans le cadre éthique et déontologique* » (20). Quelle forme cette valorisation peut-elle prendre ?

Pour les patients et leurs familles doivent s'articuler la « *conviction des patients et des proches quant à l'importance de la coordination et du partage d'informations* », « *la sensibilisation à la prévention, au dépistage et à la prise en charge des troubles somatiques, notamment par le médecin généraliste traitant* » et « *l'implication du patient dans la gestion de sa maladie (mobilisation de ses ressources et de ses compétences) : objectif consensuel pour les professionnels impliqués, pouvant favoriser la coordination* » (20). Comment impliquer le patient dans la gestion de sa maladie concrètement ? Et comment le convaincre de l'importance du partage d'informations entre professionnels ? Proposer des séances d'éducation thérapeutique ?

Enfin du côté de la gouvernance, les recommandations préconisent « *Information, accompagnement et appui technique pour les professionnels* » (20) au niveau des Agences Régionales de Santé (ARS). Ainsi le développement des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) constitue un exemple d'amélioration de la coordination au niveau local. Au niveau national sont proposées : une « *réflexion sur des modalités de financement et de tarification*

adaptées », la « *reconnaissance de nouvelles fonctions* », la « *facilitation de l'accès aux psychothérapies dispensées en ville par des psychothérapeutes non médecins* » et la « *formation initiale et continue* » (20).

Nous allons maintenant nous intéresser à l'organisation de la prise en charge de l'anorexie mentale au niveau national et sur le versant associatif avec la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB).

III -Organisation de la prise en charge des patients anorexiques au niveau national : la FFAB : Fédération Française Anorexie Boulimie.

La FFAB, anciennement appelée AFDAS-TCA, est une association d'envergure nationale qui regroupe à la fois des spécialistes de cette pathologie et des représentants des associations de patients et de leur famille (21).

Elle a notamment participé à la rédaction des recommandations de la HAS en 2010 (orientées sur la prise en charge de l'anorexie mentale) puis en 2018 (prise en charge de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique). Elle est composée également d'un groupe de recherche qui organise des colloques annuels. Elle a pour principaux objectifs de développer la coordination des équipes en terme de soins, de recherche avec le groupe FFAB-R et de formation et ce sur l'ensemble du territoire français. Elle permet de favoriser l'action des différentes associations d'usagers et de leurs familles et de fédérer les associations développées localement par des professionnels. La FFAB a également pour but de faire bénéficier de soins de qualité et de proximité les personnes souffrant de conduites anorexiques et boulimiques. Enfin elle intervient dans la prise en compte de la souffrance de l'entourage.

Son site internet est très riche en informations. Le premier onglet dénommé « *Les TCA ?* » donne accès à une sous partie définissant les TCA pour le grand public, aux recommandations notamment de la HAS dans la partie « *protocole de soins* » et à une liste d'ouvrages sur le sujet dans la partie « *je m'inquiète pour un proche* ». Il y a également un lien vers leur page Facebook dans la partie « *réseaux sociaux* » (21).

Le deuxième onglet intitulé « *Trouver de l'aide* » donne accès notamment à une permanence téléphonique, qui est assurée par des psychologues, des médecins et des membres des associations spécialisées TCA et permet de répondre aux questions de personnes souffrant de TCA ou à celles de leurs proches. Un annuaire est également disponible et recense les

différents centres de soins prenant en charge les TCA en France qu'il s'agisse de services (psychiatrie, endocrinologie, médecine interne etc...) au sein de centres hospitaliers ou de structures spécialisées comme les CASA (Centre d'Accueil pour la Santé des Adolescents) par exemple. Une liste d'ouvrages sur le sujet des TCA est également accessible.

L'onglet « *Actualités* » donne des informations sur les différentes formations/ colloques organisés.

Les missions de l'organisation, les groupes de travail et les membres du conseil d'administration sont présentés dans l'onglet « *Rejoignez-nous* ». Celui-ci présente également les différents partenaires de la FFAB à l'échelon national et offre la possibilité d'adhérer à la FFAB.

Enfin il y a un onglet « *FFAB-R (Recherche)* » qui présente les différents colloques organisés depuis 2012 et les différentes actualités de la Recherche dans le domaine des TCA ainsi qu'un onglet « *Contact* » qui permet de communiquer avec les membres de la FFAB par mail.

Nous allons maintenant étudier l'organisation de la prise en charge ambulatoire de l'anorexie mentale au niveau local, à l'échelle de l'ancienne région Alsace.

IV -Prise en charge des patients anorexiques en Alsace.

Nous allons tout d'abord nous intéresser au versant associatif, représenté par l'association ARTTA.

- 1) ARTTA : Association Réseau des Thérapies des Troubles Alimentaires
(www.artta.com)

ARTTA est une association locale créée en 1999 en Alsace. Elle a notamment pour objectif de fluidifier le parcours de soins des patients souffrant d'anorexie et de boulimie. En effet elle a été créée suite au constat de l'absence d'interlocuteur spécifique devant une problématique de TCA à laquelle de nombreux professionnels libéraux se retrouvaient confrontés, ne sachant vers quel spécialiste et/ou structure les orienter. Cette association « *s'est donnée pour mission de créer un réseau d'accueil et de soins et de promouvoir toutes les formes de traitement, d'aide et d'accompagnement pour l'anorexie et la boulimie* » (22).

Pour répondre à cet objectif, elle s'est dotée de nombreux outils sur lesquels nous allons revenir : création de groupes d'échange et de soutien à la fois aux parents et aux patients, ligne téléphonique dédiée, annuaire des professionnels référents, site internet, conférence/ débat annuelle...

Il existe un groupe d'échange et de soutien aux parents à Strasbourg et un à Colmar. Celui de Strasbourg se réunit deux fois par mois dans les locaux de l'hôpital de jour du bâtiment de psychiatrie d'adultes. Il est animé par une psychologue. Les membres assistent à ces réunions de façon plus ou moins assidue selon leurs besoins. Les séances durent en moyenne 1H30. A Colmar le groupe d'échange et de soutien aux parents se réunit une fois par mois et est animé par une psychologue également (17).

Les parents peuvent être orientés dans ces groupes via le médecin traitant de leur enfant, son psychiatre s'il est suivi. Ils peuvent aussi avoir connaissance de ces groupes grâce au site

internet ARTTA ou à la presse écrite locale (DNA etc...) et donc faire la démarche personnellement de contacter l'association.

Concernant les groupes d'échange et de soutien aux patients, il en existe également un à Strasbourg et un à Colmar. Il se réunit deux fois par mois à Strasbourg à la clinique psychiatrique de l'hôpital civil et est animé par une psychologue. Le groupe de Colmar fonctionne sur le même principe mais se réunit une fois par mois. Les réunions ont alors lieu au centre psychothérapeutique du CH de Colmar (17).

De même, pour les patients, l'orientation dans ces groupes peut se faire par l'intermédiaire du médecin traitant, lors d'une sortie d'hospitalisation, via le site de l'ARTTA ou la presse.

Le but de ces groupes tels qu'ils ont été créés est de fournir un espace de parole et d'écoute aussi bien aux familles qu'aux patients eux-mêmes. Dans les groupes de parents, ceux ayant déjà un long parcours avec leur enfant peuvent témoigner et donner un message d'espoir aux parents dont le diagnostic d'anorexie (ou de boulimie) vient d'être porté chez leur enfant. De la même façon, des patientes anorexiques qui sortent des soins peuvent soutenir et encourager les patientes qui entrent dans les soins.

Ensuite ARTTA propose une permanence téléphonique. Ce sont des parents, souvent les mères, également membres de l'association, qui assurent cette permanence. Les appels proviennent soit de personnes atteintes de troubles des conduites alimentaires, soit de leurs proches. Les interlocuteurs ont alors pour mission de les orienter vers des spécialistes du réseau dont ils communiquent les coordonnées. Ils peuvent selon les cas les orienter également vers les groupes d'échange et de soutien. Leur rôle est primordial dans l'écoute et l'orientation de ces personnes.

ARTTA propose également un site internet très riche en informations. On y retrouve une présentation de l'association, les dates et lieux des séances de groupes d'échanges et de soutien aux parents et aux patients, l'annuaire des professionnels référents, le numéro de la ligne

téléphonique dédiée, les vidéos des conférences annuelles. De plus sont également disponibles un diaporama sur l'anorexie et la boulimie, des témoignages de patients ou de leur famille ainsi qu'une plaquette présentant l'association et ses rôles (22).

L'annuaire des professionnels référents et des professionnels associés est également un point fort d'ARTTA. Sur le site internet, il est présenté en 5 sections selon 5 grands territoires géographiques d'Alsace : Alsace du Nord/ Molsheim/ Saverne/ Schirmeck ; Strasbourg ; Colmar ; Sélestat et Mulhouse. A chaque fois les coordonnées des professionnels référents sont détaillées et il y a possibilité d'accéder à celles des professionnels associés (22). Ainsi les médecins généralistes ou psychiatres libéraux ayant besoin d'un avis ponctuel ou souhaitant adresser un patient en consultation spécialisée ou en hospitalisation (en dehors du cadre de l'urgence) peuvent prendre contact avec un de ces professionnels, en tenant compte du lieu de résidence du patient et de son âge (majeur ou mineur).

Enfin, ARTTA organise des conférences-débats annuelles dont les vidéos sont disponibles sur le site internet. Ainsi des grands spécialistes des TCA tels que Philippe Jeammet (19) ou Thierry Vincent par exemple ont tenu de telles conférences.

ARTTA est donc un élément clé dans la région Alsace pour l'orientation des patients anorexiques par les médecins généralistes et psychiatres libéraux via son annuaire mais aussi une aide pour les patients et les familles via les groupes d'échanges et de soutien, la permanence téléphonique et les nombreuses informations disponibles sur son site internet.

ARTTA et plus largement le versant associatif peuvent donc représenter un soutien complémentaire à la prise en charge médicale par le généraliste et le psychiatre dans la prise en charge ambulatoire de l'anorexie mentale. On peut s'interroger : est-ce que les médecins généralistes et les psychiatres s'appuient sur ces associations dans leur pratique ? Les recommandent-ils aux patients ?

Concernant ARTTA plus spécifiquement, on peut noter que les parents y jouent un rôle majeur notamment via la ligne d'écoute téléphonique gérée en partie par des mères de patients et via les groupes d'échanges dans lesquels les parents d'anciens patients ou de patients ayant déjà un long parcours peuvent donner des conseils aux parents de 'nouveaux' patients.

On peut noter également que le président et la vice-présidente d'ARTTA sont des praticiens hospitaliers exerçant au CH de Colmar pour l'un et dans le service de psychiatrie d'adultes des HUS pour l'autre. La singularité d'ARTTA réside donc dans la composition originale de son bureau faite de représentants de parents et de professionnels de santé.

Il existe par ailleurs d'autres sources de visibilité du réseau de soins spécialisés des TCA au niveau local auxquelles nous allons nous intéresser dans le chapitre suivant.

2) Les sites internet des hôpitaux.

Outre l'association ARTTA, les pages internet des hôpitaux alsaciens représentent une source d'informations importantes concernant le réseau de soins spécialisés des TCA. Nous détaillerons exclusivement les sites internet du centre hospitalo-universitaire (CHU) de Strasbourg et du centre hospitalier (CH) de Colmar, qui sont les deux hôpitaux alsaciens proposant une activité de recours dans la prise en charge de l'anorexie mentale.

Sur le site internet du CHU, la page du pôle « Psychiatrie, santé mentale et addictologie » accessible via la liste des pôles, détaille les différents services de psychiatrie du CHU après avoir rappelé le numéro des urgences psychiatriques en haut de page. On peut accéder ensuite à la page du service de « Psychiatrie pour adultes- Psychiatrie 2 » et à la section « Les troubles du comportement alimentaires (anorexie, boulimie...) » qui détaille les différents aspects de la prise en charge spécialisée proposée dans ce domaine et indique le numéro du secrétariat des consultations externes et le numéro du médecin responsable des hospitalisations (23). Le pôle Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (M.I.R.N.E.D.)

possède également une page internet précisant les différents services du pôle dont le service de Médecine interne, Endocrinologie et Nutrition dans lequel peuvent être hospitalisées les patientes anorexiques comme nous le verrons plus loin ; on retrouve sur cette page les coordonnées téléphoniques du service et du secrétariat de consultations. On peut remarquer qu'il n'y a pas de description des éléments de prise en charge proposée comme pour le service de psychiatrie II (23). En revanche, le service de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent ne possède pas de page internet spécifique sur le site du CHU et est donc peu visible.

Sur le site internet du CH de Colmar, on trouve un onglet « Annuaire » qui permet via un lien d'accéder à un document listant les différents services de l'établissement, dont les services de psychiatrie et de psychiatrie infanto-juvénile. Dans ce document, on trouve les coordonnées des différents psychiatres avec leur spécialité, l'unité dans laquelle ils interviennent, le numéro de leur secrétariat mais aussi leur ligne directe (24). Ainsi, le réseau de soins spécialisés de l'anorexie bénéficie d'une bonne visibilité au niveau local, à l'exception peut-être du service de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent des HUS pour lequel il serait pertinent de construire une page internet dédiée.

Si la visibilité du réseau est essentielle pour fluidifier la prise en charge coordonnée de l'anorexie mentale, notamment dans le cadre des soins de recours, l'organisation de la psychiatrie hospitalière en secteurs ainsi que la répartition des médecins généralistes et des psychiatres libéraux sur le territoire le sont également.

3) Cartographie des territoires de santé et démographie médicale en Alsace.



Fig. 1 sectorisation des soins psychiatriques dans les deux départements alsaciens du Grand-Est.

Nous avons choisi de désigner le territoire en utilisant la dénomination historique et utiliserons donc le terme « Alsace », qui reste l'appellation la plus courante.

Ainsi on différencie 4 territoires de santé en Alsace :

- La région d'Alsace du Nord, de la vallée de la Bruche et du pays de Saverne/ Sarre-Union (territoire de santé 1);
- La région d'Alsace centrale, s'étendant du sud de Strasbourg jusqu'à Obernai (territoire de santé 2) ;
- La région Grand Pays de Colmar, entre Obernai au nord et Mulhouse au sud (territoire de santé 3) ;
- La région de Mulhouse, s'étendant jusqu' à la frontière Suisse (territoire de santé 4).

En effet, la carte présentée est antérieure à la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) qui correspondent à une nouvelle organisation de mise en place des soins en France. Ainsi les territoires 1 et 2 correspondent au GHT Basse Alsace- Sud Moselle, le territoire 3 au GHT Centre Alsace et le territoire 4 au GHT Haute Alsace.

Chacun des ces territoires est sous-divisé en plusieurs secteurs de psychiatrie.

En Alsace, on dénombre environ 1850 médecins généralistes ayant une activité mixte ou libérale en 2020 (estimation à partir des données de 2015 où le nombre exact était de 1899). La densité en médecins généralistes pour 10.000 habitants est forte dans les bassins de vie comportant les principales villes alsaciennes (Strasbourg, Colmar, Mulhouse mais aussi Haguenau, Saverne, Sélestat et Wissembourg), suivant ainsi la répartition des hôpitaux, alors qu'elle est faible ou moyenne dans les bassins des zones rurales. On observe une tendance à la hausse des effectifs chez les psychiatres ayant une activité libérale ou mixte sur la période 2007-2015, dont le nombre estimé en 2020 est de 180, également en hausse (nombre exact de 165 psychiatres en 2015). Selon la même tendance que chez les médecins généralistes, mais de façon plus marquée autour de Strasbourg et de Colmar, la densité en psychiatres pour 10.000 habitants est forte dans le bassin strasbourgeois, le bassin de Colmar et étonnamment également dans le bassin situé au-dessus de Saverne ; elle est moyenne ou faible dans tous les autres bassins. On note ainsi une répartition inégale des médecins généralistes et des psychiatres libéraux en faveur des zones urbaines et péri-urbaines et au détriment des zones rurales. De plus, on peut remarquer que le ratio médecins généralistes/psychiatres est de 10 ce qui peut expliquer les difficultés d'accessibilité aux psychiatres (25). Ces inégalités démographiques de santé laissent présager un impact négatif sur le parcours de soins des patients les plus isolés avec des difficultés d'accès aux soins médicaux, retards de prise en charge etc...

Ce parcours de soins s'organise entre soins de proximité et soins de recours selon la complexité des situations cliniques rencontrées, aussi bien pour la filière pédiatrique que pour la prise en charge des patients adultes.

4) Les soins de première intention pour adultes : médecine ambulatoire et psychiatrie de secteur.

Dans un premier temps, nous allons nous attarder sur la prise en charge ambulatoire, première marche de la prise en charge en dehors d'un contexte d'urgence selon les recommandations de la HAS.

a - La prise en charge ambulatoire.

Les soins de première intention (aussi appelés soins primaires ou soins de proximité) représentent le premier niveau de contact entre la population et le système de santé. Les soins de premier recours concernant l'anorexie sont généralement assurés par le médecin généraliste, le pédiatre ou par un psychiatre libéral. Ceux-ci sont en première ligne face au patient et éventuellement sa famille. Ainsi, tout comme dans les troubles anxieux par exemple (26), le médecin généraliste est l'un des premiers acteurs à entrer en relation avec la personne anorexique et/ou sa famille, ceci notamment du fait de son rôle de médecin de proximité.

Il arrive assez fréquemment aussi que des patients ou leurs parents prennent directement contact avec des psychiatres, pédopsychiatres ou nutritionnistes hospitaliers. En effet, pour la psychiatrie tout du moins jusqu'à 25 ans, le patient peut consulter directement un psychiatre sans orientation préalable du médecin traitant et ce, en respectant le parcours de soin. S'ils sont à la recherche d'un professionnel spécialisé pour ces troubles, ces patients trouvent généralement les coordonnées des médecins hospitaliers ou libéraux via le site internet d'ARTTA et son annuaire, ou par le bouche-à-oreille.

En cas d'indication à une hospitalisation, celle-ci s'organise dans le cadre de la prise en charge de secteur, en dehors de certaines situations complexes que nous aborderons plus loin.

b -La prise en charge psychiatrique hospitalière sectorisée.

L'organisation territoriale de la psychiatrie en hôpital public se fait en France selon des secteurs géographiques et les patients y sont rattachés selon leur lieu d'habitation.

En Alsace, on retrouve ainsi l'EPSAN (Etablissement Public de Santé Alsace Nord) qui couvre l'Alsace du Nord, la région de Saverne/Sarre-Union, la vallée de la Bruche mais aussi une partie de l'Eurométropole de Strasbourg. L'EPSAN possède deux sites hospitaliers : le site de Brumath et le site de Cronembourg. Plusieurs CMP sont rattachés à l'EPSAN dont les CMP de Bischheim, des quartiers Robertsau et Cronembourg à Strasbourg, de Saverne, de Molsheim et de Haguenau, pour n'en citer que quelques uns. Ces CMP ont pour vocation d'offrir des lieux de consultation à proximité de la population, voire des hospitalisations dans l'établissement (17).

La région d'Alsace centrale (Obernai-Sélestat) s'étendant jusqu'à Strasbourg Sud est rattachée au CH d'Erstein qui comporte des unités d'hospitalisation ouvertes et fermées de psychiatrie d'adultes ainsi qu'une unité d'hospitalisation pour adolescents et jeunes adultes de 16 à 25 ans. Il existe des CMP pour les prises en charge ambulatoires.

Outre cette sectorisation, en fonction de la complexité du projet de soins, dont une hospitalisation en psychiatrie pour une problématique de TCA, les patients peuvent être orientés vers le service de psychiatrie du CHU de Strasbourg.

A Strasbourg, les HUS ont une activité sectorisée drainant une population dense résidant sur une grande partie du centre ville, et offrant une organisation de soins comparable aux autres secteurs. Mais cette activité sectorisée est associée à une activité de recours comme nous le verrons plus loin.

De manière parallèle, dans le secteur haut-rhinois il existe une activité sectorisée au CH de Colmar et au CH Emille Muller de Mulhouse. A Mulhouse, les patients atteints de TCA dont l'état justifie une hospitalisation sont hospitalisés soit dans le service d'endocrinologie, soit dans le service de psychiatrie d'adultes selon le motif de l'hospitalisation. De même que dans le Bas-Rhin, la région haut-rhinoise possède une activité de recours qui est drainée par le service de psychiatrie du CH de Colmar en cas de situation clinique complexe ou préoccupante (17).

Nous allons aborder maintenant la prise en charge hospitalière spécialisée des patients adultes au sein de la région Alsace.

5) Les soins de recours pour adultes : les services hospitaliers spécialisés.

Il existe deux centres hospitaliers pourvoyeurs de soins spécialisés dans le domaine des TCA en Alsace : le CHU à Strasbourg avec d'une part le service de psychiatrie II de l'Hôpital Civil et d'autre part le service de Médecine Interne, Endocrinologie et Nutrition à Haute-pierre et le CH de Colmar.

a -Le service de psychiatrie II des HUS.

Au sein du Pôle psychiatrie, santé mentale et addictologie des HUS, le service de psychiatrie II a développé une filière pour la prise en charge des TCA.

Il est proposé aux patients majeurs présentant des TCA :

- Des consultations d'évaluation ou de suivi, individuelles et familiales sur rendez-vous ;
- Des prises en soins en hôpital de jour comportant des soins individuels et des groupes thérapeutiques. Ces soins en hospitalisation de jour peuvent se faire en complément à un suivi par un médecin en ville ou d'un autre établissement ;

- Des hospitalisations : le médecin ou psychiatre traitant peut prendre contact avec le médecin responsable et le projet de soins sera préparé en amont de l'hospitalisation. (23).

Il propose des consultations spécialisées TCA : il s'agit de consultations psychiatriques, psychologiques ou diététiques (17).

Il se compose d'un Hôpital De Jour (HDJ) qui accueille entre autres des patients souffrant de TCA mais dont l'état clinique est suffisamment stabilisé pour bénéficier de soins séquentiels. Les prises en charge en HDJ peuvent avoir différentes vocations : soit permettre de préparer une hospitalisation à temps complet, soit survenir en relais d'une hospitalisation à temps complet, soit encore être une alternative à une hospitalisation complète. La fréquence de ces journées d'hospitalisations en HDJ est discutée au cas par cas en fonction de l'état clinique des patients, de leurs disponibilités (travailleurs actifs, etc...) ; elle varie de 1 à 4 jours par semaine.

Le service de psychiatrie II héberge également l'unité d'hospitalisation à temps complet dite unité 3013 (unité ouverte), dont plusieurs lits sont réservés à des patients souffrant de conduites anorectiques/boulimiques. Le fonctionnement de cette unité repose sur le principe de la prise en charge bifocale : deux internes sont en charge d'un patient, le premier s'occupe du cadre thérapeutique c'est-à-dire de vérifier l'état physique du patient, ses bilans biologiques, les conditions de son hospitalisation (droit aux sorties en extérieur, aux appels de la famille etc...), tandis que l'autre est en charge de la psychothérapie. Ces deux internes sont supervisés par un chef de clinique et par le praticien hospitalier responsable de la prise en charge des TCA.

Des ateliers thérapeutiques sont organisés aussi bien en HDJ qu'en hospitalisation conventionnelle et sont menés par l'équipe paramédicale composée d'aides-soignants, infirmières, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, diététiciennes, assistantes sociales. Ces ateliers proposent des soins individuels et de groupe, diététiques, à médiation et psychocorporels.

Nous allons nous intéresser désormais à la prise en charge spécialisée proposée dans le service de Médecine Interne, Endocrinologie et Nutrition des HUS.

b -Le service de Médecine Interne, Endocrinologie et Nutrition des HUS.

Le service de Médecine Interne, Endocrinologie et Nutrition du Pôle M.I.R.N.E.D (Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie) sur le site de Hautepierre, bénéficie également de plusieurs lits réservés à des patients souffrant de TCA. Les patients peuvent être adressés par leur médecin traitant, par le service de psychiatrie d'adultes de l'Hôpital Civil ou certains contactent directement le service. Plus rarement ils sont adressés par des psychiatres libéraux. Les patients hospitalisés en nutrition sont généralement des patients ayant une dénutrition sévère. Il s'agit d'hospitalisations plutôt courtes de quelques semaines (2-3) dont le but est d'entamer le processus de soin, de les mettre hors de danger d'un point de vue somatique et dont les patients ne sortent pas guéris. Ils peuvent ainsi nécessiter une alimentation entérale par sonde naso-gastrique selon l'intensité de la dénutrition. Il y a bien évidemment une prise en charge psychiatrique instaurée lors de cette hospitalisation en nutrition, qui est assurée par un psychiatre intervenant à temps partiel dans le service. Ainsi la prise en charge bifocale est également appliquée dans ce service, avec une répartition claire des rôles entre la psychothérapie voire la prescription de psychotropes le cas échéant assurées par le psychiatre, et les soins somatiques dont s'occupent les nutritionnistes.

Les patients peuvent être adressés au service des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) des Trois Epis près de Colmar à leur sortie pour poursuivre la prise en charge entamée en service de nutrition (17).

c -Le SSR spécialisé en Réadaptation Nutritionnelle des Trois Epis.

Le séjour au SSR des Trois Epis intervient donc souvent en relais d'une hospitalisation en nutrition (17). Les médecins des Trois Epis assurent la prise en charge somatique et nutritionnelle et un psychiatre de liaison poursuit la psychothérapie débutée en service de nutrition. La durée de séjour aux Trois Epis est en général beaucoup plus longue car l'objectif n'est pas le même qu'en service de nutrition à Hautepierre : en effet, l'objectif est alors une reprise pondérale permettant d'obtenir un poids de sécurité plutôt qu'un IMC normal pour l'âge et la taille, mais aussi la régression des manifestations psychopathologiques de l'anorexie.

Dans le Haut-rhin, le CH de Colmar draine l'activité de recours en matière de prise en charge des TCA comme nous allons le voir dans le paragraphe suivant.

d -Le service de psychiatrie générale du CH de Colmar.

A Colmar, l'unité B du service de psychiatrie générale comporte un hôpital de jour (HDJ) dénommé Libertad' accueillant des patients atteints de troubles des conduites alimentaires et une unité d'hospitalisation à temps complet, le pavillon 45, dont plusieurs lits peuvent accueillir des patients atteints de TCA. Comme à Strasbourg, les patientes ne sont pas hospitalisées d'emblée hors situation d'urgence mais sont d'abord reçues en consultation spécialisée. Celle-ci permet au psychiatre de décider du mode de prise en charge ultérieure (HDJ, suivi en consultations etc...)

Des ateliers thérapeutiques sont également organisés pour les patients hospitalisés en HDJ ou à temps complet et un groupe de parole pour les patients d'HDJ existe (17).

On peut se demander : comment s'organise la coordination ville-hôpital à Colmar et à Strasbourg ? Les médecins généralistes connaissent-ils ces structures spécialisées et savent-ils à qui s'adresser en cas de demande d'hospitalisation ?

De même que pour les patients adultes, la prise en charge de l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent en Alsace s'organise selon des soins sectorisés et des soins spécialisés.

6) Les soins hospitaliers pour enfants et adolescents en pédiatrie et pédopsychiatrie.

Nous allons étudier dans un premier temps la prise en charge de l'anorexie mentale de l'enfant et l'adolescent dans le cadre des soins de proximité, qui doivent être préconisés en première intention.

a -Les soins de première intention : CMP et services de pédiatrie générale.

Les services de pédiatrie générale se retrouvent souvent confrontés à des hospitalisations pour motifs d'ordre psychiatrique et/ou social dont des hospitalisations pour conduite anorectique par exemple. Les patients sont alors adressés par leur médecin traitant ou pédiatre aux urgences pédiatriques ou amenés directement par leurs parents devant une inquiétude de ces derniers. Il s'agit parfois d'hospitalisations programmées en dehors d'un contexte d'urgence somatique ou psychiatrique (dénutrition extrême, idées suicidaires etc...), négociées entre un médecin traitant et un pédiatre hospitalier.

Dans le Bas-Rhin, les services de pédiatrie de Saverne, Haguenau et Sélestat peuvent ainsi accueillir ces patients (17). Une activité de pédopsychiatrie de liaison est alors généralement assurée avec des psychiatres vacataires, qui ont des vacations plusieurs demi-journées par semaine en pédiatrie, notamment dans les deux grands hôpitaux généraux de ce secteur à savoir Haguenau et Saverne. Le service de pédopsychiatrie de liaison intervenant dans les hôpitaux de Saverne et Haguenau est rattaché au Pôle Infanto-juvénile de l'EPSAN de Brumath, qui dispose également d'un CMP dans chacune des 3 villes (Saverne, Haguenau et Brumath) et réalise des activités d'HDJ et des Ateliers Thérapeutiques (actions de soutien et thérapies de groupes). Le

service de pédopsychiatrie de liaison intervenant à Sélestat est lui rattaché au Pôle Infanto-juvénile du CH d'Erstein qui dispose de CMP (Obernai, Sélestat etc...)

Lorsque l'état psychiatrique de ces patients, évalué par les psychiatres de liaison, nécessite des soins plus poussés en service de pédopsychiatrie, ils peuvent être transférés secondairement et en fonction des lits disponibles, sur les lits d'hospitalisation du service de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent (site de l'Elsau), appartenant au Pôle psychiatrie, santé mentale et addictologie des HUS. Concernant le CH d'Erstein, il y a des possibilités d'hospitalisation sur les lits sectorisés de l'unité pour adolescents et jeunes adultes.

De même, le service de pédiatrie des HUS à Hautepierre offre une prise en charge permettant l'hospitalisation d'enfants et d'adolescents souffrant de TCA dont l'état clinique le justifie. Une activité de pédopsychiatrie de liaison permet alors que ces patients soient suivis du point de vue psychiatrique en plus des soins somatiques qui sont assurés dans le service.

Dans le Haut-Rhin, les services de pédiatrie de Colmar et Mulhouse peuvent être amenés à hospitaliser ces patients en leur sein ou au pavillon Ado'sphère du CH de Rouffach, disposant d'une dizaine de lits (17). Dans les services de pédiatrie de ces hôpitaux (Colmar, Mulhouse), il existe également une activité de pédopsychiatrie de liaison dispensée par chacun de ces centres hospitaliers, à l'instar de ce que nous avons décrit plus haut dans les hôpitaux de Saverne, Haguenau et Sélestat.

En dehors des indications d'hospitalisation, ce sont les CMP de psychiatrie infanto-juvénile couvrant le territoire alsacien qui peuvent prendre en charge enfants et adolescents pour ce type de problématique. Ces CMP offrent des soins primaires dans la prise en charge ambulatoire de l'anorexie mentale de l'enfant/ adolescent.

Par ailleurs nous ne revenons pas sur les autres acteurs ambulatoires de cette prise en charge en soins primaires : médecins généralistes, pédiatres et pédopsychiatres libéraux, psychologues, évoqués plus haut.

En cas d'échappement à la prise en charge de première intention, les patients peuvent être adressés secondairement à un pédopsychiatre référent d'un centre spécialisé dans la prise en charge des TCA, voire d'emblée en cas de situation clinique complexe.

b -Les soins de recours pour enfants et adolescents : services de pédopsychiatrie en Alsace.

A Strasbourg, le service de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent (site de l'Elsau) accueille des enfants et adolescents souffrant de TCA au sein d'une unité pour enfants et adolescents, le pavillon Esquif. Des consultations externes spécialisées dans le domaine des TCA ont également lieu sur ce site (17).

Le CH de Colmar assure également des consultations spécialisées TCA pour les enfants et adolescents (17). En cas d'indication à une hospitalisation celle-ci peut se faire soit dans le service de pédiatrie du CH de Colmar, soit au pavillon Ado'sphère du CH de Rouffach. Cependant l'hospitalisation au pavillon Ado'sphère s'adresse plutôt à des patients anorexiques ayant un état somatique stable.

Enfin, à Mulhouse, l' Unité Pour Adolescents (UPA) offre des soins de recours dans le domaine des TCA via un accueil de jour et des consultations externes (27). Cependant il n'y a pas de lit d'hospitalisation dans cette unité qui offre donc une prise en charge ambulatoire exclusive : en cas d'hospitalisations, celles-ci se font donc soit au pavillon Ado'sphère en cas de lit disponible, soit en service de pédiatrie du CH Emile Muller.

Outre le suivi ambulatoire par le médecin généraliste ou pédiatre et le psychiatre traitants et la prise en charge hospitalière en service conventionnel ou spécialisé, il existe d'autres offres de soins complémentaires à Strasbourg, développées dans le cadre de l'ambulatoire et s'adressant principalement aux étudiants, qui représentent une population à risque.

7) Dispositif innovant à Strasbourg.

Devant la problématique sociale avec isolement et repli sur soi induite très fréquemment par les troubles des conduites alimentaires, différents dispositifs de soins souvent novateurs ont été créés (17). Ces offres de soins, spécifiques des difficultés psychologiques dont font partie les TCA, s'adressent principalement aux étudiants de l'Eurométropole de Strasbourg.

Ainsi a vu le jour en 1996 le CAMUS (Centre d'Accueil Médico-Psychologique Universitaire de Strasbourg ; www.camus67.fr). Il est issu d'un partenariat entre l'Université de Strasbourg et les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Son objectif est de faire bénéficier les étudiants des universités et des grandes écoles de Strasbourg et environs de consultations gratuites de dépistage des difficultés graves d'ordre psychologique notamment. Ce dispositif n'est en aucun cas spécifique des troubles des conduites alimentaires mais englobe toutes les difficultés que peuvent rencontrer les étudiants, dont les TCA. La création de cette offre de soins destinés aux étudiants semble pertinente quand on sait que la majorité des TCA se développe à l'âge scolaire et universitaire.

Porté par le CAMUS, le dispositif CATCAR (Camus TCA et Restaurants universitaires), dédié aux étudiants souffrant de TCA, a été créé en 2014. Il intervient au sein des Services de Santé Universitaires et d'un Restaurant Universitaire du CROUS (Centre régional des œuvres universitaires et scolaires) à Strasbourg. CATCAR propose à la fois des consultations précoces psychologiques, psychiatriques, diététiques et somatiques mais aussi la possibilité de repas thérapeutiques au sein du restaurant universitaire sur le campus principal. Les repas thérapeutiques sont encadrés par une diététicienne, ayant une formation spécifique dans le domaine. Ce professionnel de santé accompagne les étudiants pendant et après les repas, leur permettant de verbaliser leurs difficultés, de limiter des éventuels comportements compensateurs et de créer puis maintenir un lien dans le soin. Il s'agit donc d'une offre de soins spécialisés en ambulatoire. CATCAR peut représenter une alternative à des soins hospitaliers,

permettre de préparer une hospitalisation en lien avec des membres de l'équipe intra hospitalière ou accompagner une sortie d'hospitalisation, parfois longue, en favorisant la réinsertion dans les études supérieures. Ce dispositif a été pensé comme un maillon complémentaire dans le réseau de soins, en lien avec les professionnels hospitaliers mais aussi libéraux (28).

Ainsi, dans ce contexte de diagnostic plus précoce de l'anorexie mentale lié à l'évolution récente des classifications, notamment du DSM V, et à une meilleure sensibilisation des professionnels à ces problématiques, on peut s'attendre prochainement à une augmentation du nombre de consultations et de recours aux soins pour anorexie. Comme nous l'avons vu, les recommandations de la HAS insistent sur la nécessité de soins ambulatoires multidisciplinaires et sur l'importance de la continuité des soins entre les différents intervenants à chaque étape de la prise en charge. Nous avons également vu comment s'organisait la prise en charge de l'anorexie mentale sur le territoire Alsacien entre soins de première intention et soins de recours. On peut ainsi s'interroger sur les pratiques réelles des médecins généralistes et des psychiatres concernant la prise en charge ambulatoire de l'anorexie mentale et sur les modalités de leur prise en charge conjointe de la pathologie. Nous allons étudier l'organisation de la prise en charge conjointe de l'anorexie mentale entre médecin généraliste et psychiatre en ambulatoire dans la 2eme partie de notre travail, à travers une étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes et de psychiatres du Bas-Rhin.

Deuxième partie : Etude qualitative sur la prise en charge coordonnée ambulatoire de l'anorexie mentale de l'adolescent et de l'adulte jeune dans le Bas-Rhin.

MATERIEL ET METHODES.

1) Objectif

L'objectif principal de ce travail est de réaliser un retour sur les pratiques des médecins généralistes et psychiatres bas-rhinois concernant la prise en charge ambulatoire et coordonnée de l'anorexie mentale de l'adolescent et l'adulte jeune. L'objectif secondaire est de discuter les rôles du généraliste et du psychiatre dans cette affection, d'étudier les difficultés dans la prise en charge coordonnée du patient anorexique dans le Bas-Rhin et de soulever des axes d'amélioration.

2) Type d'étude.

Il s'agit d'une étude qualitative dont les résultats ont fait l'objet d'une analyse catégorielle thématique et également pour certains entretiens d'une analyse linguistique. L'analyse qualitative paraissait en effet plus pertinente pour étudier la prise en charge ambulatoire de l'anorexie mentale par les médecins bas-rhinois ainsi que ses difficultés en permettant de faire ressortir les propos et les réflexions des médecins. Ces données ont été produites lors d'entretiens semi-dirigés. Les données collectées sont rétrospectives car elles concernent des patients dont le diagnostic d'anorexie mentale a été porté et qui sont déjà pris en charge. Cette étude s'appuie sur un guide d'entretien (cf annexe 3) qui est l'outil ayant servi de support à la réalisation des entretiens semi-dirigés.

3) Population étudiée.

Cette étude a été réalisée à partir d'une population de médecins généralistes installés dans le Bas-Rhin et de psychiatres installés en libéral ou exerçant une activité hospitalière dans le Bas-Rhin. Les critères d'inclusion étaient donc de travailler sur ce secteur géographique et d'être installés pour les médecins généralistes. Ainsi, les médecins généralistes remplaçants n'étaient pas inclus dans cette étude, car du fait du caractère même de leur activité, ils ne peuvent assurer de suivi au long cours ce qui pose problème dans cette pathologie dont la prise en charge s'étend généralement dans le temps.

Le dernier critère d'inclusion était bien évidemment de suivre ou d'avoir suivi dans sa carrière au moins un ou une patient(e) anorexique ayant entre 12 et 25 ans environ (limite d'âge inférieure étant la borne de l'anorexie prépubère et limite supérieure définissant arbitrairement l'adulte « moins jeune », qu'on peut situer vers la fin des études supérieures). Il pouvait s'agir de patients souffrant d'anorexie mentale restrictive pure ou d'anorexie mentale avec méthodes purgatives (vomissements provoqués, prise de laxatifs ou diurétiques etc).

4) Lieu et temps de l'étude.

Cette étude a donc été réalisée dans le département du Bas-Rhin et non sur l'ensemble de la région alsacienne pour des raisons logistiques d'une part et car cela est conforme à l'organisation des soins sur le territoire du Bas-Rhin. La collecte des données via les entretiens semi dirigés s'est effectuée du 23/05/2020 au 03/12/2020. Ces entretiens se sont tenus en présentiel pour la plupart ; seuls les entretiens, 1, 2 3 et 4 ont été réalisés par télé entretien, du fait principalement du contexte épidémique de covid et du déconfinement progressif en vigueur lors des premiers entretiens.

5) Rédaction du guide d'entretien et recueil de données.

Le guide d'entretien était constitué de 9 grandes questions ouvertes (cf guide d'entretien en annexe pages 130-131). La première partie des questions s'intéressait au dernier patient anorexique vu en consultation par le médecin enquêté et interrogeait sur les modalités du diagnostic et de la prise en charge chez ce patient. Une deuxième partie s'intéressait aux différences et aux similitudes de prise en charge entre généraliste et psychiatre et au rôle que chaque spécialité attribuait à l'autre dans cette pathologie (généralistes interrogés sur le rôle du psychiatre et inversement). Enfin la dernière partie abordait les difficultés rencontrées au niveau du parcours de soins coordonné mais aussi au niveau de la formation et de la maladie elle-même, avant d'interroger sur des suggestions pour y remédier. Les caractéristiques démographiques et professionnelles des participants étaient recueillies (sexe, âge, type de lieu d'exercice, date d'installation, formations complémentaires sur le sujet et nombre de patients anorexiques dans la patientèle).

Les médecins interrogés ont été contactés par téléphone ou messagerie électronique. Ils ont été sélectionnés notamment en fonction de l'orientation de leur patientèle : ainsi les médecins généralistes ayant une forte activité de pédiatrie ont été ciblés, étant donné que l'anorexie mentale est statistiquement une pathologie de l'adolescence. Il pouvait s'agir de médecins faisant partie du Département de Médecine Générale (DMG) ou non. Concernant les psychiatres interrogés, nous avons choisi d'interroger à la fois des psychiatres installés en libéral et des psychiatres exerçant dans des centres hospitaliers pour avoir une vision globale de la prise en charge et des difficultés rencontrées. Le recrutement des participants relève ainsi d'un échantillonnage dit « boule de neige ». En cas de non-réponse, le médecin était recontacté ultérieurement à une reprise.

Ensuite un rendez-vous était fixé afin de réaliser l'entretien lui-même. Le projet de thèse était à nouveau brièvement présenté à l'enquêté en début d'entretien. Celui-ci était ensuite avisé

de la garantie d'anonymat des données et son consentement pour l'enregistrement de l'entretien était recueilli oralement.

Les entretiens ont donc tous été enregistrés via un dictaphone et retranscrits intégralement pour restituer le plus fidèlement possible les propos des différents participants.

Les conditions de production du discours étaient globalement satisfaisantes si on prend en compte la longueur des entretiens et la qualité des échanges entre enquêtrice et enquêtés, bien que cette dernière donnée soit subjective (29).

6) Analyse.

L'analyse a été effectuée régulièrement au fur et à mesure de l'avancée des entretiens. Les données étaient catégorisées en grand thèmes puis en sous-thèmes et classées dans un tableau sur un document Microsoft Word. Ce tableau était complété et enrichi de façon régulière.

Aucun logiciel d'aide à l'analyse n'a été utilisé. Une relecture de ces entretiens a été effectuée par les médecins ayant dirigé cette thèse permettant une triangulation de l'analyse.

L'analyse linguistique a consisté en un relevé et une explicitation des champs lexicaux pertinents émergeant des entretiens.

RESULTATS.1) Caractéristiques des enquêtés.

	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	P1	P2	P3	P4
Spécialité	Généraliste	généraliste	généraliste	généraliste	généraliste	généraliste et nutritionniste	généraliste	Pédo psychiatre	psychiatre	psychiatre	psychiatre
Sexe	Homme	femme	Femme	homme	homme	Femme	homme	homme	homme	homme	homme
Age	47	43	49	53	48	52	38	55	32	40	45
Lieu d'exercice	Semi-rural	Semi-rural	Urbain	Semi-rural	Semi-rural	Urbain	urbain	hôpital	hôpital	CMP	urbain
Date d'installation	2001	2013	2014	1999	2002	1994	2017	/	/	/	2019
Formations complémentaires	/	DU santé de l'enfant	Formation sur la souffrance psychologique des ados	/	Une FMC sur le sujet des TCA	Diplôme psychothérapeute et DU sur les TCA	Formation sur l'entretien motivationnel	/	Congrès de Rouen sur les TCA	2 séminaires	Formation en thérapie familiale
Nombre de patients anorexiques dans la patientèle	?	2	5	2	3	15	1	50	8	2	6

Concernant les caractéristiques des personnes interrogées, on constate que la population est majoritairement constituée d'hommes. Ceci peut paraître étonnant étant donné la féminisation de la profession médicale depuis quelques années. Il y a donc 3 médecins généralistes femmes et aucune psychiatre parmi notre échantillon ! Cependant, pendant l'étape de recrutement de l'échantillon, plusieurs femmes psychiatres ont été sollicitées par mail ou téléphone pour participer à ce travail mais n'ont pas donné suite.

De même, les enquêtés rentrent dans la tranche d'âge des 35-50 ans en grande majorité hormis 3 personnes de plus de 50 ans et une de moins de 35 ans.

La population est relativement homogène en terme de lieu d'exercice : parmi celle exerçant en libéral, majoritaire, la moitié exerce en secteur semi-rural et l'autre moitié en milieu urbain ; 3 participants exercent en milieu hospitalier dont un en CMP.

Le type de lieu d'exercice libéral (semi-rural ou urbain) influence probablement la pratique professionnelle concernant l'adressage au spécialiste psychiatre, les zones semi rurales étant moins pourvues en psychiatres libéraux que Strasbourg et son agglomération.

On remarque que peu de participants ont suivi dans leur cursus une formation sur le thème spécifique des troubles des conduites alimentaires ; en revanche beaucoup ont suivi des formations qui peuvent apporter une aide à la prise en charge des TCA (entretien motivationnel, thérapie familiale, DU santé de l'enfant etc...). Ces formations ont donc toutes été notifiées dans le tableau récapitulatif des caractéristiques des participants.

Enfin, le nombre de patients anorexiques dans la patientèle des médecins interrogés est très variable allant de 1 à 50 patients. On remarque que les médecins généralistes suivent en général peu de patients anorexiques (en moyenne 2), tandis que les psychiatres interrogés en suivent davantage (50 pour l'un d'eux). Ce résultat était plutôt attendu vu la diversité des pathologies rencontrées en médecine générale et l'hyperspécialisation de certains psychiatres dans le domaine des TCA. On peut également en déduire que ceci a un impact sur la prise en charge

des patients car l'expérience des médecins généralistes suivant peu de patients anorexiques est forcément moindre que celle des psychiatres.

2) Sémiologie de l'anorexie mentale.

On dégage 3 types d'éléments permettant de suspecter et/ou porter le diagnostic d'anorexie mentale émergeant des entretiens : les éléments d'ordre somatique parmi lesquels le plus évident est l'amaigrissement, les éléments témoignant d'une psychopathologie particulière et les caractéristiques comportementales.

a -Les éléments somatiques.

Quand on les interroge sur les critères ayant permis de faire le diagnostic d'anorexie mentale chez leur dernier patient anorexique vu en consultation, tous les médecins évoquent un amaigrissement majeur : « *Et elle avait perdu en quelques mois je crois quasiment 10 kg... C'était pas mal. En 2 mois à peu près... elle a vraiment fait une perte de poids importante rapide.* » (G2) ; « *Et quand je l'ai revu la dernière fois, la consultation pour l'asthénie... c'est une fille qui avait tellement fondu... que même l'effort sportif était impossible.* » (G5) ; « *y'avait une perte de poids d'une vingtaine de kilos en un an et demi.* » (P3) ; « *elle avait perdu du poids (...) elle a encore un IMC juste à la limite. Mais là ça baisse* » (G6).

Cependant, un médecin évoque la perte de poids modérée chez l'anorexique masculin : « *Alors chez les hommes, l'amaigrissement est rarement majeur* » (P2).

Les restrictions des apports alimentaires sont également largement décrites : « *Parce qu'en fait y'a eu une régression, quand je l'ai vue au départ c'était pas top top ce qu'elle mangeait mais elle arrivait encore à manger des flocons d'avoine, des carrés frais, des choses comme ça... là on en est comme dit à 3 carottes et 2 abricots.* » (G6) ; « *c'est après réflexion qu'elle a admis qu'effectivement elle avait un rapport à la nourriture qui était... elle avait tendance à*

refuser de manger le soir... des restrictions alimentaires. » (G2) ; « C'est comme ça qu'il a commencé à réduire ses apports alimentaires et à orienter la masse musculaire » (P2).

Un médecin cite encore l'aménorrhée en tant que critère ayant permis de poser ce diagnostic : *« y'avait une perte de poids d'une vingtaine de kilos en un an et demi, une aménorrhée... » (P3).*

Un psychiatre évoque l'hypotestostéronémie et les troubles érectiles chez l'homme : *« Et y'a une part somatique très intéressante aussi parce que ce Mr a eu aussi une hypotestostéronémie donc il a eu des problèmes d'érection... et vraiment c'était le pendant de l'aménorrhée et des troubles sexuels de chez la femme » (P2).*

Des plaintes somatiques diverses sont souvent notées en consultation : *« Et on la voyait régulièrement pour d'autres raisons avant cette consultation-là, des douleurs abdominales etc... » (G5) ; « c'était pour un problème de constipation opiniâtre d'une personne anorexique » (G7).*

b -Les éléments psychopathologiques.

Le premier de ces éléments à être cité par les médecins interrogés est le déni : *« Y'avait quand même un élément c'est qu'elle ne percevait pas quoi... son état de maigreur... et c'est moi qui lui faisait remarquer qu'elle ne tenait plus ses vêtements que sur les ailes iliaques quoi. » (G1) ; « Mais disons que je dirais pas que l'anorexie soit vraiment son motif de consultation... en tout cas elle se définit pas comme ça quand elle vient en consultation. » (G3) ; « La petite n'avait pas conscience qu'elle avait perdu vraiment beaucoup de poids et que c'était pas normal. » (G2) ; « le fait qu'il y ait un déni de la perte de poids » (P4).*

Les patientes ont souvent des perturbations de leur image corporelle se traduisant par une dysmorphophobie : *« Mais surtout la jeune fille ou le jeune homme qui est malade de ce truc-là va être en grande difficulté entre ce qu'on lui dit que c'est, le côté psychologique de la chose,*

son corps qu'il percevait pas comme il le devrait... » (P1) ; « Alors ça de toute façon, elles ont toutes une dysmorphophobie... » (G6) ; « C'était sur une perte de poids progressive avec une image corporelle qui était... fausse » (G2).

Il existe également une peur de grossir et des préoccupations corporelles et pondérales excessives : *« Elle avait au départ pris du poids chez elle... Et elle était obnubilée par ça » (G4) ; « Mais elle n'a jamais compris que le motif de l'hospitalisation c'était en fait non pas son angoisse uniquement, mais c'était le fait qu'elle ne s'alimentait plus, que tout était uniquement focalisé sur l'alimentation et qu'elle avait tellement fondu » (G5) ; « Alors elle me dit : « je sais mais je veux pas grossir » » (G6) ; « c'est-à-dire bien sûr on va parler du poids, des vomissements... de son corps, du ventre qui prend toute la place pour elle » (P4).*

La notion d'inquiétude parentale est aussi décrite dans les entretiens concernant des sujets adolescents : *« la maman de la famille d'accueil est venue avec parce qu'elle s'inquiétait du fait qu'elle mangeait de moins en moins. » (G6) ; « Ben c'était la maman en fait... qui se rendait compte que sa fille ne mangeait plus, qu'elle refusait de manger plein de choses... et qu'elle se pesait tous les jours. Elle s'était inquiétée par rapport à ça. » (G2) ; « Donc c'était l'inquiétude des deux parents plus la demande du médecin généraliste du coup... » (P4).*

Des facteurs déclenchants de type environnementaux sont parfois cités dans la genèse du trouble anorectique : *« Et l'histoire originelle, c'était une ado qu'on traitait tout le temps de « grosse », c'est comme ça qu'elle l'avait formulé.(...) Et par contre c'est son entraîneur de sport qui avait remué le couteau dans la plaie en lui disant qu'elle était trop grosse et qu'elle se traînait. » (G5) ; « Je me souvenais qu'elle faisait un sport un peu particulier. » (G5) ; « C'est-à-dire que lui il y est rentré via une déception amoureuse... » (P2).*

Les patientes anorexiques ont parfois des comorbidités psychiatriques comme un syndrome anxieux ou dépressif : *« Ses manifestations anxieuses puisque c'est elles qui prenaient le pas*

souvent et qui ont fini par prendre le pas complètement sur toute la consultation. » (G5) ; « y'avait un syndrome dépressif qui était associé... » (P3).

c -Les caractéristiques comportementales.

Certains médecins ont évoqué des stratégies de contrôle du poids via des vomissements provoqués : *« elle sort plus le soir alcoolisée, à se faire vomir, puis à plus manger pendant 2-3 jours. » (G4) ; « Et sur les vomissements, les vomissements provoqués... pour voir si y'en a encore. Ca lui arrive mais c'est rare » (P3).*

D'autres ont noté une hyperactivité physique et/ou un hyperinvestissement intellectuel : *« chez l'homme ... chez les garçons, ils rentrent un peu dans l'anorexie via la musculation, le sport. » (P2) ; « Et comme toute anorexique, elle est très investie sur le plan scolaire. » (G7) ; « et je sais encore que sa mère était venue avec elle chez moi à la maison après le sport parce qu'elle se sentait pas bien » (G5).*

d -Différence de perception de la difficulté diagnostique.

On note à travers cette étude une distinction nette sur la difficulté d'établissement du diagnostic d'anorexie mentale entre généralistes et psychiatres : les psychiatres trouvent le diagnostic plutôt aisé : *« Elle est en terme de diagnostic plutôt aisée, en terme de traitement plutôt complexe. » (P1) ; « Le diagnostic était évident. » (P2) ; « En fait le diagnostic d'anorexie en soit il est toujours assez simple. » (P3).* Les médecins généralistes rencontrent plus de difficultés : *« quand il y a beaucoup d'angoisses qui s'y mêlent, quand ce sont des ados et que tu sais pas trop si c'est juste un trouble de l'image temporaire ou si... » (G5) ; « Après si y'a pas une perte de poids évidente, en tout cas au début, je peux effectivement pas m'en rendre compte » (G2).*

e -Représentations des patientes anorexiques par les médecins.

La patiente anorexique suscite plutôt une image négative auprès des différents médecins de cette étude. Ceci se traduit par l'utilisation d'un lexique péjoratif pour la décrire.

La patiente anorexique est ainsi décrite comme « *inapparente* », « *dissimulatrice* » mais « *pas manipulatrice* » (P1).

Elle est vue comme une jeune fille téméraire : « *Quand elles arrivent avec un potassium à 2.9, ça va pas là. Elles peuvent faire un arrêt cardiaque à n'importe quel moment, en plus elles arrivent en vélo...* ». Elle est aussi renfermée : « *la parole est souvent compliquée* » (G6).

Des médecins la décrivent sur le plan physique en insistant sur sa maigreur : « *Je lui avais quand même fait remarquer en l'examinant des détails physiques, les épineuses qui étaient vraiment saillantes(...)* », « *c'est moi qui lui faisait remarquer qu'elle ne tenait plus ses vêtements que sur les ailes iliaques quoi.* » (G1) ; « *quand elles portent leur jean, y'a ça d'espace, elles ont mal partout quand elles s'asseyent, elles ont froid* » (P3).

Pour un psychiatre, la patiente anorexique est surtout considérée en tant que membre d'un système familial dysfonctionnel : « *une fonction de dépendance* », « *Alors je les soigne tous ensemble !* » (P4).

Néanmoins, un médecin utilise un lexique plutôt valorisant pour évoquer cette pathologie. En effet, la patiente anorexique suscite un attrait du fait de la rareté de la pathologie : « *c'était assez exceptionnel* », « *vraiment passionnante* », « *très intéressant* » (P2).

Bien évidemment, il s'agit en général d'une jeune fille ou d'une femme plutôt que d'un homme ; un seul médecin évoque un patient de sexe masculin dans cette étude, ce qui est conforme à la réalité de l'épidémiologie de cette pathologie qui se caractérise par une forte prédominance féminine.

3) Réflexions sur les soins.

Les médecins proposent différents versants de prise en charge de l'anorexie mentale comme nous allons le voir dans cette partie.

a -Principes de prise en charge psychothérapeutique et psychiatrique.

Le soutien psychologique est l'élément fondamental de toute prise en charge : « *Ben ça était surtout de la psychothérapie en fait...* » (G1) ; « *tout ce qui est autour de la parentalité, on a un peu travaillé ça ; qu'est-ce qu'elle peut transmettre dans les troubles du comportement alimentaire à sa fille ?* » (G3) ; « *Il y avait un soutien psychologique, le traitement est arrivé plus tard* » (G4).

Certains médecins psychiatres utilisent la thérapie familiale en plus du suivi individuel avec la patiente : « *Mais c'est effectivement les thérapies analytique et systémique, c'est deux grands outils... qui m'inspirent le plus en tout cas.* » (P1) ; « *Alors moi je leur ai présenté mon point de vue, c'est-à-dire qu'il est important de travailler les relations familiales, surtout à cet âge-là, puisque les enjeux sont forts au niveau de l'alimentation, relations parents/enfant ...* » (P4) ; « *je leur ai expliqué l'intérêt d'avoir et un suivi individuel et un abord familial* » (P4). Un médecin psychiatre applique les principes de la prise en charge bifocale : « *Et officiellement ce sont les deux internes qui prennent en charge le patient de manière dite bifocale* » (P2).

Plusieurs médecins interrogés ont instauré un traitement médicamenteux dans ce cadre : « *Au niveau de la prise en charge, je la voyais une fois par semaine pour élaborer un dialogue et la mise en place d'un traitement a commencé à la 3ème consultation... la mise en place d'un antidépresseur.* » (G4) ; « *Alors y'a un traitement médicamenteux, c'est une jeune femme qui est sous antidépresseur à dose moyenne, Zoloft 100 mg, depuis plusieurs années...* » (P3).

Les objectifs de la première consultation avec un psychiatre ont été détaillés : « *Ben le premier entretien c'était aussi pour participer à son diagnostic parce qu'on peut avoir un point*

de vue différent clinique. » (P4) ; « Voilà la première demi-heure c'est pour faire connaissance avec la personne, avec la patiente, ses parents, avec les problèmes en cours. Et après on attaque la partie anamnèse, histoire de la maladie précisément... » (P1).

b -Prise en charge somatique et nutritionnelle.

Les médecins généralistes ont déclaré faire un suivi pondéral et une évaluation de l'état physique : *« Et je lui avais quand même fait remarquer en l'examinant des détails physiques, les épineuses qui étaient vraiment saillantes, comme l'adiposité qui apparaît (...) elle présentait paradoxalement un petit ventre, simplement par fonte musculaire. » (G1) ; « C'était un début d'anorexie... du coup j'avais pesé la petite, discuté un peu avec elle, discuté avec la maman et après on avait recontrôlé. » (G2) ; « Mais la première fois qu'elle va venir avec une idée de coeur qui bat vite, de fatigue et de douleur à la poitrine ça va être difficile de pas lui prendre au minimum un pouls, de l'ausculter peut-être, voire si on a un pouls rapide de faire au minimum un ECG. » (G5) ; « Mais je dirais mon rôle principal c'est d'être le garant du poids et de la bonne santé physique » (G7). La fréquence du suivi est adaptée à l'état des patientes et peut être hebdomadaire : *« Je la vois... en général quand elles sont comme ça limite, je les vois toutes les semaines » (G6).* Cependant certains médecins généralistes, peu familiers des prises en charge d'anorexiques, n'assurent pas forcément un suivi pondéral régulier : *« Je l'ai mise quelquefois sur la balance » (G1).**

Certains médecins donnent des conseils d'éducation nutritionnelle : *« Si elle voulait avoir un ventre plat, il fallait simplement commencer par refaire du muscle. » (G1) ; « Je pars de ce qu'elles mangent et je dis : « ben qu'est-ce qu'on pourrait rajouter d'acceptable pour toi ? » » (G6).*

Un bilan biologique est fréquemment prescrit initialement et/ou au cours du suivi : *« Mais toujours hein en creusant la question des vomissements... en mesurant de temps en temps une*

albumine, une préalb, un potassium... » (G1) ; « A un moment elle avait une hyperprolactinémie qu'on peut trouver aussi dans ces pathologies. » (G5) ; « Alors quand je les vois la première fois je fais un bilan sanguin complet pour voir si y'a pas des carences... voir dans quel état est le rein, le foie aussi... c'est souvent le foie qui morfle en premier. Le foie, les reins... les globules. Donc on fait une bio complète » (G6).

Un médecin, impliqué et intéressé par la prise en charge des TCA, assure la prévention des conséquences somatiques de l'anorexie mentale : *« Enfin si j'avais regardé un peu dans la reco HAS pour voir si il y a des choses à prévenir notamment l'ostéoporose ou des choses comme ça. C'est des choses que j'ai essayé de mettre en place ... pas sans mal ! Vitamine D etc... » (G7).*

Le contrat de poids est évoqué mais n'est pas mis en place par les médecins en ambulatoire : *« Et oui c'était surtout psychothérapeutique. Pas de contrat de poids » (G1).*

c -Collaboration entre somaticien, psychiatre/ psychologue et diététicienne.

Plusieurs médecins ont cité la collaboration avec les autres intervenants dans les modalités de leur prise en charge : *« Ce que je ne sais pas faire, je peux aussi adresser pour d'autres micro-séances, toujours dans le cadre de l'ambulatoire, à des psychologues. » (P1), « Et la troisième personne c'est la diététicienne qui fait aussi partie de mon équipe, avec qui je travaille, qui connaît les attendus, les spécificités de l'anorexie, qui en fait une partie de ses intérêts de carrière... » (P1) ; « On a pas le choix, il faut qu'on soit d'accord ! (rires) Sinon c'est toute la prise en charge qui ira pas bien... Enfin moi je suis convaincu que c'est à plusieurs qu'on soigne cette pathologie-là. » (G7) ; « Du coup ça fait un petit réseau avec le médecin généraliste, la diététicienne » (P4).*

Certains entretiens possèdent un champ lexical de la collaboration et du travail conjoint très riche mettant en évidence le rôle important que les participants lui confèrent : *« un suivi*

conjoint », « *deux garants* », « *ensemble dans le suivi* », « *dans des collaborations* », « *mon équipe* », « *on poursuit notre suivi conjoint de façon étanche* » (P1), « *une décision conjointe* », « *pouvoir travailler ensemble* » (G7), « *des prises en charge communes* », « *un suivi conjoint* » (P3), « *on fait équipe* », « *un petit réseau* » (P4).

d - Activités de groupe et sport adapté.

Certains médecins proposent des ateliers thérapeutiques à leurs patients : « *Proposer des activités comme le groupe de marche à la maison de santé, ça lui a permis aussi d'avancer dans son parcours et sa thérapie* » (G3) ; « *Sur des groupes d'activité, relaxation, sophrologie on s'en fout du moment qu'on s'occupe un peu du corps, ça ça compte...* » (P1) ; « *Ce que je fais de plus avec elles, c'est que je fais aussi de la sophro, de l'hypnose et je fais aussi des ateliers* » (G6).

Un médecin hospitalier évoque la possibilité de proposer du sport mais en milieu adapté, c'est-à-dire en milieu hospitalier : « *Sport adapté aussi. J'ai réussi à avoir ça pour l'année qui vient... Parce qu'on arrête pas de leur dire : « faut pas faire de sport », mais c'est surtout qu'il faut pas faire de sport comme elles le font...* » (P1).

4) Rôle du médecin généraliste.

Pour plusieurs médecins interrogés, il n'y a pas un rôle distinct du médecin généraliste et du psychiatre dans cette affection, il s'agit plutôt d'un interlocuteur différent : « *Je pense que c'est essentiellement des thérapies basées sur la parole et heu... voilà je pense que c'est le lien qui soigne. Je suis pas sûre que ce soit si différent si ce n'est que la personne, l'interlocuteur est autre.* » (G3) ; « *Il a maintenu le traitement, y'a pas eu de modification. On a une amélioration de ses comportements alimentaires... et globalement de ses comportements sociaux et familiaux* » (G4).

L'accompagnement dans la durée des patients anorexiques fait partie du rôle de ces deux médecins : « Ben moi j'accorde une très grande valeur à l'accompagnement (...) c'est je pense vraiment très important de leur dire « on est là », « on est là si ça va pas » » (G1) ; « Et puis moi je l'ai vue petit à petit commencer à perdre confiance en elle, j'essayais de la soutenir en consultation. » (G5) ; « Je suis là pour accompagner les soins » (G7).

Un psychiatre note que certains médecins généralistes assurent seuls le suivi de patientes anorexiques dans des cas d'intensité légère à modéré : « On sait que les médecins généralistes assurent la plupart des suivis des patientes anorexiques d'une sévérité beaucoup moindre, toutes ces patientes qui ont seulement une période de leur vie anorectique et ensuite qui vont tout à fait s'en sortir sans intervenant spécialiste » (P2).

Toutefois, la plupart des médecins enquêtés notent une répartition des rôles distincte entre généraliste et psychiatre. Tout d'abord, le médecin généraliste tient une place particulière du fait de son rôle de médecin de famille, de proximité : « Et on est disponible pour échanger, on est accessible parce qu'on est pas loin en médecine ambulatoire et on fait pas trop peur par rapport à la psychiatrie, par rapport à l'hôpital... » (G1) ; « Après c'est plus facile quand on est médecin traitant parce que je la connaissais déjà avant, je connais les parents. » (G2) ; « Mais là y'a le côté de proximité, de confiance qui est important pour les ados... vraiment » (P1). Un médecin psychiatre parle d'une « aura » des médecins généralistes qui peut ensuite bénéficier au psychiatre si le médecin généraliste fait le lien avec la famille : « Après l'intérêt du médecin généraliste, c'est aussi de favoriser le suivi avec le psychiatre puisque c'est lui qui a l'alliance avec la famille, puisque c'est un médecin de famille. Il connaît la patiente. Donc éventuellement on bénéficie un peu de son aura... » (P4). Un autre médecin désigne les médecins généralistes comme des « catalyseurs de suivi » auprès des spécialistes : « Parce que c'est marrant, ils viennent nous voir plus facilement... et donc les autres confrères qui lancent

pourtant les suivis ont parfois besoin que nous on soit derrière pour être un peu les catalyseurs de suivi » (G5).

Le médecin généraliste est le garant de l'état somatique des patientes et des fonctions vitales : *« C'est l'état de santé global donc oui y'a la tension, pouls, poids, température, l'état cutanée, se préoccuper des bilans, se préoccuper des potentielles maladies coeliaques, se préoccuper de tous ces trucs là... » (P1) ; « En tout cas le réflexe je l'ai pour les patientes qui vomissent, je demande vraiment à ce que le médecin généraliste poursuive la part somatique (...) » (P2) ; « Je dirais mon rôle principal c'est d'être le garant du poids et de la bonne santé physique » (G7).*

Il est présenté en partie comme un technicien par un médecin qui utilise ce champ lexical: *«être examiné», «un aspect technique», « y'a beaucoup de choses à checker », « vérifier quand même le corps », « vérifier sa check-list » (P1).*

Cette fonction de garant du somatique permet alors au psychiatre de ne pas se focaliser sur la surveillance du poids et des risques vitaux pour se concentrer sur la psychothérapie : *«C'est difficile de parler des actes manqués, du fonctionnement inconscient, de choses comme ça, de l'enfance des patients alors qu'on se dit : « mais est-ce qu'elle va survivre jusqu'au prochain entretien ou est-ce qu'on va la retrouver morte chez elle ? » » (P3) ; « Le médecin généraliste, il nous permet d'avoir la liberté d'esprit de pouvoir soigner des gens sans être toujours préoccupé de leur survie » (P3) ; « Après je me suis dit, en même temps dans mon travail moi je me focalise justement pas sur le poids, c'est presque le principe finalement... Le généraliste me permets, la position du généraliste me permets de ne pas me focaliser sur cette question » (P4).*

Le médecin généraliste élimine les diagnostics différentiels devant un amaigrissement majeur : *« De nos jours le dépistage de la maladie coeliaque coûte à peu près 80 centimes, les anticorps... c'est pas cher. Et le traitement est globalement simple... Mais le pronostic sans*

traitement est vraiment mauvais. Donc ça il faut le faire, vérifier sa check-list... Il faut faire les trucs graves, la thyroïde etc... Et pas qu'une fois parce qu'il faut suivre ! » (P1) ; « Parce que quand ils vont évoquer d'autres choses qui ne sont peut-être que des somatisations d'angoisse, nous on va s'atteler à vérifier quand même qu'il n'y a pas d'autre pathologie derrière » (G5).

La prévention des complications de la dénutrition est évoquée par certains médecins : *« Si ça dure et que ça passe à la chronicité, va falloir se préoccuper du capital osseux, des cycles endocriniens qui reprennent pas, dont on commence à bien dire de nos jours que ça a un impact sur la fertilité... Y' a du travail quoi. »(P1) ; « Enfin si j'avais regardé un peu dans la reco HAS pour voir si il y a des choses à prévenir notamment l'ostéoporose ou des choses comme ça. C'est des choses que j'ai essayé de mettre en place ... » (G7).*

Un médecin généraliste évoque aussi la prise en charge des maladies intercurrentes : *« Et puis par ailleurs moi je suis là pour les autres bobos, il y en a aussi » (G7).*

Un psychiatre désigne le médecin généraliste comme une personne de confiance au rôle primordial : *« il faut bien que quelqu'un de confiance (...) » ; « Moi j'aime bien quand j'ai un petit réseau mais que je trouve toujours pas assez étendu de médecins, pédiatres ou généralistes, capables non pas de se persuader mais d'être convaincus de leur importance capitale » (P1).*

5) Rôle du spécialiste psychiatre/ pédopsychiatre.

Plusieurs médecins hospitaliers décrivent un rôle différent du psychiatre dans la prise en charge de l'anorexie mentale : *« Lorsqu'on m'adresse une patiente, j'attends de pouvoir proposer quelque chose de différent par rapport à ce qui a été tenté par nos collègues pédiatres ou médecins généralistes. C'est après moi qui vais prendre une place différente. » (P1) ; « On a un biais au CHU qui est qu'en général quand les patientes viennent chez nous, c'est qu'elles*

ont déjà un degré de sévérité qui est important, donc ce biais-là fait qu'on va être au premier plan et le médecin généraliste plutôt au second plan (...) » (P2).

Les généralistes leur attribuent un rôle important dans la prise en charge : *« Je pense qu'au contraire leur rôle est important » (G5).*

Le psychiatre est en charge de la psychothérapie des patientes : *« Et moi je continuais à le suivre du point de vu psychothérapeutique. » (P2), « C'est de la faire avancer hein... la faire avancer dans un processus de lâcher prise de cette maladie... et lui permettre de décoller... décoller pas que pour le poids mais pour son art de vivre quoi... » (G7) ; « Et donc quasiment pour tous c'est comme ça, c'est-à-dire que je fais suivi individuel et abord familial à côté » (P4).*

Un médecin généraliste leur attribue aussi un rôle de prescripteur dans cette problématique: *« Enfin moi j'oserais pas mettre un médicament sur ce genre de pathologie. C'est vraiment un psychiatre qui va mettre ce genre de traitement » (G7).*

Pour un autre généraliste, le psychiatre permet d'avoir un suivi supplémentaire de l'observance : *« C'était pour qu'on ait un suivi supplémentaire parce que j'étais pas sûr qu'elle soit observante ni avec le traitement ni avec les consultations. Donc prise en charge en plus... » (G4).*

La décision d'hospitalisation est partagée entre psychiatre et généraliste : *« On est à deux, le somaticien référent et le psy référent sont à deux garants des décisions à prendre. » (P1) ; « Donc moi quand je suis dans des collaborations comme ça, ce qui est la majorité des cas, je travaille en confort par rapport aux décisions à prendre de type hospitalisation ou pas. » (P1) ; « Et puis pour l'hospitalisation, si vraiment on voit qu'au niveau psychiatrique et somatique ça va pas, c'est vraiment une décision conjointe » (G7).*

En revanche, deux positions opposées sont exposées par des psychiatres concernant le lien du psychiatre avec la médecine : pour l'un d'eux, le psychiatre est avant tout un médecin :

« Parce que (...) quand je dis au début de l'entretien qu'il faut séparer les deux, c'est pas tout à fait vrai, c'est une posture. Dans la réalité je suis psychiatre/ psychothérapeute mais je reste médecin ... Si je constate chez une jeune femme qui dit qu'elle se fait pas vomir, si je vois qu'il y a des marques caractéristiques des dents sur les poings, je vais quand même en parler au généraliste » (P3). Pour l'autre psychiatre, le généraliste est un « vrai médecin » : « Son corps qu'il perçoit pas comme il le devrait... doit être examiné, palpé par un médecin... par un vrai médecin, celui avec la blouse blanche » (P1). On comprend implicitement que le psychiatre occupe une position à part selon lui.

6) Les difficultés rencontrées dans la prise en charge de l'anorexie mentale.

Une chose intéressante à noter est que beaucoup de médecins déclarent initialement ne pas avoir de difficultés dans la prise en charge de l'anorexie avant finalement d'en aborder un certain nombre : « De difficultés ? Non franchement on a pas eu de difficulté réellement. » (G1) ; « Globalement y'a pas eu de difficulté » (P2).

On retrouve également dans certains entretiens un champ lexical de la complexité/ difficulté très présent qui témoigne des difficultés rencontrées dans ce type de prise en charge : « la complexité organique », « c'est galère », « c'est difficile », « c'est compliqué », « Ça complique la collaboration », « un peu plus compliqué » (G6). Ainsi dans l'entretien de G6, on retrouve une douzaine d'occurrences du mot « compliqué ». L'entretien de P1 est aussi riche en champs lexical de la complexité : « dramatique », « les ressorts du problème », « c'est sûr c'est compliqué », « en grande difficulté », « un problème d'examen », « ça complexifie », « C'est très compliqué ».

a -Difficultés en lien avec le parcours de soins coordonné.

La plupart des médecins généralistes interrogés évoquent un manque de communication et d'échanges avec les psychiatres : « *Ben le gros problème c'est que y'a zéro dialogue entre les psys et les généralistes... J'ai quelques patients suivis par le psy, que ce soit pour des anorexie-boulimies ou pour d'autres problèmes, j'ai même pas de lettre... Quand ils changent les traitements, je suis jamais au courant.* » (G2) ; « *Ben franchement vous savez les relations avec les psys... de façon générale on sait pas trop, ils nous écrivent pas.* » (G3) ; « *Je n'ai eu de compte-rendu de suivi d'aucun. Je n'ai jamais eu de lettre des HUS* » (G5).

Certains médecins tempèrent néanmoins : « *Et en tout cas quand on les appelle, ils se rendent disponibles. Ils viennent pas forcément vers nous mais si on cherche on les trouve* » (G3) ; « *Après... le lien avec l'hôpital c'est vous qui le créez, c'est parce que j'y suis allée, je me suis présentée, que je demande des nouvelles, qu'il y a un retour aussi quelque part* » (G6).

Un médecin fait une distinction dans les échanges avec les psychiatres libéraux : « *C'est plus facile avec les psychiatres libéraux, y'a beaucoup plus de communication avec eux* » (G4).

Certains généralistes sont satisfaits des échanges : « *Un suivi ambulatoire de psychiatrie chez une consoeur libérale.... Avec qui je suis en lien aussi. Je dirais on fait une petite synthèse tous les trimestres, à peu près 3-4 mois* » (G7).

Un des psychiatres interrogés a soulevé plusieurs explications possibles à ce défaut de communication avec les généralistes, dont le manque de temps : « *Le truc en fait c'est le manque de temps, tant pour eux que pour nous (...)* » (P2). De plus, les patients hospitalisés au long cours au CHU sont entièrement pris en charge par les psychiatres hospitaliers : « *En fait, il se trouve que quand ils sont hospitalisés longtemps comme ça, on est pas du tout en contact avec les médecins généralistes... peut-être qu'on devrait mais c'est vrai que ça fait pas partie de notre réflexe, puisqu'on les prend en charge entièrement* » (P2). Les psychiatres ne communiquent pas forcément au sujet des patients qui sont stables, pour lesquels il n'y a pas

d'évolution ou peu : « *Alors concernant les suivis quand le patient ne va pas trop mal, souvent on a qu'un contact avec le médecin généraliste au début* » (P2). Enfin, les patients anorexiques étudiants sur Strasbourg n'ont souvent plus de médecin généraliste : « *Mais y'a un autre problème aussi, c'est que souvent c'est une population qui est jeune et qui est étudiante, et c'est pas fréquent qu'ils viennent de Strasbourg(...). Et du coup ils ont souvent pas de médecin généraliste !* » (P2).

Les autres psychiatres ne rencontrent pas de problème pour entrer en contact avec les médecins généralistes de leurs patients: « *Et après je mets en place très vite dès la première consultation un suivi conjoint avec la psy, pour mes collègues psy, et conjoint avec le somaticien.* » (P1) ; « *Voilà donc le coup de fil ou le mail ou le sms qui font qu'on est ensemble dans le suivi. Ca c'est consubstantiel de mon suivi je dirais.* » (P1) ; « *Et donc on a toujours eu de très bonnes relations et un suivi conjoint oui bien sûr.* » (P3) ; « *On se tient au courant, d'ailleurs il m'a encore appelé hier soir vers 20h pour une autre anorexique* » (P4).

Par ailleurs, un psychiatre libéral rencontre des difficultés à échanger avec les psychiatres hospitaliers : « *J'ai du rappeler aussi l'hôpital... Je crois qu'à l'hôpital ils appellent moins maintenant* » (P4). Il évoque sur le ton de l'humour le manque d'accessibilité des psychiatres : « *On dit plutôt ça des psychiatres d'habitude* » (P4). A l'inverse un psychiatre constate un manque de disponibilité des médecins généralistes : « *Les difficultés que j'ai déjà eu, c'était des généralistes surbookés* » (P3).

La façon de communiquer est aussi sujette à des questionnements : « *y'a rien de systématisé du coup comment on fait pour communiquer entre nous ?* », « *Après je me méfie toujours de ce qui est systématisé et protocolaire parce que c'est... après on est pris par notre propre organisation qui tourne par elle-même et c'est pas bon non plus* » (P4).

Concernant les délais d'obtention de consultations spécialisées, ils sont parfois jugés trop longs : « *Et souvent les rendez-vous chez le psychiatre, c'est pas avant 2-3 mois* » (G2). Un

généraliste passe par un psychiatre libéral comme intermédiaire pour obtenir les rendez-vous plus rapidement : « *Là je suis obligé de l'appeler en direct pour avoir le rendez-vous, sinon à l'hôpital c'est parfois plus compliqué... au niveau des délais* » (G4).

Certains médecins rencontrent des difficultés à hospitaliser leurs patients anorexiques par manque de structures : « *Après je sais que si il y a une indications d'hospitalisation ça se fait à l'Elsau en général... c'est ce qu'ils m'ont dit... que c'était compliqué pour hospitaliser.* » (G2) ; « *Bon alors quand je veux les hospitaliser, c'est pas toujours facile* » (G6). Un médecin souligne également l'accès inégal aux soins en médecine générale et en pédiatrie en fonction des secteurs géographiques : « *Bien évidemment ça dépend aussi de la géographie, parce que le côté sordide de la géographie médicale c'est que c'est pas égal* » (P1).

La visibilité du réseau de soins spécialisés des troubles des conduites alimentaires en Alsace, notamment via ARTTA, n'est pas connu de tous les médecins généralistes : « *Ben il faudrait un interlocuteur psychiatre qui soit plus clairement défini parce que là on est un peu dans le flou à savoir ou l'adresser* » (G2) ; « *Peut-être qu'il y a un parcours codifié mais en tout cas moi je suis pas au courant. Y'a pas de visibilité.* » (G2) ; « *J'ai pas l'impression que sur le territoire ce soit très organisé* » (G3).

Une autre difficulté dans le parcours de soins des anorexiques concerne l'accès aux soins des populations précaires, comme souligné par un médecin travaillant en milieu urbain : « *Nous on a beaucoup de freins pour notre population, on est en quartier populaire... Forcément faut que l'accès aux soins se fasse en secteur 1, conventionné, en tiers payant, parfois avec interprète... Parce qu'il y a beaucoup de personnes non francophones parmi nous, il faut trouver un psy qui accepte des personnes pour un entretien avec interprète professionnel, ce qui est possible... Mais ça s'organise* » (G3).

La vision qu'ont certains médecins du type de prise en charge intrahospitalière pourrait compliquer les relations médecin généraliste/ psychiatre et engendrer un défaut d'adressage aux

spécialistes : « *Je crois que la valeur numéro une c'est quand même de dire « on est là et on va suivre ça dans la durée, et de manière pas trop violente si c'est pas nécessaire » » (G1).*

Enfin pour un psychiatre ayant une large patientèle de patientes anorexiques, la principale difficulté est que c'est une pathologie 'taboue' qui effraie les médecins généralistes d'où une difficulté à la prendre en charge : « *Le manque il est au niveau d'un truc plus fluide. Un truc plus fluide ou chaque médecin adresseur ou futur adresseur soit bien conscient que c'est une maladie répertoriée dans la CIM 10 comme les autres », « Y' a peut être quelque chose que ceux qui constituent ces réseaux veulent pas voir c'est que c'est une maladie qui effraie. Et comme elle effraie on veut pas se situer dedans » (P1).* Ceci est souligné aussi par P2 : « *Ouais si le patient a une demande de prescription, une demande de faire telle ou telle chose c'est très difficile de lui dire non... voilà. Surtout quand est pas très à l'aise... et je pense que l'anorexie ne rend pas à l'aise ! ».*

b -Difficultés en lien avec la formation.

Beaucoup de généralistes interrogés dans cette étude reconnaissent manquer de connaissances sur le sujet des TCA : « *j'ai pas l'impression d'avoir une formation très bonne là-dedans, ça c'est clair.* » (G2), « *Notre formation de prise en charge des pathologies anxieuses elle est... pas formidable.* » (G5) ; « *Bon il me manque un peu de connaissances, je l'avoue clairement* » (G7). Ce manque de connaissances peut aller jusqu'à la crainte de passer à côté du diagnostic pour l'un des médecins interrogés : « *Après peut être que j'en ai raté des anorexiques ça c'est possible. Il est possible que j'en ai raté dans la patientèle* » (G2).

Certains psychiatres de leur côté évoquent également un défaut de connaissances des généralistes : « *Ca m'avait beaucoup surpris que le médecin généraliste ait pu aller aussi loin dans les examens.* » (P2) ; « *Parce que du coup ce que j'ai observé, c'est beaucoup de raccourcis, beaucoup de généralistes qui se sont un peu renseignés, alors c'est un mélange*

d'émissions qu'ils ont vu à la télé, de bouquins qu'ils ont lu... ça fait un peu un amalgame et des fois ils vous résumant en 3 phrases l'anorexie (...) » (P3). Pour l'un d'eux, ce n'est pas le principal problème : « Parfois au manque de connaissances... mais je crois pas que ce soit ça qui soit à incriminer, les connaissances sont bonnes chez les médecins » (P1).

On note parfois une mauvaise connaissance des critères évolutifs favorables et défavorables dans cette pathologie notamment concernant la reprise pondérale : « Ben elle avait pas perdu de poids. Elle avait pas repris de poids mais elle avait pas perdu de poids » (G2). La persistance d'une tendance au contrôle chez une patiente est citée comme un élément positif par un médecin généraliste : « Ce qui est assez agréable encore, parce que j'en avais vu en tant qu'externe en hospitalisation, c'est qu'elle a encore toute l'énergie et tout le bagage pour arriver à contrôler suffisamment tout ça » (G7).

Il peut y avoir une confusion entre anorexie symptôme et anorexie maladie : « C'est parce qu'elle avait plus envie de manger non plus... » (G1). Ceci peut s'expliquer par le fait que c'est une pathologie peu fréquemment rencontrée en médecine de ville selon les généralistes : « En fait des vrais anorexiques c'est vrai que j'en ai pas eu beaucoup. » (G2) ; « Ca remonte un petit peu parce que ce sont des situations que l'on a pas si fréquemment que ça heureusement. » (G1) ; « On a pas tellement de ce genre de patients chez nous ... on a assez peu de jeunes anorexiques. J'ai quelques patients plus âgés qui ont vécu ce problème-là » (G3).

Certains psychiatres soulignent une différence de perception de la gravité clinique entre médecin généraliste et psychiatre, pouvant engendrer un retard diagnostique/ de prise en charge : « Donc pour moi, il y a eu un retard mais qui était lié à une différence de perception entre le pédiatre et moi... voilà. » (P1), « Celle qui était hospitalisée était fatiguée, épuisée, il me l'a adressée elle était déjà presque pour l'hospitalisation... » (P4).

Un psychiatre pense que certains généralistes ont surtout un complexe d'incompétence alors que leurs connaissances sont bonnes : « Mais y'a parfois une sorte de complexe névrotique, de

dire « voilà moi j'y connais trop rien dans ce truc-là », « je sais pas à qui adresser » » (P1). Les propos d'un médecin généraliste rejoignent cette idée : « Parce que je me trouvais un peu nigaud à ne pas savoir, à ne pas trop savoir comment orienter la consultation » (G5). Des intervenants extérieurs peuvent indirectement renforcer ce sentiment d'incompétence : « Et la première question que m'a posé la secrétaire c'est : « est-ce qu'un psychiatre a posé le diagnostic ? »... voilà on a toujours encore l'étiquette du généraliste incapable de poser le diagnostic... » (G5).

Un psychiatre évoque le défaut d'objectivité de certains médecins généralistes concernant leurs patients anorexiques quand ils les prennent en charge au long cours, souvent depuis l'enfance, pouvant interférer avec la pose du diagnostic : « Et de temps à autre (...) y'a quand même cette difficulté que certains généralistes ou pédiatres suivent l'enfant depuis la naissance, sont attachés et peuvent être des fois... moins professionnels et plus pris dans des sentiments, et que ça perturbe la prise en charge » (P3). Enfin, certains généralistes ne s'intéressent pas à cette pathologie ce qui complexifie la prise en charge : « Y'a ceux qui sont dans une forme de clivage complet en disant « moi je m'occupe pas de ça, je m'occupe du corps, c'est votre job, je m'en mêle pas » » (P3).

c -Difficultés en lien avec la maladie elle-même.

La principale difficulté que rencontrent les médecins dans la prise en charge de l'anorexie est le déni des patientes : « Là dans le psycho, dans le côté psycho la complexité c'est de sortir du déni. » (G6) ; « Oui par rapport à l'anorexie, la part la plus compliquée c'est le déni et l'ambivalence des patientes face à la maladie. » (P2) ; « Ben y'a le déni qui est toujours au premier plan... Alors de temps en temps on peut avoir un déni complet avec une patiente qui dit : « je vais très bien », mais enfin c'est quand même rare... Ce qu'on a souvent c'est un déni de la gravité des troubles » (P3). Ainsi, il y a rarement une demande d'aide de la part de ces

patientes ; elles ne consultent pas pour ce motif : « *Y'a pas forcément, rarement une demande d'aide de la part du patient, du coup c'est compliqué... Parce que c'est souvent les parents qui l'emmènent avec un adolescent qui est pas demandeur. Je trouve que oui, c'est vraiment pas facile.* » (G2) ; « *Disons que je dirais pas que l'anorexie soit vraiment son motif de consultation...* » (G3) ; « *Je pense qu'une bonne prise en charge serait faite si on arrivait à faire comprendre au patient... Si le patient ne voulait bien venir que pour ça* » (G5).

Ce déni peut englober la sphère familiale : « *La mère ne comprenait pas non plus, la mère appelait ça seulement du « caprice d'adolescente ». Elle ne se rendait pas compte...* » (G5) ; « *Souvent, pas systématiquement mais souvent, il inclut le milieu familial et du coup quelquefois il faut faire aussi avec le déni familial.* » (P2) ; « *Y' a aussi des familles qui sont dans le déni. J'ai vu une fois un papa qui portait sa fille parce qu'elle ne pouvait plus marcher, qui disait : « Non mais ça va bien en fait... On a quelques problèmes mais ça va aller mieux. » Il racontait n'importe quoi !* » (P3). Il peut être responsable d'un refus de soins, notamment d'un refus d'hospitalisation par les parents de patients mineurs : « *Les familles c'est souvent un facteur limitant aussi pour les soins, parce que y'a des familles qui n'acceptent simplement pas qu'on hospitalise leur fille. Ils considèrent qu' en ambulatoire ça va* » (P3).

Ensuite, la souffrance familiale est aussi une difficulté à gérer pour les médecins : « *Quelquefois c'est compliqué de mettre de côté la problématique familiale parce qu' ils souffrent tellement de cette maladie qu'il faut aussi en tenir compte et prendre en charge* » (P2). L'angoisse des familles devant cette pathologie peut être envahissante pour le médecin : « *Pour les familles ce qui est compliqué, c'est gérer l'angoisse de la famille parce que pour les familles ça va jamais assez vite* » (P3).

Les consultations pour anorexie sont généralement chronophages : « *C'est des consultations qui prennent du temps.* » (G2) ; « *C'est une heure de consultation* » (G6). Un psychiatre ayant une formation en thérapie familiale note surtout que les séances de thérapie

familiale prennent du temps : « *Ca dure 45 min/1h !* », « *Et donc ça prend du temps quoi. Ca prend du temps !* » (P4).

Une autre difficulté relève de la longueur des prises en charge dans cette pathologie : « *L'amélioration... Elle est impalpable. C'est très long, très très long.* » (G6) ; « *Et ce sont des prises en charge très longues... Ca se compte vraiment en années, et comment expliquer ça à quelqu'un qui rentre dans les soins ? Que c'est possible que dans 3-4 ans cette personne soit encore ici dans mon bureau en consultation... Quand on a 19 ans, c'est difficile d'envisager ça.* » (P2) ; « *On sait que c'est vraiment un travail de longue haleine* » (G7).

Ces prises en charge sont aussi lourdes à vivre pour les médecins et les équipes qui y sont confrontés : « *Et aussi debriefer sur les problèmes, parce que ces patientes-là on les aime bien mais elles sont fortement génératrices de difficultés, de soucis, d'angoisses, de clash, de « je change de médecin !* » », « *Enfin bref on a des tas d'outils pour diffracter ce transfert qui est parfois un peu lourd, sur une petite équipe, sur des groupes de paroles, sur des groupes d'activité, relaxation, sophrologie.* » (P1) ; « *Y'a quelque chose qui est parfois décourageant... Parfois y'a des mouvements de découragement. On voit une issue ou quelque chose et puis on voit bien que la personne n'est pas du tout prête encore... Donc c'est vrai... Voilà c'est une pathologie qui est assez frustrante !* » (G7).

Certains médecins généralistes, suivant peu de patients atteints de TCA, trouvent que le diagnostic est difficile à poser à la phase initiale : « *Après si y'a pas une perte de poids évidente, en tout cas au début, je peux effectivement ne pas m'en rendre compte.* » (G2) ; « *Quand il y a beaucoup d'angoisses qui s'y mêlent, quand ce sont des ados et que tu sais pas trop si c'est juste un trouble de l'image temporaire ou si...* » (G5).

Un psychiatre souligne le fait que lorsque le patient est un enfant ou un adolescent, il y a plus d'intervenants à mobiliser dans la prise en charge puisqu'il faut aussi s'occuper des parents et de la fratrie du patient : « *Presque toujours en pédopsychiatrie, mais de façon très marqué*

dans les troubles alimentaires, c'est qu'en fait on a au moins 3 patients quand on a une patiente... », « Donc les entretiens parentaux et la thérapie familiale, il faut pouvoir les mobiliser pour ces patientes ou ces patients... Donc oui ça complexifie encore puisqu'on rajoute des autres intervenants, des autres interlocuteurs, des autres séances... » (P1). Ainsi il existe des contraintes logistiques pour les familles : « Et aussi on rentre encore un peu plus dans la vie des patients, où là du coup va falloir mobiliser toute la famille. Voilà y'a beaucoup de soins à apporter du côté du chemin du patient à la faisabilité des choses » (P1).

Un médecin généraliste note que le travail psychothérapeutique peut être compliqué lors de certaines phases de la maladie comme une reprise de poids mal acceptée par la patiente : *« Actuellement, elle a un IMC à 15.5/16 et elle a repris récemment du poids.... Ce qui la rends beaucoup plus inaccessible sur le psychisme ! Donc finalement c'est des fois un pas en avant deux pas en arrière, on sait que c'est vraiment un travail de longue haleine » (G7).*

Pour un médecin, une des difficultés majeures tient aux urgences somatiques qui peuvent émailler l'évolution d'une anorexie mentale : *« L'anorexie je dirais est une urgence médicale avant d'être une urgence psy, psychiatrique ou psychologique » (G6).*

Des croyances erronées sur l'anorexie mentale circulent et sont véhiculées par certains médias, des forums par exemple : *« Y' a aussi une déformation de la réalité qui peut être amplifiée par des sites... Avec des jeunes femmes qui considèrent que c'est un choix de vie... Que c'est pas une maladie mais que c'est une décision, que c'est une sorte de religion quoi. Ca, ça peut compliquer les choses » (P3).*

Enfin plusieurs médecins décrivent un contact particulier des patientes anorexiques : *« C'était souvent une consultation avec des grands yeux vides comme ça.... » (G1) ; « Et je pense que l'anorexie ne rend pas à l'aise ! » (P2).*

7) Axes d'amélioration proposés par les médecins.

Les enquêtés proposent différentes pistes, que nous allons maintenant développer, pour tenter d'améliorer la prise en charge de la pathologie.

a -Développer la formation.

La plupart des médecins interrogés, généralistes et psychiatres, soulignent l'intérêt de proposer des formations sur le sujet, destinées notamment aux médecins généralistes : « *Une réunion en petit comité avec une quinzaine de personnes, le spécialiste invité, où chacun peut dire un peu les difficultés qu'il a rencontrées sur les derniers mois... ça je pense que c'est opérant.* » (P1) ; « *Oui qu'on soit formé correctement à faire des entretiens psychothérapeutiques comme ça... Qu'on sache le faire correctement.* » (G5) ; « *Je pense surtout à des actes de formation pour les médecins traitants... Des actes de formations par rapport à des bases de psychopathologie parce que c'est quand même assez énigmatique, je veux dire même pour nous* » (P3). Un médecin aimerait qu'une ligne téléphonique dédiée à des conseils nutritionnels soit mise en place : « *Et après effectivement pourquoi pas une ligne de conseils téléphoniques faite par un expert nutritionniste ou un truc comme ça... Pour que quand on sèche un petit peu, on puisse se tourner vers quelqu'un en disant : « voilà... »* » (G7).

b -Améliorer la communication entre somaticien et psychiatre.

La plupart des médecins pensent qu'il faudrait développer la communication entre médecins généralistes et psychiatres : « *Qu'on ait plus de retours... Des pédopsys en tout cas, on en a jamais. Et des psychiatres à l'hôpital aussi plus de retours.* » (G4) ; « *De toute façon, je pense qu'après le relais doit être fait par les services de psy mais au moins qu'on puisse être informé plus rapidement, qu'on ait un mail simplement... Y'a assez de monde pour écrire un mail rapidement : « On l'a vue en consultation. Elle est équilibrée, elle reviendra » ou au contraire*

« elle nécessite un suivi plus rapproché » ou « elle a quitté le service contre avis » etc... » (G5) ; « Alors j'ai pas de proposition concrète, mais(...) comment mieux communiquer avec les médecins généralistes ? Visiblement y' a des choses qu'on peut améliorer là-dessus... Comment je ne sais pas » (P2).

Un psychiatre pense que c'est surtout une réflexion sur une façon opérante de communiquer avec le généraliste qu'il faut mener : « Je me posais la question de savoir si on devait commencer... Y'a rien de systématisé du coup comment on fait pour communiquer entre nous ? » (P4).

c -Autres propositions.

Certains médecins généralistes souhaiteraient que le réseau spécialisé des soins aux anorexiques et ses référents bénéficient d'une meilleure visibilité : « Ben il faudrait un interlocuteur psychiatre qui soit plus clairement défini. », « Il faudrait qu'il y ait un parcours de soins plus clairement défini pour les généralistes, notamment dans l'anorexie et dans la pathologie psychiatrique de l'enfant et de l'adolescent de façon globale. » (G2) ; « Donc peut-être oui fluidifier ou savoir un peu quel est le parcours quand c'est des cas sévères, des gens qui se mettent réellement en danger » (G3).

Un généraliste propose de favoriser l'accessibilité de certaines thérapies type thérapie familiale : « J'aimerais bien avoir à portée de main un thérapeute systémique assez facile d'accès, parce que là du fait de mon rôle de médecin traitant, j'ai accès à chacun des membres de la famille ce qui est assez intéressant mais... Mais malheureusement voilà le thérapeute est pas évident à trouver, et arriver à brancher la famille c'est pas forcément simple. Donc voilà si on avait une voie d'accès facilitée pour ce genre de thérapie, ça pourrait être pas mal ! » (G7).

L'accent est mis par un médecin sur la promotion de l'accompagnement des patients anorexiques même s'il ne fait pas de proposition concrète : « *Ben moi j'accorde une très grande valeur à l'accompagnement. C'est, je pense, vraiment très important de leur dire : «on est là », « on est là si ça va pas » » (G1).*

Enfin, certains médecins déplorent le manque de structures hospitalières pouvant accueillir ces patientes : « *Après je sais que s'il y a une indication d'hospitalisation, ça se fait à l'Elsau en général... C'est ce qu'ils m'ont dit... Que c'était compliqué pour hospitaliser. » (G2) ; « Alors je pense qu'il faudrait qu'il y ait plus en ambulatoire... Parce que je pense que la maladie n'est pas encore bien prise en charge de manière globale. C'est un problème de santé publique. Y'a pas... Souvent c'est galère pour trouver une place pour hospitaliser. Faudrait qu'il y ait des structures mais bon après ça c'est un projet... Il faudrait qu'il y ait un peu plus de structures pour les accueillir » (G6).*

DISCUSSION.

Ainsi, les médecins généralistes et les psychiatres bas-rhinois utilisent trois types d'éléments, dont la distinction n'est pas toujours évidente, pour porter le diagnostic d'anorexie mentale : des éléments d'ordre somatique comme l'amaigrissement majeur et la tendance aux restrictions alimentaires, des éléments psychopathologiques comme le déni, la dysmorphophobie et les préoccupations à thème pondéral et alimentaire et enfin des éléments comportementaux comme la présence de vomissements provoqués, de stratégies de contrôle du poids et une tendance à l'hyperactivité physique. Concernant les soins, les médecins proposent d'une part un soutien psychologique et une psychothérapie parfois associés à un traitement médicamenteux selon les cas, d'autre part un suivi clinique avec examen clinique, pesée, surveillance des constantes et surveillance biologique, à la recherche de signes d'évolution favorable ou défavorable. Ils assurent également un suivi diététique avec des conseils d'éducation nutritionnelle. Certains proposent de plus des modalités thérapeutiques complémentaires tels que des ateliers thérapeutiques, souvent en groupe, et des activités de sport adapté.

A propos des rôles respectifs des deux spécialités, la plupart des médecins interrogés appliquent, de façon délibérée ou non, le principe de la prise en charge bifocale c'est-à-dire que le médecin généraliste est le garant de l'état somatique des patientes, assure le suivi biologique et la recherche des conséquences de la dénutrition et le psychiatre (ou le psychologue) est en charge de la psychothérapie des patientes, pouvant être de différentes orientations, telles que thérapie familiale, thérapie cognitivocomportementale ou psychothérapie psychodynamique. Néanmoins, certains médecins estiment qu'il s'agit d'une prise en charge globale et qu'il n'y a pas forcément un rôle distinct des deux spécialités, le médecin généraliste pouvant également assurer un soutien psychologique des patientes, ce qui est toutefois différent d'une

psychothérapie conduite par un psychiatre ou un psychologue. Dans les faits, la coordination entre un médecin généraliste et un psychiatre est unique et dépend de divers facteurs tels que les possibilités locales d'accès aux soins psychiatriques (favorisées normalement par la sectorisation des soins), l'expérience et la pratique de chacun des médecins mais aussi la compliance des patients au suivi. Cette coordination se construit au cas par cas en fonction des outils et des ressources disponibles. Ainsi, certains médecins généralistes utilisent leur réseau de contacts pour obtenir une consultation spécialisée libérale ou hospitalière, ou communiquent par mail ou SMS pour obtenir un avis spécialisé de façon rapide. Ils mettent en œuvre différentes solutions pour s'adapter à la prise en charge coordonnée de cette pathologie singulière.

Nous avons par ailleurs relevé dans cette étude un certain nombre de freins à la prise en charge de l'anorexie mentale de l'adolescent et de l'adulte jeune, liés d'une part au parcours de soins coordonnés, à la formation des médecins à cette pathologie mais aussi à la maladie et ses spécificités. Les principales difficultés relevées concernant le parcours de soins sont le manque de communication entre les deux spécialités, le défaut d'accessibilité aux consultations spécialisées, la visibilité insuffisante du réseau de soins spécialisés de l'anorexie, un manque de structures pour hospitaliser les patientes anorexiques mais aussi un certain « malaise » des généralistes face à cette pathologie un peu « taboue ». De plus, la formation concernant cette pathologie est jugée insuffisante par la quasi-totalité des participants et certains psychiatres relèvent une différence de perception de la gravité clinique entre médecin généraliste et psychiatre, pouvant générer ponctuellement des retards de prise en charge. De même, un manque d'objectivité de certains généralistes suivant leurs patients depuis la petite enfance voire un manque d'intérêt pour la pathologie ont été relevés de façon sporadique. Concernant la maladie en elle-même, les médecins doivent composer avec le déni du patient voire de sa famille, les prises en charge sont souvent longues et chronophages et le diagnostic peut être

difficile à porter à un stade précoce. Les médecins ont proposé différentes options pour tenter de pallier à ces difficultés : développer des formations sur le sujet des TCA sous la forme de petits groupes de travail, de présentations en comité restreint ; fluidifier les échanges entre généralistes et psychiatres et réfléchir à une façon opérante de communiquer mais aussi améliorer encore la visibilité du réseau de soins local.

1) Forces et limites de cette étude.

Tout d'abord, notre étude est originale par sa construction : le fait d'avoir interrogé des médecins généralistes d'une part et des psychiatres et pédopsychiatres d'autre part permet d'avoir une vision plus globale de la problématique et de croiser des angles de vue émanant de spécialistes différents. Ceci a permis de comparer les réponses des psychiatres et des médecins généralistes car le guide d'entretien utilisé comme support à la réalisation des entretiens était le même.

De même, la problématique des relations entre généralistes et psychiatres dans la prise en charge coordonnée et ambulatoire de l'anorexie mentale offre un angle de vue différent.

Le fait d'utiliser l'analyse qualitative pour répondre à la problématique de la prise en charge conjointe de l'anorexie mentale par le médecin généraliste et le psychiatre dans le Bas-Rhin paraît pertinent et le plus approprié. En effet, la réalisation des entretiens semi directifs a permis de faire émerger au mieux les pratiques des médecins dans cette pathologie, les rôles de chacun, les difficultés auxquelles ils étaient confrontés et les solutions qu'ils aimeraient voir mises en œuvre.

La retranscription intégrale des entretiens a permis de rester le plus fidèle possible aux propos de chaque enquêté.

De plus, la réalisation d'une première partie rappelant l'évolution récente des classifications diagnostiques, les recommandations de la HAS de 2010 et 2018 au sujet de l'anorexie mentale

et l'organisation de la prise en charge des TCA au niveau local, a permis de mettre en perspective les pratiques des médecins généralistes et des psychiatres bas-rhinois dans cette pathologie. Ainsi, nous avons pu constater que les médecins interrogés ne citent pas les classifications diagnostiques et donc probablement ne les utilisent pas en pratique courante. De même, la continuité des soins, dont l'importance est soulignée dans les recommandations de la HAS, est mise à mal par les difficultés de communication entre psychiatres et médecins généralistes et par le manque de visibilité du réseau, largement évoqués par les médecins de cette étude. L'aspect multidisciplinaire de la prise en charge n'est pas toujours effectif, certains médecins généralistes interrogés assurant seul la prise en charge de leur patiente anorexique. Il existe aussi des retards diagnostiques et de prise en charge évoqués par certains participants : des progrès restent à faire concernant le repérage précoce des troubles.

Concernant les limites de cette étude, on peut citer d'abord un biais de sélection dans le recrutement des participants qui s'est fait par « effet boule de neige ». Les médecins généralistes ont été recrutés en partie en fonction de l'orientation de leur patientèle ; par exemple les médecins généralistes ayant une large part d'enfants/ adolescents dans leur patientèle ont été ciblés car l'anorexie mentale est une pathologie de l'adolescence d'un point de vue statistique. Les psychiatres interrogés étaient majoritairement hospitaliers, car peu de psychiatres installés en libéral ont répondu positivement à ma proposition d'entretien, malgré les relances.

On peut ensuite évoquer un biais déclaratif car les médecins étaient interrogés de façon rétrospective sur un cas de patient anorexique vu au cours de leur carrière, ce qui implique d'avoir recueilli des données potentiellement erronées du fait d'un effet mémoire.

Puis cette étude était ciblée sur la prise en charge coordonnée en ambulatoire et n'étudiait donc pas les relations entre psychiatres et généralistes lors de prises en charge hospitalières, qui peuvent être potentiellement différentes. Ce versant pourrait être traité à l'occasion d'un prochain travail sur le sujet.

2) Réflexion.

Nous allons tout d'abord nous intéresser aux pratiques des médecins généralistes et des psychiatres bas-rhinois dans la prise en charge de l'anorexie mentale.

a - Une prise en charge personnalisée selon le patient et dépendante du vécu et de l'expérience de chaque praticien.

Cette étude qualitative menée dans le Bas-Rhin s'est intéressée dans un premier temps aux modalités du diagnostic et de la prise en charge des patients anorexiques par deux spécialistes : le médecin généraliste et le psychiatre.

Concernant le diagnostic, sur le plan somatique, les médecins de notre étude citent principalement un amaigrissement majeur et une restriction des apports alimentaires. Un médecin cite également l'aménorrhée bien que ce critère ne soit plus un critère principal du diagnostic depuis la dernière version du DSM. Concernant les éléments d'ordre psychiatrique, les enquêtés ont évoqué le déni, la dysmorphophobie, les préoccupations pondérales et alimentaires excessives et la peur de grossir. L'inquiétude parentale est fréquemment décrite comme moteur des soins. D'un point de vue comportemental, les médecins de notre étude notent parfois la présence de vomissements provoqués et d'une hyperactivité physique et/ou d'un hyperinvestissement intellectuel. Ces éléments diagnostiques rejoignent ceux cités dans d'autres thèses sur le sujet comme la thèse de C. Ariste-Zélise (30) et celle de J. Peduzzi-Rat (31). Ainsi, les participants de l'étude de C. Ariste-Zélise évoquent principalement l'amaigrissement, l'inquiétude parentale, la peur de l'image du corps auprès des autres, les vomissements provoqués et une déformation de l'image corporelle. Dans la thèse menée en Ile-et-Vilaine par J. Peduzzi-Rat sont évoqués la triade diagnostique (anorexie, amaigrissement, aménorrhée) et l'hyperactivité. Ces éléments sémiologiques sont également décrits dans les

principales classifications (DSM V et CIM10) (12). Un médecin de notre étude évoque de plus l'hypotestostéronémie chez l'homme, fréquemment responsable de troubles érectiles et qui est en quelque sorte le parallèle de l'aménorrhée chez la femme. Cependant, étant donné que les anorexiques masculins représentent une minorité, on peut comprendre que ce critère soit plus rarement relevé. Un élément d'ordre somatique qui n'est pas évoqué dans les autres thèses citées est la fréquence des plaintes somatiques en consultation : douleur abdominale, constipation, asthénie etc... Ces plaintes peuvent parfois être un signe avant-coureur de la maladie et traduire une certaine somatisation ou elles peuvent émailler l'évolution d'une anorexie diagnostiquée. L'hyperinvestissement scolaire des patientes est largement décrit dans la littérature comme le souligne T. Vincent : « *Dans l'anorexie mentale, il est fréquent que le champ scolaire devienne un lieu de résistance et de répétition symptomatique. Initialement les patientes camouflent en effet leurs symptômes derrière une aisance de surface qui les rend intouchables et irréprochables : « je vais bien puisque je réussis » »(32).*

Certains enquêtés décrivent des facteurs environnementaux à l'origine de l'anorexie mentale de leur patient tels qu'une déception amoureuse, des critiques de la part de l'entourage voire d'une personne d'autorité pendant l'adolescence comme un professeur, une 'addiction' au sport. Cet élément apparaît aussi dans l'étude de C. Ariste Zélise (30), dans laquelle les participants remarquent parfois un vécu traumatique avec des dysfonctionnements familiaux mais aussi l'influence des régimes amincissants et de la société occidentale. Néanmoins, la notion de facteur déclenchant doit être pondérée car elle n'est pas retrouvée de manière systématique dans la littérature. La présence d'éventuelles comorbidités psychiatriques telles qu'un syndrome dépressif ou un trouble anxieux a été notée par les médecins de notre étude et est confirmée par les participants de l'étude de C. Ariste Zélise (30) qui évoquent des troubles de l'humeur comme motif de la première consultation. De même Corcos, Bochereau et cie (9) décrivent l'apparition fréquente de troubles psychiatriques dans l'évolution de l'anorexie

mentale tels que dépression, troubles anxieux voire addictions et troubles de la personnalité. Ainsi, ils estiment que 50% des anorexiques gardent des difficultés psychologiques gênantes. Une autre étude publiée en 2001 dans le Journal Child Of Psychology and Psychiatry a mis en évidence des associations significatives entre anorexie mentale et comorbidité psychiatrique d'une part, et entre anorexie et trouble de la personnalité d'autre part (33).

Concernant les représentations qu'ont les médecins des patientes anorexiques, P1 les décrit comme « *inapparentes* », effacées. Ceci rejoint l'idée développée par P. Jeammet quand il déclare que l'anorexie mentale se caractérise par un « *effacement du corps, de la sexualité et de toute trace de plaisir* » (34).

On note que le diagnostic d'anorexie mentale est jugé plutôt aisé par les psychiatres de cette étude alors qu'il est parfois difficile à la phase initiale pour les médecins généralistes. Ceci peut s'expliquer par une fréquence nettement moindre de patientes anorexiques en consultation de médecine générale par rapport aux consultations de psychiatrie. De plus, les patients consultant leur médecin généraliste sont susceptibles d'évoquer un symptôme d'ordre périphérique alors qu'en allant consulter un psychiatre, le motif de la consultation est d'emblée orienté vers la dimension psychologique du trouble. Il est possible également que les médecins généralistes voient ces patientes à un stade plus précoce (étant le médecin de premier recours), alors que la clinique n'est pas encore très parlante. Un médecin évoque aussi le fait qu'il existe des perturbations de l'image du corps temporaires à l'adolescence, pouvant créer un doute diagnostique initialement qui sera levé en fonction de l'évolution.

Un résultat important à souligner est qu'aucun des médecins interrogés n'a évoqué les classifications diagnostiques que nous avons développées plus tôt pour porter le diagnostic d'anorexie mentale chez leur patient. Est-ce parce qu'ils ne connaissent pas leur existence pour certains ? Parce qu'ils n'en ont pas l'utilité ? On peut ainsi s'interroger sur la pertinence de l'utilisation de ces classifications en pratique clinique. En effet les médecins et les psychiatres

se fient peut-être d'avantage aux éléments sémiologiques de l'interrogatoire et de l'examen clinique, complétés des connaissances de l'environnement du patient pour les médecins généralistes, afin de porter le diagnostic. Les psychiatres comptent éventuellement plus sur leur expérience de l'anorexie mentale et des patients atteints de cette pathologie qu'ils ont suivis pour porter un diagnostic par un raisonnement analogique. On note que certains éléments quasi pathognomoniques de l'anorexie mentale ne sont pas développés dans les classifications, comme par exemple la présence de rituels alimentaires avec découpage des aliments en tout petits morceaux, la mastication excessive, la présence d'idées envahissantes sur le thème du poids et de la nourriture pourtant très évocateurs. De même, aucun médecin interrogé n'a cité l'utilisation du questionnaire SCOFF dans sa pratique, qui est un outil simple de dépistage des TCA (17). Il comporte 5 questions fermées ; la présence d'au moins 2 réponses positives révèle un possible TCA et justifie de démarrer un suivi. Les médecins enquêtés n'ont pas non plus indiqué s'ils réalisaient régulièrement un dépistage des TCA en consultation via quelques questions ciblées, notamment auprès des adolescents et d'autres populations à risque.

Concernant la prise en charge de l'anorexie mentale, les principes de traitement décrits par les médecins de cette étude sont en concordance avec ceux décrits dans des thèses antérieures sur le sujet. Ainsi dans la thèse de M. Doucet (35) menée dans le bassin lillois, les médecins interrogés réalisent un suivi pondéral et biologique, des enquêtes alimentaires et une orientation vers le spécialiste. Par contre, certains réalisent un contrat de poids ce qui n'est pas décrit par les médecins de notre étude. De même les participants de l'étude de M. Leclere (36) assurent un suivi pondéral, prescrivent un traitement médicamenteux, assurent la prévention des complications somatiques de l'anorexie et orientent vers le spécialiste. Là encore certains médecins proposent un contrat de poids. Les principes de prises en charge énoncés dans la thèse de J. Peduzzi-Rat (31) comportent en plus la psychothérapie et l'éducation nutritionnelle. D'autres modalités de soins complémentaires sont développées par les médecins de notre étude

comme la proposition d'ateliers thérapeutiques, d'activités de groupe et les approches psychocorporelles en milieu hospitalier pour les patients hospitalisés. Concernant la psychothérapie, plusieurs enquêtés proposent une thérapie familiale à leurs patients adolescents atteints d'anorexie. Ceci est conforme aux recommandations du NICE de 2004 (37) et aux recommandations de la HAS de 2010 (12), qui préconisent une thérapie familiale en première intention pour les enfants et adolescents atteints d'anorexie mentale (38). Les principes de la prise en charge bifocale sont appliqués, volontairement ou non, par de nombreux médecins de notre étude avec un suivi somatique par le médecin généraliste et la psychothérapie conduite par le psychiatre. Ceci suit les principes de traitement développés par P. Jeammet (34). Un traitement médicamenteux a été instauré par certains médecins (antidépresseurs) pour traiter une comorbidité de nature anxieuse ou dépressive, ce qui est préconisé dans les recommandations pratiques de l'APA (39).

Selon P1, ce n'est pas la technique « *psychanalytique* » employée qui importe le plus dans une psychothérapie mais la qualité de la relation soignant/soigné : « *c'est la qualité du contact qui est primordiale, l'alliance thérapeutique, c'est-à-dire qu'elle passe au-dessus de la technique...* ». Bioy exprime le même constat : ce ne sont pas les outils thérapeutiques employés (thérapie analytique, TCC, approche systémique etc...) mais l'alliance thérapeutique qui permet d'obtenir un changement (40). En effet, l'alliance thérapeutique est un des meilleurs facteurs prédictifs de l'issue du traitement comme l'a démontré M. Lallemand dans son travail de thèse (41). Elle est corrélée de façon positive avec la reprise pondérale et la rémission des symptômes psychologiques des TCA et permet, du côté du patient, l'engagement dans un processus de soins. Plusieurs éléments interviennent dans le développement de cette alliance, comme le fait pour les patientes d'être actrices de leur prise charge et « *non passives* », le fait de « *pouvoir parler des tabous de l'anorexie mentale* » avec le soignant et « *la première impression* » (41) qui se dégage de ce soignant. Ce dernier élément concernant la première impression que donne

le soignant est également décrit par Lasègue (1) et développé par Jeammet : importance du premier contact avec le psychothérapeute qui est « *déterminant pour la qualité de la relation thérapeutique ultérieure car tout vécu négatif de ce premier entretien ou toute déception conduisent la patiente à se renfermer* » (34).

Parmi les modalités de traitement d'ordre somatique, P. Alvin (16) recommande un examen clinique attentif, un suivi pondéral régulier, un bilan biologique initial et chaque fois que l'état clinique des patientes le justifie. Corcos et Cie préconisent également un examen clinique attentif comprenant une prise de tension artérielle et de la fréquence cardiaque complété d'un ECG dans le bilan initial, ainsi qu'un bilan biologique comprenant au minimum un ionogramme sanguin et une fonction rénale (9). Les modalités de soins proposés aux patients anorexiques par les médecins de notre étude sont donc conformes à la littérature sur le sujet.

Enfin, la collaboration entre médecin généraliste et psychiatre mais aussi avec les autres professionnels intervenants comme la diététicienne, le nutritionniste et les équipes paramédicales est décrite par certains enquêtés comme faisant partie intégrante de leur prise en charge. Les recommandations de la HAS de 2018 sur la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des sujets adultes souffrant de troubles mentaux vont dans ce sens (20). De même, les recommandations de 2010 (12) insistent sur l'importance de la continuité des soins.

La nécessaire coordination des soins entre médecin généraliste et psychiatre amène à s'interroger sur la place qu'occupe chacun d'entre eux au sein de la prise en charge.

b - Un médecin généraliste technicien et un psychiatre psychothérapeute ?

Le médecin généraliste est désigné comme une personne de confiance au rôle essentiel par les psychiatres de cette étude : « *La place du médecin, elle est fantastique, elle est cruciale* » (P1). Il tient une place particulière du fait de sa position de médecin de famille connaissant

l'environnement habituel et la famille du patient. Un médecin évoque ainsi l'idée que le médecin généraliste est un « *catalyseur de suivi* » qui encourage le suivi du patient auprès des spécialistes. Cette idée est reprise par un des psychiatres interrogés qui évoque « *l'aura* » des médecins généralistes, qui peut ensuite bénéficier au psychiatre si le médecin généraliste fait le lien entre le patient/ sa famille et le psychiatre.

Les rôles attribués au médecin généraliste sont d'une part l'accompagnement et le soutien psychologique du patient et de sa famille et d'autre part un rôle de garant des fonctions vitales, de prévention des complications somatiques de la dénutrition, d'élimination des diagnostics différentiels et de prise en charge des pathologies intercurrentes. Le médecin généraliste permet ainsi au psychiatre de ne pas se focaliser sur la question de la survie des patientes, car c'est le médecin généraliste qui est en charge de cette fonction ; il permet donc au psychiatre, bien que celui-ci partage ce souci du poids, de se concentrer sur la psychothérapie de la patiente. Cette idée rejoint la vision de la prise en charge bifocale développée par Ph. Jeammet et employée notamment au CHU de Strasbourg et au CH de Colmar. De même, les participants de l'étude de J. Peduzzi (31) décrivent un rôle de suivi et d'accompagnement dans la durée. Par contre, pour les enquêtés de la thèse de J. Peduzzi-Rat (31), le médecin généraliste a un rôle de diagnostic et d'orientation et un rôle de coordination avec les différents intervenants en tant que pilier de la prise en charge ; ces rôles ne sont pas développés par les médecins de notre étude. Les patientes interrogées dans l'étude de C. Rives-Lange (42) décrivent des rôles divers du médecin généraliste dans cette affection. Il est considéré comme un médecin de famille par certaines mais dans un sens péjoratif, ayant une vision trop interne de la situation et un manque d'objectivité ; ce manque d'objectivité du généraliste suivant certains patients depuis la naissance était souligné par P3 comme une difficulté de la prise en charge. Il est aussi décrit comme le médecin des maux courants, ce qui rejoint l'idée du rôle de prise en charge des maladies intercurrentes que développait G7. Il peut avoir un rôle de prise en charge globale

alliant prise en charge somatique et psychologique. G1 évoquait l'importance de l'accompagnement des patientes par le médecin généraliste, correspondant à la vision de « *médecin allié* » développée par les participantes de l'étude de C. Rives-Lange. En revanche, il est aussi vu par des patientes comme un médecin purement somaticien, un médecin pilier de la prise en charge multidisciplinaire, un médecin exécutant voire une « *proie facile* », résultats qui n'apparaissent pas dans notre étude (42). D'autres rôles du généraliste apparaissent dans notre thèse: le rôle de garant de l'état somatique des patientes, la facilitation du suivi auprès du spécialiste via l'alliance thérapeutique avec le patient et la participation à la prise en charge bifocale en assurant la part somatique du suivi.

P. Alvin attribue trois fonctions principales au médecin généraliste dans l'anorexie mentale : tout d'abord, le suivi médical qui comporte la démarche diagnostique initiale, le suivi des courbes de corpulence, la recherche de carences et de troubles liés à la dénutrition pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Il joue aussi un rôle de « *garant d'un soutien moral et d'un accompagnement dans la continuité* » (16) aussi bien auprès de la patiente que de ses proches. Enfin il dispose d'un « *regard réaliste et crédible sur le corps et les troubles qui s'y inscrivent* » (16), c'est-à-dire qu'il doit rappeler autant de fois que nécessaire à la patiente et à sa famille les symptômes physiques en lien avec son anorexie, les implications et les risques évolutifs de ceux-ci. Ce regard peut aussi être « *bienveillant* » et avoir une portée thérapeutique auprès de patientes malmenant leurs corps, qu'elles rejettent.

Concernant le rôle du psychiatre dans la pathologie anorexique, le principal élément évoqué par les médecins de cette étude est la conduite de la psychothérapie, quelle que soit son orientation : thérapie cognitivo-comportementale, thérapie analytique, thérapie familiale etc... Un généraliste enquêté évoque le fait que la consultation de médecine générale va se perdre dans divers motifs. La prise en charge par le psychiatre va permettre de se recentrer sur la problématique anorectique. Pour un médecin généraliste, l'instauration d'un traitement

médicamenteux dans cette affection type antidépresseur est le rôle spécifique du psychiatre. Le psychiatre participe également à la décision d'hospitalisation de façon conjointe avec le médecin généraliste dans les cas où celle-ci est indiquée.

Un psychiatre évoque le fait qu'il reste médecin avant d'être psychiatre ; il peut ainsi être amené à avertir le médecin généraliste s'il détecte des signes physiques alarmants chez une patiente lors d'une consultation et inversement. Un point de vue opposé est exprimé par un autre psychiatre de cette étude, pour qui le médecin généraliste est un « *vrai* » médecin « *avec la blouse blanche* », ce qui interroge alors sur la place du psychiatre et son statut. Selon lui, le médecin généraliste a un rôle de vérification : vérification des constantes, de l'absence de signes de gravité, de « *check-list* » de choses à éliminer... Le médecin généraliste est alors décrit en partie comme un technicien. Ceci interroge car peut-on vraiment séparer aussi schématiquement la psyché du corps ? Et donc séparer l'aspect purement organique de la prise en charge de l'aspect psychothérapeutique ? Un médecin généraliste peut-il prendre en charge correctement cette pathologie en se cantonnant à une liste de choses à éliminer ? Il nuance cependant en abordant l'aspect relationnel de la prise en charge, garant du succès de la thérapeutique. Nous avons compris que l'anorexie mentale est une pathologie psychiatrique ayant des conséquences somatiques comme la dénutrition et les risques que celle-ci comporte (amyotrophie, bradycardie, risque d'arrêt cardiorespiratoire etc...), il paraît donc complexe de pouvoir dissocier totalement ces deux aspects de la prise en charge, qui sont en fait intriqués cliniquement mais aussi d'un point de vue psychopathologique. Par ailleurs, les rôles du psychiatre et du généraliste ne dépendent-ils pas de chaque situation particulière ? Un patient anorexique vu en consultation de médecine générale et décrivant des idées suicidaires doit être pris en charge par le généraliste concernant cette menace suicidaire car il s'agit d'une urgence psychiatrique, bien que rapidement celui-ci doit en avertir le psychiatre traitant. On remarque que la prise en charge ne peut être totalement dichotomisée. De ce fait, plusieurs médecins

généralistes estiment qu'il n'y a pas forcément une séparation claire des rôles entre médecin généraliste et psychiatre dans la prise en charge mais qu'il s'agit surtout d'un interlocuteur différent. Cependant, bien que le médecin généraliste puisse effectuer un soutien psychothérapeutique auprès des patientes, la psychothérapie conduite par les psychiatres nécessite une formation spécialisée dont les bases sont posées durant l'internat de psychiatrie et requiert donc un maniement spécifique. Les enquêtés ne font pas ici la distinction entre ce qui relève de la relation soignant/soigné et de l'alliance thérapeutique, communes aux deux spécialistes, et ce qui relève de l'expertise spécifique du psychiatre à savoir la conduite de la psychothérapie et ses outils spécifiques. A contrario, les recommandations de la HAS différencient clairement l'apport distinct des deux spécialistes dans la pathologie en préconisant une prise en charge assurée par un somaticien et un psychiatre (ou un psychologue) référents.

Ainsi, si à première vue la répartition des rôles paraît simple avec d'un côté la gestion du somatique par les médecins généralistes et de l'autre côté la psychothérapie dont sont en charge les psychiatres, on comprend que la réalité des soins au patient anorexique est beaucoup plus subtile du fait de l'intrication d'éléments sémiologiques psychiatriques et somatiques et du caractère particulier de chaque situation.

Ces situations cliniques peuvent comporter certains freins auxquels doivent faire face médecins généralistes et psychiatres.

c – La continuité des soins menacée par une coordination peu opérante?

Les difficultés concernent à la fois le parcours de soins coordonné dans l'anorexie mentale et l'articulation des différents intervenants, la formation des médecins à cette pathologie et la maladie elle-même.

La plupart des médecins interrogés ont d'abord nié rencontrer des difficultés avant de les développer secondairement. Ceci peut témoigner d'un certain déni de voir les difficultés, ce qui

est assez intéressant dans une pathologie comme l'anorexie mentale où le déni du patient et du milieu familial peuvent être au premier plan. La prise de conscience de ces problèmes semble cependant importante pour pouvoir proposer des solutions.

Concernant le parcours de soins, certaines difficultés concernent les relations entre médecins généralistes et psychiatres en globalité tandis que d'autres sont propres à la problématique alimentaire. De manière générale, la quasi-totalité des médecins de cette étude regrette le manque de communication et d'échanges entre généralistes et psychiatres. Ces difficultés de communication sont relevées par les médecins des deux spécialités. Certains médecins généralistes temporisent cependant. Pour l'un d'eux, c'est au généraliste de créer le lien avec l'hôpital en se présentant, en se rendant éventuellement sur place pour voir certains patients hospitalisés ; dans ces conditions les échanges se passent de manière satisfaisante. Pour un psychiatre, le problème à la base de ce manque de coordination est le manque de temps aussi bien pour les psychiatres que pour les généralistes. Un autre psychiatre évoque comme difficulté le fait que certains médecins généralistes soient « *surbookés* ». Les moyens de communication sont en cause pour l'un des enquêtés ; c'est la façon de communiquer qui n'est pas optimale et questionne : faut-il échanger certaines informations de manière systématique ou fonction des situations particulières de chaque patient ? Ce résultat est concordant avec l'enquête Sofres de 1998 sur les représentations du public, des généralistes et des psychiatres concernant la psychiatrie mettant en évidence que parmi la collaboration entre médecins généralistes et l'ensemble des spécialités, la psychiatrie est en fin de liste (43). Une autre difficulté relevée tient aux délais d'obtention des consultations spécialisées. Pour plusieurs enquêtés, ces délais sont jugés trop longs. Cependant, médecins généralistes et psychiatres utilisent les outils et ressources disponibles pour collaborer de façon efficace dans la prise en charge de leurs patients anorexiques et ainsi créer une coordination unique. Ils trouvent des moyens, des « astuces » pour s'adapter à la prise en charge coordonnée de cette pathologie et palier aux difficultés

institutionnelles. Certains médecins généralistes échangent par exemple par textos avec un psychiatre de leur réseau de contacts pour obtenir rapidement un avis spécialisé voire un adressage de patients. De même, on peut noter que les psychiatres interrogés affirment poser régulièrement la question du suivi chez le médecin généraliste à leurs patientes, encourager celui-ci ainsi que le fait d'informer leur médecin traitant de la problématique alimentaire. Ceci favorise la coordinations des soins en permettant de concert de rendre le patient acteur de sa prise en charge.

Concernant les relations entre généralistes et psychiatres dans le cas particulier de la prise en charge des TCA, la visibilité du réseau apparaît comme le principal frein. En effet, le réseau de soins spécialisés des TCA en Alsace, qui bénéficie d'une visibilité via ARTTA, l'annuaire de la FFAB mais aussi les sites internet des hôpitaux de la région, n'est pourtant pas connu par tous les médecins généralistes de cette étude. Certains trouvent que l'organisation des soins aux anorexiques en Alsace n'est pas bien codifiée. Un psychiatre reconnaît ne pas évoquer le sujet d'ARTTA avec les médecins généralistes avec qui il est en contact, mais s'interroge sur l'intérêt de le faire. On peut distinguer deux niveaux de coordination dans la prise en charge des TCA, avec d'une part la coordination des soins entre médecin généraliste et psychiatre traitant dans le cadre de la prise en charge de proximité de l'anorexie mentale, pour les patientes atteintes de formes modérées de la maladie et d'autre part, la coordination requise pour les patientes nécessitant une prise en charge spécialisée faisant appel à un psychiatre référent, concernant les cas les plus graves. Or dans ce second cas, la visibilité du réseau est fondamentale pour pouvoir orienter le patient à un psychiatre intervenant dans un centre spécialisé. Cependant ARTTA, la FFAB et les principaux hôpitaux alsaciens bénéficient de sites internet bien construits et riches en informations... La visibilité est-elle le seul problème ?

Ces résultats sont largement retrouvés dans la littérature : dans une étude française réalisée auprès de 2114 médecins généralistes en 2014 (14), les principaux freins perçus à la prise en

charge psychiatrique sont le manque de collaboration, la difficulté d'accès aux spécialistes en santé mentale avec des délais trop longs et la méconnaissance des réseaux spécialisés par les médecins généralistes. Pourtant, la grande majorité de ces médecins pensent que la collaboration avec les psychiatres permet d'améliorer la prise en charge et les compétences des généralistes, mais 2/3 se déclarent insatisfaits de la coopération (14). D'autres études soulignent également les relations insatisfaisantes entre généralistes et psychiatres : Craven et al. en 1997, Tanielian et al. en 2000 et Chew-Graham et al. en 2008 (44). La particularité en France est que le taux d'adressage du généraliste au psychiatre est un des plus bas d'Europe avec un taux à 22% selon l'étude ESEMED menée parmi 6 pays européens (44). La HAS a d'ailleurs émis des recommandations en 2018 sur la coordination entre médecins généralistes et les autres acteurs (notamment psychiatres) intervenant dans la prise en charge des sujets adultes souffrant de troubles mentaux (20). Elle constate également une coordination peu opérante avec des échanges de courriers non systématiques, un manque d'accessibilité des psychiatres mais aussi des difficultés d'accès aux médecins généralistes par ces derniers. Les causes retrouvées sont notamment une réticence au partage d'informations par les patients et les professionnels et la difficulté à construire une relation de confiance avec d'autres professionnels. Nous constatons cependant que ceci n'est pas spécifique de la prise en charge des patients anorexiques mais concerne l'ensemble des patients suivis pour des troubles mentaux. Dans la thèse de N. Raimbault (45) menée en Loire Atlantique, les médecins généralistes interrogés déclarent rencontrer des difficultés à entrer en communication avec les psychiatres, soulignent des délais de rendez-vous spécialisés et de retour de courriers trop longs. Ils regrettent le manque d'interlocuteurs référents. De même, les participants de l'étude de M. Doucet dans le bassin lillois méconnaissent les réseaux de prise en charge spécialisés existants ou les jugent difficiles d'accès (35).

D'autres freins, moins décrits dans la littérature et liés à la démographie médicale, sont relevés dans notre étude. Un médecin généraliste rencontre des difficultés à adresser au spécialiste psychiatre en raison de la précarité de sa patientèle ; en effet il faut tenir compte du fait que ces patients nécessitent un accès aux soins en secteur conventionné 1, parfois avec un interprète quand il existe une barrière de la langue. Ces freins limitent l'orientation vers une consultation spécialisée. De même, l'accès inégal aux soins en fonction de la démographie médicale pose problème : en psychiatrie hospitalière, le territoire est divisé géographiquement en secteurs mais concernant la médecine de ville et la pédiatrie, les structures existantes ne couvrent pas le territoire de façon 'proportionnelle', ce qui limite l'accès aux soins pour les patientes résidant dans des zones rurales peu pourvues en cabinets de médecine générale ou en hôpitaux. Un psychiatre relève que les patients anorexiques étudiants à Strasbourg mais originaires d'autres villes/villages n'ont souvent plus de médecin généraliste ce qui entrave la prise en charge pour le suivi somatique du patient en particulier. Enfin le manque de structures hospitalières pouvant accueillir des patientes anorexiques est également un frein sur le territoire. Ce résultat est également apparu dans la thèse de M. Leclere (36), dans laquelle les médecins évoquent le manque de structures spécialisées notamment pour les adolescents. Toutefois, soulignons que ces difficultés d'ordre démographique ne concernent pas spécifiquement la problématique des troubles alimentaires.

Concernant la visibilité du réseau de soins spécialisés des TCA que nous évoquions plus haut, un psychiatre pense que ce n'est pas ceci qui est en cause mais plutôt le fait que l'anorexie mentale est une pathologie un peu taboue qui « *effraie* » les médecins généralistes qui ne veulent pas « *se situer dedans* » ; il y aurait ainsi un déni initial du médecin généraliste qui ne veut pas voir la maladie. Ceci est aussi décrit par les participants de la thèse de C. Ariste-Zéline (30) qui évoquent une réticence du médecin généraliste à poser ce diagnostic. Ce sentiment d'incompétence du généraliste dans la pathologie, souvent injustifié et qualifié de

« *névrotique* » par l'un des psychiatres interrogés, est sûrement un élément clé à prendre en compte pour pouvoir apporter des améliorations à la prise en charge ambulatoire de l'anorexie mentale. Ainsi quand bien même la visibilité du réseau serait encore développée, si un travail de fond n'est pas mené en amont pour familiariser les généralistes à l'abord et à la prise en charge des TCA, elle n'aura que peu d'impact. Par ailleurs, selon un psychiatre interrogé, d'autres éléments peuvent interférer avec l'orientation précoce du patient anorexique au psychiatre, comme le manque d'objectivité de certains médecins traitants suivant leurs patients au long cours. Les médecins enquêtés dans l'étude de N. Raimbault (45) soulignent aussi l'affect du médecin généraliste pour le patient et sa famille comme une potentielle difficulté. Cependant, on peut aussi penser qu'un médecin généraliste connaissant bien son patient ainsi que son environnement est plus à même de dépister précocement un changement de comportement ou une perte de poids inquiétante chez ce dernier. Enfin, les croyances de certains médecins sur la prise en charge psychiatrique intra hospitalière peuvent éventuellement être un obstacle à l'adressage de patients aux spécialistes psychiatres et donc compliquer les relations avec ces derniers (G1 parlait d'une prise en charge « *moins violente* » en ambulatoire).

Il pourrait être pertinent de promouvoir plus précocément ces relations durant la formation universitaire par exemple. En effet, comme nous allons le souligner dans la suite de notre exposé, la formation universitaire initiale est jugée insatisfaisante par les médecins.

d- Une formation initiale insuffisante à l'origine d'une prise en charge hésitante.

Il existe également des difficultés dans le domaine de la formation des généralistes à cette pathologie. Elle est relevée par la quasi-totalité des médecins, généralistes et psychiatres. La formation universitaire initiale est jugée insuffisante. Un médecin généraliste dit s'être formé à cette pathologie en dehors des enseignements de la faculté. Cette carence de formation peut aller jusqu'à la crainte de passer à côté du diagnostic pour un médecin généraliste interrogé. Un

autre reconnaît manquer de connaissances, mais affiche une volonté de se former notamment en ayant pris connaissance des recommandations de la HAS sur le sujet. Un généraliste évoque par exemple le fait qu'une patiente anorexique « *n'a plus envie de manger quoi que ce soit...* ». On peut penser ici qu'il existe une confusion entre anorexie- symptôme et anorexie-maladie, car il s'agit bien d'une restriction volontaire des apports alimentaires et non pas d'une perte d'appétit dans l'anorexie mentale, du moins au stade initial. Cependant chez la patiente décrite par ce médecin, une comorbidité dépressive apparaît dans la description ce qui complique la compréhension de l'anorexie dans cette situation : a-t-elle initialement perdu du poids à l'occasion d'un épisode dépressif avec évolution secondaire vers une anorexie mentale ? Ou l'épisode d'anorexie mentale s'est-il accompagné d'un épisode dépressif favorisé par la perte de poids majeure ? De même, plusieurs médecins généralistes citent la dépression comme élément diagnostique alors qu'il s'agit plutôt d'une comorbidité. Certains médecins généralistes ont évoqué le déni et l'amaigrissement pourtant caractéristiques de cette maladie seulement à la fin de l'entretien. Il existe parfois une mauvaise connaissance des critères évolutifs favorables et défavorables car pour l'un des médecins généralistes interrogés, une prise de poids d' 1kg en un an semble satisfaisant ou du moins suffisant. Or, en ambulatoire l'objectif de reprise pondérale est plutôt de 0.5 à 1 kg par mois ! Ces confusions peuvent s'expliquer en partie par des carences de la formation universitaire initiale. En effet, la formation de 2^e cycle des études médicales comporte un module de psychiatrie dont un cours de 2 heures seulement est consacré à l'item « Troubles du comportement alimentaire ». Lors du 3^e cycle, la formation des internes de médecine générale dans ce domaine est dépendante essentiellement du stage de pédiatrie qu'ils ont effectué et des cours qui leur ont été proposés selon les terrains de stage (donc possiblement aucun cours en lien avec les TCA). Certains psychiatres soulignent ainsi une différence de perception de la gravité clinique entre généralistes et psychiatres. Ceci peut engendrer un retard de prise en charge, hospitalière par exemple.

Comme nous l'évoquions plus haut, pour un psychiatre interrogé, le problème vient plutôt d'un complexe des généralistes de se sentir incompetents dans cette pathologie plutôt que d'un véritable manque de connaissances. Ceci est confirmé par les propos d'un généraliste qui ne se sent pas à l'aise pour instaurer un traitement antidépresseur/ anxiolytique chez une patiente anorexique et qui attribue ce rôle spécifiquement au psychiatre. Or de nombreux généralistes instaurent un antidépresseur en cas d'épisode dépressif sévère donc pourquoi ne seraient-ils pas compétents pour le faire dans la pathologie anorectique, quand cela semble justifié ? Un autre évoque le fait qu'il existe toujours « *l'étiquette du généraliste incapable de poser le diagnostic* » que renvoient certaines circonstances externes et qui contribuent probablement à ce sentiment d'incompétence des généralistes. Néanmoins, les médecins généralistes seraient probablement plus à l'aise dans ce type de prise en charge si la formation universitaire sur le sujet était plus conséquente.

Enfin pour un psychiatre, la difficulté vient parfois du manque d'intérêt de certains généralistes pour cette pathologie qui est alors reléguée au spécialiste psychiatre.

Ces résultats sont également retrouvés dans les différentes thèses sur le sujet. Les participants de l'étude de N. Raimbault (45) en Loire Atlantique relèvent un manque de formation également. Dans l'étude de M. Doucet (35), 9 médecins généralistes sur 10 évoquent une formation universitaire insuffisante. Enfin dans l'étude de M. Leclere (36), les médecins généralistes regrettent des connaissances surtout théoriques, un manque de compétences psychiatriques et reconnaissent avoir des difficultés pour repérer les troubles du comportement alimentaires.

Or cette pathologie présente quelques spécificités qui rendent sa prise en charge complexe.

e- Une pathologie niée par les patientes, frustrante pour l'entourage et le corps médical.

Les médecins interrogés rencontrent également des difficultés en lien avec les spécificités psychopathologiques/ cliniques de l'anorexie mentale. La première de ces difficultés est le déni. Ce déni se traduit notamment par le fait que les patientes anorexiques consultent rarement leur médecin généraliste pour ce motif. Il est un frein initial à la prise en charge de l'anorexie. Un psychiatre estime qu'il s'agit surtout d'un déni de la gravité des troubles plutôt que d'un déni de la pathologie en soit, bien que celui-ci soit possible. Un médecin généraliste aimerait que les patientes anorexiques consultent uniquement pour leur anorexie (souvent motifs de consultation non liés à l'anorexie ou somatisation d'angoisses) mais au vu du déni de la plupart de ces patientes, on peut comprendre qu'elles consultent pour d'autres motifs qui sont parfois une forme d'expression de la maladie. Ce déni peut concerner également les familles. Ceci peut engendrer des refus de certaines modalités de prise en charge par les familles de patientes mineures, comme l'hospitalisation. Ainsi certains psychiatres évoquent la souffrance familiale dont il faut pouvoir tenir compte, l'angoisse des familles qui peut être envahissante pour le médecin. Il existe parfois des conflits familiaux qui compliquent voire pérennisent les troubles anorectiques des patientes.

Une autre difficulté en médecine générale relève du caractère chronophage des consultations pour anorexie mentale. En effet les consultations de médecine de ville durant habituellement 15 minutes peuvent se révéler peu adaptées pour traiter ce type de problématique. Un psychiatre évoque cette difficulté notamment pour les séances de thérapie familiale. Les médecins soulignent également la longueur de ce type de prise en charge qui se compte souvent en années, fréquemment émaillées de rechutes. L'évolution est longue, « *impalpable* ». Un psychiatre évoque la difficulté d'informer un patient anorexique chez qui on vient de découvrir la maladie, « *qu'il en a peut-être pour plusieurs années de soins* ».

Par ailleurs, la lourdeur de ces prises en charge pour les médecins de patients anorexiques est soulignée. Un généraliste estime que c'est une pathologie « *frustrante* ». Pour un psychiatre, ces patientes « *sont fortement génératrices de difficultés, de soucis, d'angoisses, de clash (...)* ». Ceci explique l'intérêt de ne pas s'enfermer dans une relation duelle avec la patiente mais au contraire de développer une prise en charge multidisciplinaire pour pouvoir échanger avec les autres professionnels et proposer des solutions.

Une difficulté citée par les généralistes mais qui n'est pas développée par les psychiatres est la difficulté de poser le diagnostic à la phase initiale. En effet, pour certains médecins généralistes, il peut exister un doute diagnostique initialement quand la perte de poids est encore limitée ou lorsqu'elle surgit à l'adolescence : « *quand ce sont des ados et que tu sais pas trop si c'est juste un trouble de l'image temporaire* ». Cette difficulté peut être en lien avec la faible proportion de patientes anorexiques vues en consultation de médecine générale mais aussi avec le fait que le médecin généraliste les voit généralement à un stade plus précoce. Par ailleurs, les patientes consultant leur médecin généraliste sont susceptibles d'évoquer un symptôme « *périphérique* » en lien avec l'anorexie mentale ce qui nécessite de pouvoir rattacher le symptôme à l'origine psychologique du trouble.

Concernant les patients mineurs, il existe des contraintes logistiques pour les familles qui peuvent complexifier la prise en charge des patients. En effet, dans les thérapies d'enfants et d'adolescents, une thérapie familiale est fréquemment proposée ce qui mobilise également les parents, la fratrie et rajoute des consultations supplémentaires. La multiplication de ces consultations peut alors épuiser les aidants principaux que sont les parents ; il faut apporter une attention particulière à ce que la prise en charge proposée soit acceptable pour les parents dans un juste équilibre avec ce qui est nécessaire à la thérapie du patient.

Enfin sur un plan sociétal, un psychiatre évoque la déformation de la réalité de la pathologie par certains médias. En effet, certains forums se développent et diffusent l'idée que l'anorexie mentale n'est pas une pathologie mais un mode de vie, une culture.

Les différentes thèses sur le sujet retrouvent globalement les mêmes difficultés concernant la pathologie en elle-même. Dans la thèse de N. Raimbault (45), les médecins interrogés évoquent le déni du patient et le déni familial, les conflits familiaux mais aussi la longueur d'évolution de la maladie et le temps de consultation trop court en médecine générale peu adapté à cette pathologie. Certains évoquent la manipulation des médecins par les patientes ce qui fait écho à ce qu'évoquait P1 quand il parlait de patientes « *non manipulatrices* ». Dans l'étude de J. Peduzzi-Rat (31) menée en Ile-Et-Vilaine, les participants citent le déni en premier lieu puis le manque de temps en consultation et la déception en l'absence d'amélioration, ce qui rejoint le caractère « *frustrant* » de la pathologie que citait G7. Enfin dans l'étude de M. Leclere à Aix (36), les médecins interrogés évoquent en plus le doute diagnostique, la lourdeur de cette pathologie avec nécessité d'une « gestion particulière », les refus de soins notamment d'hospitalisation, les pressions familiales ... D'autres éléments apparaissent qui ne sont pas cités dans notre étude tels que le retard diagnostique fréquent, les comorbidités psychiatriques compliquant la prise en charge, les échecs répétés d'hospitalisation et le sentiment d'impuissance du médecin. Dans les recommandations du NICE de 2004 (37), il est expliqué qu'il est important en cas d'hospitalisation d'enfant ou d'adolescent, de veiller à une distance de trajet raisonnable entre l'hôpital et le domicile pour permettre l'implication des parents et de la famille proche dans le traitement de l'enfant et pour maintenir les liens sociaux. Ceci rejoint l'idée de tenir compte des contraintes logistiques dans le traitement des enfants et adolescents anorexiques et donc de veiller à la « *faisabilité des choses* » que développait P1.

D'un point de vue linguistique, certains entretiens comportent un champ lexical de la difficulté/ complexité très fourni notamment les entretiens de P1 et de G6. Ainsi on peut noter

8 occurrences du terme « *problème* » dans l'entretien de P1 et un certain nombre d'occurrences des termes « *compliqué* », « *complexifier* », ce qui est intéressant à noter puisqu'il explique que selon lui la prise en charge de l'anorexie mentale n'est pas plus compliquée que celle d'une autre pathologie médicale. De même, l'entretien de G6 comporte 16 occurrences du terme « *compliqué* ». Ce champ lexical de la complexité prédomine dans la 2ème partie de l'entretien, ce qui contraste avec le début de l'entretien où elle évoque le diagnostic qui est évident.

Nous allons désormais détailler les pistes proposées par les médecins de cette étude pour tenter de palier à ces difficultés.

f -Une coordination investie et une formation étoffée comme leviers d'amélioration de la prise en charge.

Trois grandes propositions d'amélioration sont formulées par les médecins participants : développer la formation sur les troubles du comportement alimentaire, améliorer la communication entre généralistes et psychiatres et mieux codifier le parcours de soins spécialisés en matière de TCA.

Concernant la formation, un psychiatre propose de développer des formations sous la forme de petits groupes de travail ou de présentations en petit comité autour d'un spécialiste invité. Un généraliste aimerait être formé à faire des entretiens psychothérapeutiques auprès de patients souffrant de TCA. Pour un psychiatre, ces formations seraient principalement destinées aux médecins généralistes et développeraient les bases psychopathologiques de l'anorexie mentale. Il serait certes intéressant de reprendre quelques notions de psychopathologie fondamentale utiles à la compréhension de la maladie mais un abord plus pragmatique des troubles anorectiques et de leur prise en charge semble important également pour la pratique des médecins généralistes. Des résultats similaires sont retrouvés dans les autres thèses. Les participants de l'étude de J. Peduzzi-Rat (31) font des propositions concrètes pour améliorer la

formation à cette pathologie : développer des FMC sur le sujet, constituer et diffuser un référentiel pratique sur l'anorexie mentale, améliorer la formation théorique initiale et développer un DU sur le sujet. Par ailleurs, il existe des organismes de formation continue au niveau local comme le Centre Apertura de Formation Européenne et de Recherche (CAFER), crée par des médecins généralistes et des psychiatres en 2016, qui propose des formations sur des pathologies psychiatriques ou des troubles psychologiques spécifiques sur des formats courts d'une demi-journée en moyenne (46). Cet organisme a pour objectif parallèlement de développer les liens entre médecine générale et psychiatrie. Il existe d'autres organismes de formation de ce type tels que fmc-ActioN, FMC 68 ou Naître en Alsace par exemple. Ce sont tous des organismes agréés par l'agence nationale du DPC (ANDPC), permettant aux médecins généralistes de satisfaire à la validation de leur formation continue. Néanmoins, une des difficultés est que ces offres de formation ne sont pas toujours connues des médecins généralistes.

Ensuite, la plupart des médecins interrogés jugent nécessaire de développer la communication et les échanges entre les deux spécialités. Les médecins généralistes aimeraient en particulier avoir plus de retours de l'hôpital via des courriers. Un psychiatre pense que la réflexion doit porter également sur la façon de communiquer : échanges systématiques de certaines informations avant la consultation ou adaptation au cas par cas ? Concernant l'accès aux spécialistes psychiatres, un médecin généraliste aimerait que certaines thérapies de type thérapie familiale soient plus faciles d'accès avec une meilleure communication sur les thérapeutes systémiques existants sur le territoire. On pourrait imaginer la création d'une ligne téléphonique dédiée pour les médecins généralistes, assurée par un psychiatre senior, en cas de questionnements sur la prise en charge et l'orientation d'un patient. Des réunions de type RCP pourraient être mises en place et permettraient indirectement aux participants de créer des liens. Les recommandations HAS de 2018 sur la coordination entre le médecin généraliste et les

différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux ont émis des suggestions à destination des professionnels pour améliorer la prise en charge comme « *améliorer la formation continue dans les domaines des soins de premier recours, de la psychiatrie et santé mentale, de la coordination, de la reconnaissance des rôles et compétences de chacun* », « *valoriser le principe de la coordination au niveau éthique et déontologique* » mais aussi « *impliquer le patient dans la gestion de sa maladie, en faire l'acteur de sa prise en charge* » (20). Les propositions de notre étude sont donc en accord avec les recommandations de la HAS. De même, M-C. Haydy-Baylé et N. Younès (44) évoquent la multiplication des dispositifs organisationnels pour tenter d'améliorer la coopération médecin généraliste/ psychiatre mais ces dispositifs sont plutôt à l'étude à l'étranger.

Certains médecins généralistes aimeraient que le parcours de soins soit mieux codifié et que les interlocuteurs référents soient plus clairement définis. Or nous avons vu précédemment que le réseau de soins local bénéficiait d'une visibilité via ARTTA et son site internet comportant les coordonnées de professionnels référents dans la pathologie, l'annuaire de la FFAB qui permet de retrouver les coordonnées des services spécialisés en Alsace, et les pages internet des hôpitaux. La visibilité semble donc bien développée. Il serait par contre pertinent que les médecins psychiatres communiquent davantage sur l'existence d'ARTTA avec les médecins généralistes lors de réunions ou simplement à l'occasion d'un échange concernant une prise en charge conjointe. Comme nous l'avons vu précédemment, une autre explication potentielle à ce manque de visibilité du réseau de soins local peut être le manque d'aisance de certains médecins généralistes dans la pathologie, ce qui pourrait retarder l'adressage au psychiatre. Des formations pourraient là aussi possiblement contribuer à familiariser les généralistes à cette pathologie, ce qui pourrait éviter des retards diagnostic et fluidifierait le parcours de soin. Les médecins enquêtés dans l'étude de M. Leclere (36) suggèrent des dépliants à destination des médecins généralistes pour tenter d'améliorer la visibilité de l'offre

de soins spécialisés dans les TCA. Cette dernière proposition pourrait être intéressante sur notre territoire au vu des résultats de notre étude. Par ailleurs, au vu de la fréquence des troubles du comportement alimentaire, il est important d'entreprendre d'abord un suivi de première intention ou de proximité, c'est-à-dire avec un psychiatre qui n'est pas forcément référent dans la pathologie, et en cas de nécessité d'orienter le patient vers un centre spécialisé où il sera pris en charge par un psychiatre référent. En effet, la sollicitation excessive des référents a aussi des écueils tels que la longueur des délais pour une première consultation. Il faudrait donc envisager de conforter davantage les médecins généralistes et les psychiatres dans leur capacité à prendre en charge en première intention ces motifs de consultation ; pour ce faire, la formation semble également être un levier majeur.

Quelques autres propositions sont formulées. Un médecin généraliste propose de promouvoir l'accompagnement des patientes anorexiques mais ne fait pas de proposition concrète sur les modalités de cet accompagnement. Enfin, un autre médecin généraliste suggère de développer le nombre de structures, en particulier hospitalières, pouvant accueillir ces patientes car elles font défaut sur le territoire. Au niveau national, l'annonce de moyens institutionnels supplémentaires a été faite en 2020. Ceux-ci permettraient d'apporter une aide financière pour renforcer les prises en charge actuelles. L'amélioration de la sensibilisation des professionnels de santé, de leur formation ainsi que des prises en charge actuelles implique en effet des moyens dédiés à la mesure des enjeux.

Conclusion

En ambulatoire, la prise en charge de l'anorexie mentale s'organise de manière bifocale entre le médecin généraliste et le psychiatre. Une attention particulière doit être apportée à la coordination des soins afin de prendre en compte les différentes dimensions des troubles (somatiques, psychiques, sociaux), mais aussi afin d'éviter les ruptures thérapeutiques. L'objectif de cette étude qualitative était de préciser l'organisation de la prise en charge conjointe de l'anorexie mentale entre le médecin généraliste et le psychiatre en ambulatoire sur le territoire bas-rhinois. Médecins généralistes et psychiatres utilisent à la fois des éléments sémiologiques somatiques (amaigrissement, restriction des apports alimentaires), psychiatriques (déli, dysmorphophobie etc.) et comportementaux (vomissements provoqués, prise de diurétiques ou laxatifs, hyperactivité physique) pour porter le diagnostic d'anorexie mentale. Ils n'utilisent pas les classifications existantes dans leur pratique courante. Ainsi, les médecins se fient davantage aux données de l'anamnèse et de l'examen, à leur expérience clinique et à leur connaissance de l'environnement habituel du patient pour les médecins généralistes afin de porter le diagnostic d'anorexie mentale. Le diagnostic est établi plus aisément par les psychiatres alors qu'il peut être plus difficile à poser pour les médecins généralistes, mais plusieurs éléments peuvent expliquer ce constat : la fréquence plus faible de patientes anorexiques vues en cabinet de médecine générale, le fait que les patientes sont vues éventuellement à un stade plus précoce, lorsque la symptomatologie n'est pas encore très parlante. Les soins proposés aux patients comportent principalement la psychothérapie, le suivi clinique et biologique, la prévention des complications de la dénutrition, la réhabilitation nutritionnelle et l'orientation vers le spécialiste. Le type de psychothérapie employé dépend des possibilités institutionnelles locales, de la volonté des patients et de leur famille, bien que dans les thérapies d'adolescents, la thérapie familiale en complément du suivi individuel est

privilegiée en accord avec les recommandations de la HAS. Néanmoins, plusieurs psychiatres insistent sur le fait que l'alliance thérapeutique avec le patient prime sur la technique psychothérapeutique utilisée. D'autres modalités thérapeutiques complémentaires sont parfois employées telles que des ateliers thérapeutiques et des soins psychocorporels en milieu hospitalier. A première vue, le médecin généraliste est le garant de l'état somatique et des fonctions vitales des patientes tandis que le psychiatre est en charge de la psychothérapie. Cependant, la séparation claire des rôles entre généraliste et psychiatre dans la pathologie est en réalité complexe du fait de la sémiologie même de l'anorexie mentale où symptômes physiques et psychiques se mêlent. De plus, le rôle du médecin dépend de chaque situation particulière. Ainsi la prise en charge bifocale est une posture qui doit pouvoir s'adapter selon les situations cliniques rencontrées.

Les points forts de cette prise en charge conjointe de la pathologie sont la possibilité pour le médecin généraliste d'accéder à un avis spécialisé voire à un adressage de patients et pour le psychiatre de faire un relais vers les soins somatiques. Concernant les difficultés dans le parcours de soins coordonnés, certaines concernent les relations médecin généraliste/psychiatre en général, d'autres sont propres à la problématique des TCA. De manière générale, médecins généralistes et psychiatres déplorent réciproquement le manque d'échanges et de communication. Les généralistes relèvent également un défaut d'accessibilité des psychiatres avec des délais d'obtention de consultations spécialisées trop longs et une difficulté à entrer en contact. Cette communication insuffisante entre les deux spécialités et le défaut d'accessibilité des psychiatres peuvent s'expliquer par le manque de temps, mais aussi par une certaine réticence au partage d'informations par les patients et les professionnels et par une difficulté à construire une relation de confiance avec d'autres professionnels. Les modalités de communication sont aussi soumises à questionnement, notamment concernant la systématisation ou non des échanges. Dans le cas particulier de l'anorexie mentale, on peut

distinguer deux niveaux de coordination avec d'une part la coordination des soins entre médecin généraliste et psychiatre traitant dans le cadre d'une prise en charge de première intention de l'anorexie mentale, qui concerne les patients ayant une forme peu sévère de la maladie. D'autre part, on distingue la coordination des soins entre ces mêmes acteurs lors de recours à des soins spécialisés, dans les cas de situations plus complexes ou préoccupantes. Ainsi, en cas de nécessité d'orientation vers un psychiatre référent, la visibilité du réseau spécialisé des TCA est fondamentale. Or, la visibilité de ce réseau au niveau local est jugée insuffisante et est souvent dénoncée par les médecins généralistes, malgré le fait qu'il est relativement bien codifié, notamment par le biais d'ARTTA qui possède un site internet fourni comportant l'annuaire de professionnels référents dans la région et par le biais de l'annuaire national de la FFAB dans lequel figurent les coordonnées des services spécialisés. La difficulté ne vient pas exclusivement de la visibilité du réseau, mais parfois de la réticence des médecins généralistes à poser le diagnostic, première étape avant d'orienter le patient vers un professionnel spécialisé, et qui peut être en lien avec un sentiment d'incompétence injustifié dans la prise en charge des TCA. Il peut donc y avoir une forme de malaise initial du médecin face à cette pathologie un peu taboue, qui le conduit à éviter sa prise en charge. Un autre frein à une bonne coordination des soins est représenté par l'accès aux soins inégal en médecine de ville et en pédiatrie en fonction des territoires géographiques, notamment dans les zones rurales, et par le manque de structures hospitalières. Enfin, les médecins généralistes soulignent une formation insuffisante à la problématique des TCA. Certains éléments additionnels peuvent entraver la prise en charge par le médecin généraliste comme la difficulté à rester totalement objectif face à certains patients suivis au long cours et le manque d'intérêt de certains pour la problématique des TCA.

Ainsi, au terme de ce travail, l'amélioration de la communication entre psychiatre et somaticien référents et le développement de la formation à la pathologie anorectique apparaissent primordiales pour permettre une meilleure prise en charge de l'anorexie mentale,

dont les points clés sont le repérage précoce des troubles et la continuité des soins à chaque étape de la prise en charge. Différentes solutions peuvent être envisagées dans cette optique. Il serait intéressant de proposer des réunions entre les deux spécialités sous forme de réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP) ou de groupes d'analyse de cas. Ceci permettrait au-delà de la discussion autour de situations cliniques, de développer des liens entre les différents acteurs et ainsi de fluidifier le parcours de soin. Ces RCP pourraient être proposées également à d'autres spécialistes intervenant dans la prise en charge de l'anorexie mentale tels que les nutritionnistes, dont l'apport serait enrichissant. Cependant, ce modèle de RCP serait peut-être plus pertinent dans le cadre de prises en charge ambulatoires que durant les prises en charge hospitalières dans des services spécialisés, du fait de la position du médecin généraliste qui serait transitoirement relégué au second plan, les soins étant alors relayés par les spécialistes hospitaliers. L'utilisation de courriers-type, créés de façon conjointe entre psychiatre et médecin généraliste, permettrait de synthétiser les informations utiles au suivi. Puis, une ligne téléphonique dédiée aux médecins généralistes, assurée par un psychiatre senior, permettrait de favoriser l'accès au spécialiste psychiatre et de répondre aux interrogations des médecins généralistes en termes de prise en charge ou d'orientation. On pourrait aussi envisager de communiquer davantage sur l'existence d'ARTTA auprès des médecins généralistes. De plus, l'instauration d'une plage horaire dans l'agenda des spécialistes, notamment hospitaliers, pour le retour d'informations aux médecins généralistes pourrait se discuter. Cependant, des moyens institutionnels supplémentaires, et notamment un support financier, sont nécessaires pour que de telles propositions puissent voir le jour. Enfin, en matière de formation, l'organisation de séances de Développement Professionnel Continu (DPC) voire la création de formations courtes, plus adaptées aux attentes des médecins généralistes et à leurs obligations professionnelles, portant sur le sujet, sont des pistes potentielles. Les compétences des

généralistes dans le domaine des TCA peuvent également se trouver améliorées via les échanges avec les spécialistes psychiatres.

Cette étude de la prise en charge conjointe de l'anorexie mentale entre médecin généraliste et psychiatre a permis de mettre en évidence plusieurs pistes d'amélioration potentielles qu'il serait intéressant de réévaluer à l'occasion d'un prochain travail sur le sujet, mais aussi de souligner l'intérêt de la sensibilisation des professionnels de premier recours à la prise en charge des TCA, ainsi que l'enrichissement réciproque que peut apporter la communication entre les confrères des différentes disciplines. Pour conclure ce travail, nous emprunterons à Françoise Dolto cette citation illustrant notre propos: « *Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences.* »

VU

Strasbourg, le 25/6/21

Le président du jury de thèse

Professeur Gilles BERTSCHY



VU et approuvé
Strasbourg, le 04/07/21
Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et
Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILIA



Annexe 1 : Principales classifications diagnostiques

Classification de l'anorexie mentale selon le DSM V.

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

- A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas,
- B. Peur intense de prendre du poids et de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale,
- C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie), faible estime de soi (influencée excessivement par le poids ou la forme corporelle), ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

TYPE RESTRICTIF Au cours des 3 derniers mois : la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.

TYPE ACCÈS HYPERPHAGIQUES/PURGATIF Au cours des 3 derniers mois : présence de crises d'hyperphagie récurrentes et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs

Classification de l'anorexie mentale selon la CIM 10 (F50.0).

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

- A. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu).

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.

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 déni de la gravité de la maigreur.

D. Chez les femmes post-pubères, aménorrhée c.-à-d. absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes).

E. Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (arrêt de la croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.

Type restrictif (restricting type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (binge-eating/purging type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Classification de Feighner.

A. Âge d'apparition: Avant 25 ans.

B. Perte de poids de 25% à partir du poids de départ.

C. Distorsion de l'attitude par rapport à l'alimentation se manifestant par:

- Négation de l'état de maigre
- Engouement apparent pour la perte de poids et plaisir excessif pris au refus de la nourriture
- Désir d'atteindre une minceur extrême et de s'y maintenir
- Manipulation excessive des apports alimentaires (calculs de calories, diminution radicale des quantités ingérées, etc.)

D. Absence de maladie somatique ou psychiatrique pouvant expliquer la perte de poids.

E. Au moins deux des manifestations suivantes: Aménorrhée, lanugo, bradycardie, périodes d'hyperactivité, épisodes de boulimie, vomissements induits volontairement ou abus de laxatifs.

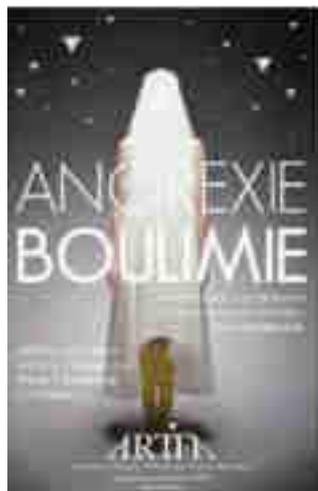
Classification de la CFTMEA.

Trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle, induite et maintenue par le patient. Il survient habituellement chez une adolescente ou une jeune femme, mais il peut également survenir chez un adolescent ou un jeune homme, tout comme chez un enfant proche de la puberté. Le trouble est associé à la peur de grossir et d'être atteint dans son aspect corporel. Les sujets s'imposent un poids faible. Il existe habituellement une dénutrition de gravité variable s'accompagnant de modifications endocriniennes et métaboliques secondaires et de perturbations des fonctions physiologiques, aménorrhée notamment.

Exclure :

- les refus d'alimentation appartenant à un délire ;
- les phobies alimentaires ;
- les restrictions alimentaires avec ou sans vomissement, isolées et ne comportant pas en particulier le déni de la maigreur, la peur de grossir et le désir de minceur.

Annexe 2 : Plaquette d'ARTTA



L'Association Réseau des Thérapies des Troubles Alimentaires (ARTTA) s'est donnée pour mission depuis 1999 de créer en Alsace un réseau d'accueil et de soins et de promouvoir toutes les formes de traitement, d'aide et d'accompagnement pour l'anorexie et la boulimie.

Les personnes atteintes par ces pathologies adoptent bien souvent une attitude qui affaiblit la boussole familiale, provoquant et refusant à la fois les mains tendues.

Vous êtes parents, frère, sœur et confident, jour après jour, à ces difficultés ; vous souffrez ou avez souffert d'anorexie ou de boulimie ; nous vous proposons des lieux de parole et d'échange, afin de vous aider à mieux comprendre ces maladies et à mieux les vivre.

Des professionnels référents

Vous trouverez sur notre site la liste des professionnels référents d'ARTTA. N'hésitez pas à les contacter pour un avis ou une orientation.



Des groupes d'échange et de soutien

Nous animons à Strasbourg et Colmar des groupes d'échange et de soutien pour les parents ainsi que pour les personnes souffrant d'anorexie ou de boulimie.

Renseignements

artta.com

06 99 37 06 75



Annexe 3 : Guide d'entretien

- 1) Pouvez-vous me raconter le déroulement de votre dernière consultation avec un(e) patient(e) anorexique.
- 2) Comment le diagnostic a-t-il été posé ? Par qui ?
- 3) Pouvez-vous détailler votre prise en charge auprès de ce(tte) patient(e) ?
- 4) Concernant la prise en charge, êtes-vous en lien avec le médecin traitant (le psychiatre) du patient ?
- 5) Avez-vous constaté des différences de prise en charge entre celle du médecin traitant (psychiatre) et la vôtre ? Des similitudes ?
- 6) Quel rôle pensez-vous que le généraliste (le psychiatre) joue auprès du patient dans cette affection ?
- 7) Rencontrez-vous des difficultés concernant la prise en charge coordonnée du patient anorexique en ambulatoire ? Des difficultés liées à la maladie elle-même ?
- 8) Auriez-vous des propositions à formuler pour tenter d'améliorer la prise en charge du patient anorexique ?

9) Pour finir je souhaiterais recueillir quelques informations à caractère démographique et professionnelle :

- Age et sexe ;
- Lieu et mode d'exercice (rural, semi-rural, urbain) ;
- Date d'installation ;
- Formations (DU, DIU, DESC, FMC etc) ;
- Nombre d'anorexiques dans votre patientèle.

Bibliographie

1. Lasègue C. De l'anorexie hystérique. *Journal français de psychiatrie*. 2009; (32):3-8.
2. Delannes S, Doyen C, Cook-Darzens S, Mouren M-C. Les stratégies d'attachement, leur transmission et le fonctionnement familial d'adolescentes anorexiques mentales. *Annales Médico Psychologiques*. 2005 Déc 07;164(2006):565-572.
3. Duclos J, Cook-Darzens S, Rincquesen D de, Doyen C, Mouren M-C. Étude pilote – un nouvel éclairage attachementiste de l'anorexie mentale : les adolescentes anorexiques ont-elles un attachement inséculaire ? *Annales Médico Psychologiques*. 2012 Oct 16;172(2014):714-720.
4. Sibeoni J, Zerrouk AK, Orri M, Lachal J, a 1 Q, Moro MR, et al. Nourriture et relations familiales chez des adolescents avec et sans anorexie mentale : une étude qualitative par Photo-elicitation. *Annales Médico Psychologiques*. 2014 Mar 26;172(2014):708-713.
5. Corcos M. *Le corps insoumis- Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. Dunod; 2011.
6. Chabrol H. Clinique, classification et diagnostic, évaluation, épidémiologie, évolution. In: Chabrol H. *L'anorexie et la boulimie de l'adolescente*. 4e éd. Presses Universitaires de France; 2004. p. 7-74.
7. Brusset B. La figure de l'anorexique dans l'adolescence. *Adolescence*. 2005;(53):575-586.
8. Gorwood P, Wohl M, Purper D. Génétique des pathologies psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. 2004 Jan;1(1):4-14.
9. Corcos M, Bochereau D, Jeammet P, Tournemire R de, Cayol V, Girardon N. *Déviations du comportement alimentaire à l'adolescence*. EMC pédopsychiatrie. 2001.
10. Inserm. [cité 22 juin 2021]. La science pour la santé, [Internet]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/anorexie-mentale>
11. Chaullet S, Riquin É, Avarello G, Malka J, Duverger P. Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent. *Journal de pédiatrie et de puériculture*. 2018 Juin;31(3):113-145.
12. Haute Autorité de Santé 2010. [cité 3 mai 2021]. Anorexie mentale : prise en charge, [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge
13. Haute Autorité de Santé 2018. [cité 20 mars 2020]. Boulimie et hyperphagie boulimique : Repérage et éléments généraux de prise en charge, [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2581436/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-reperage-et-elements-generaux-de-prise-en-charge

14. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *L'information psychiatrique*. 2014 Juin 12;90(5):341-52.
15. Bryant-Waugh RJ, Lask BD, Shafran RL, Fosson AR. Do doctors recognise eating disorders in children? *Arch Dis Child*. 1992 Jan;67(1):103-5.
16. Alvin P. *Anorexies et boulimies à l'adolescence*. 4e éd. Paris: Doin; 2013.
17. D'Ussel, LM. *Prise en charge des patients adultes souffrant d'anorexie mentale et de boulimie nerveuse dans les deux départements alsaciens du Grand Est - mise en perspective et structuration actuelle des soins*. [Thèse d'exercice]. Strasbourg: Université de Strasbourg Faculté de Médecine; 2017.
18. Mises R, Quemada N, Botbol M, Jeammet Ph. *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA)*. 4 éd. CTNERHI; 2000.
19. Jeammet, P. *Anorexie Boulimie: Mieux comprendre ces maladies et leurs traitements. Quelle place pour l'entourage ?* 2011.
20. HAS 2018. [cité 3 mai 2021]. *Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la pec des sujets adultes souffrant de troubles mentaux*, [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf
21. FFAB. [cité 20 mars 2020]. *Les TCA ?* [Internet]. Disponible sur: <https://www.ffab.fr/>
22. ARTTA. [cité 8 janv 2021]. *Référents*, [Internet]. Disponible sur: <http://artta.com/referents/>
23. *Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg*. [cité 12 juin 2021]. *Psychiatrie pour adulte - Psychiatrie 2*, [Internet]. Disponible sur: <http://www.chru-strasbourg.fr/poles/Psychiatrie-sante-mentale-et-addictologie/Psychiatrie-pour-adulte-Psychiatrie-2>
24. *Site Officiel des Hôpitaux Civils de Colmar*. [cité 16 juin 2021]. *Annuaire*, [Internet]. Disponible sur: <http://www.ch-colmar.fr/>
25. *Le Breton-Lerouillois G*. [cité 13 juin 2021]. *La démographie médicale en région Alsace, situation en 2015*, [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1ej6kog/atlas_alsace_2015.pdf
26. Muntingh A, Feltz-Cornelis C van der, Marwijk H van, Spinhoven P, Assendelft W, Waal M de, et al. Effectiveness of Collaborative Stepped Care for Anxiety Disorders in Primary Care: A Pragmatic Cluster Randomised Controlled Trial. *PPS*. 2014;83(1):37-44.
27. GHR Mulhouse Sud Alsace. [cité 5 mai 2021]. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, [Internet]. Disponible sur: http://www.ghrmsa.fr/fonctionnel/annuaire-des-services/detail-des-services-483.html?tx_stratishospital_services%5Bservice%5D=91&tx_stratishospital_services%5Baction%5D=show&tx_stratishospital_services%5Bcontroller%5D=Service&cHash=05fc9f860a0bc7866d44c37984da1418

28. Fondation Santé des Etudiants de France. Rapport d'activité 2020 du CAMUS. 2020.
29. Frappé P. Initiation à la recherche. 2eme éd. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale; 2018.
30. Ariste-Zéline C. Modalités du diagnostic de l'anorexie mentale de l'adolescent par le médecin généraliste en ambulatoire [Thèse d'exercice]. Créteil: Université Paris Est Créteil Faculté de médecine; 2013.
31. Peduzzi-Rat J. Evaluation des besoins en formation des médecins généralistes en Ile-et-Vilaine sur l'anorexie mentale à partir d'un état des lieux des pratiques des médecins généralistes: du diagnostic au suivi et de leur coordination avec les différentes structures de soins [Thèse d'exercice]. Rennes: Université Bretagne Loire Faculté de Médecine; 2016.
32. Vincent T. Soigner les anorexies graves. La jeune fille et la mort. Toulouse: Erès; 2009.
33. Herpertz-Dahlmann B, Müller B, Herpertz S, Heussen N, Hebebrand J, Remschmidt H. Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa--course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001 Jul;42(5):603-12.
34. Jeammet P. Introduction. In: Jeammet P. Soigner l'anorexie et la boulimie. 2eme éd. Paris: Presses Universitaires de France; 2007. p. 3-21.
35. Doucet M. Modalités de prise en charge de l'anorexie mentale restrictive pure: enquête rétrospective auprès de 545 médecins exerçant en cabinet de ville dans le bassin lillois [Thèse d'exercice]. Lille: Université du droit et de la santé Faculté de médecine; 2011.
36. Leclere M. Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'anorexie mentale [Thèse d'exercice]. Aix-Marseille: Université d'Aix-Marseille Faculté de médecine; 2014.
37. National Clinical Practice Guideline No. CG9. Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Leicester: British Psychological Society; 2004.
38. Yon L, Doyen C, Asch M, Cook-Darzens S, Mouren M-C. Traitement de l'anorexie mentale du sujet jeune en unité d'hospitalisation spécialisée : recommandations et modalités pratiques. *Archives de Pédiatrie*. 2009 Nov;16(11):1491-1498.
39. Yager J, Devlin M, Halmi K, Herzog D. Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2006 Jul;163(7):1-128
40. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique: historique, recherches et perspectives cliiques. *Perspectives psy*. 2010 Oct 15;49(4):317-326.
41. Lallemand, M. L'anorexie mentale et le traitement institutionnel: entre contrainte et alliance ? [Thèse d'exercice]. Strasbourg: Université de Strasbourg Faculté de Médecine; 2016.
42. Rives-Lange C. Anorexie mentale et médecine générale: réflexions concernant la place du médecin généraliste dans le parcours de soins des patientes atteintes d'anorexie mentale :

approche qualitative à partir d'entretiens réalisés auprès des patientes [Thèse d'exercice]. Paris: Université Paris Diderot - Paris 7 Faculté de Médecine; 2013.

43. Gallais J-L. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. L'information psychiatrique. 2014 Juin 12;90(5):323-9.

44. Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? L'information psychiatrique. 2014 Juin 12;90(5):359-71.

45. Raimbault N. Anorexie mentale de l'adolescente et Médecine Générale: réflexions autour du dépistage et de la prise en charge à partir d'une enquête menée auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique [Thèse d'exercice]. Nantes: Université de Nantes Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2014.

46. CAFER FORMATION. [cité 16 juin 2021]. A propos, [Internet]. Disponible sur: <http://cafer-formation.com/a-propos/>



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Nom : ROTH

Prénom : Laure

Ayant été informée qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisée que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informée qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

*J'atteste sur l'honneur avoir commis des
autres infractions au préalable que j'assume en
des de déduction écrite ou incomplète.*

Signature originale :

A Strasbourg, le 01/07/2021