

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

ANNÉE : 2025

N° : 32

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention Psychiatrie

PAR
Charlotte Laura Antoinette GARDON
Née le 10 septembre 1996 à Mulhouse

LES TROUBLES DES CONDUITES

ALIMENTAIRES DE L'HOMME

Président de thèse : Gilles BERTSCHY, Professeur
Directeur de thèse : Myriam RIEGERT, Praticien Hospitalier

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

ANNÉE : 2025

N° : 32

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention Psychiatrie

PAR
Charlotte Laura Antoinette GARDON
Née le 10 septembre 1996 à Mulhouse

LES TROUBLES DES CONDUITES

ALIMENTAIRES DE L'HOMME

Président de thèse : Gilles BERTSCHY, Professeur
Directeur de thèse : Myriam RIEGERT, Praticien Hospitalier



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition AVRIL 2024
Année universitaire 2023-2024

- **Président de l'Université**
 - **Doyen de la Faculté**
 - **Première Vice Doyenne de la Faculté**
 - **Doyens honoraires :** (1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
 - **Chargé de mission auprès du Doyen**
 - **Responsable Administratif**
- M. DENEKEN Michel
M. SIBILIA Jean
Mme CHARLOUX Anne
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LUCES Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. HENNI Samir

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 Séïamak Immunologie biologique
DOLLFUS Hélène Génétique clinique

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

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	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	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	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 Seïamak	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)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépatito-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Remy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	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	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	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	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	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute pierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie - Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLLINGER Matffhieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoît	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô 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	NRPô 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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô 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	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô 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	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô 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

NOM et Prénoms	CS ^o	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation 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	NRPô NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô 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	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Hautepierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRPô 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	NRPô 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
RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô 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	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô 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 / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

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

* : 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 RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

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

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépto-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• 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 BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• 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
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXS / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• 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
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• 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
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• 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
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHER	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		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• 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)
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédiopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• 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)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS ²⁰	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
M. DILLENGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne
Pr Ass. GUILLOU Philippe
Pr Ass. HILD Philippe
Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
Dr GIACOMINI Antoine
Dr HERZOG Florent
Dr HOLLANDER David
Dre SANSELME Anne-Elisabeth
Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1 (UF9317) - Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle de 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	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Haute pierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Haute pierre
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• 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 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCO Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - MOULIN Bruno (Néphrologie)
 - PINGET Michel (Endocrinologie)
 - ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
 - ROUL Gérard (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOCQ Jéhan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
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
BECMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSSTEIN 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	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHelly Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VEILLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Denis (Méd. interne, diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
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	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

ICANS - Institut de CANcérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

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

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

(version proposée en 2012 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins)

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

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

Remerciements :

Au Docteur Myriam Riegert, pour avoir dirigé ce travail de thèse. Merci pour votre disponibilité, votre soutien dans les moments difficiles, votre investissement constant tout au long de ce travail. Merci également pour tout ce que vous m'avez apporté durant mon internat, de me transmettre votre savoir avec autant de rigueur et surtout d'enthousiasme. Merci de m'accorder votre confiance et de m'encourager dans mes projets actuels et futurs.

Au Professeur Giles Bertschy, pour me faire l'honneur de présider ce jury et pour m'avoir fait confiance depuis les tous débuts de mon internat.

Je vous remercie pour le soutien que vous m'avez apporté tout au long de ma formation.

Au Docteur Amaury Mengin, pour m'avoir apporté votre expertise et aidé dans l'élaboration de ce travail.

Au Docteur Pierre-Olivier Boussuge, pour tous nos échanges si riches aussi bien à l'hôpital qu'à l'extérieur. Merci d'avoir pris tous ces moments pour me transmettre tes connaissances et ta vision de la psychiatrie. Merci pour ces soirées où nous avons eu l'occasion de développer notre amitié. En espérant que notre lien, amical et professionnel, continuera encore d'évoluer.

Aux patients ayant accepté de participer à cette étude, merci de m'avoir accordé votre confiance et d'avoir apporté autant de richesse à ce travail.

Aux équipes soignantes et médicales qui m'ont accompagné tout au long de mon internat.

A l'équipe de périnatalité de Brumath et au Dr Sananes pour m'avoir transmis avec passion leur métier et m'avoir épaulé dans une période pleine de doute.

A l'équipe d'Esquif, au Dr Davidson et au Dr Corduan, merci de m'avoir permis de me découvrir en tant qu'interne et d'avoir déployer tant d'énergie pour me former. Tous les jours n'ont pas été faciles mais jamais vous n'avez pas perdu votre bonne humeur et votre bienveillance.

A l'équipe de l'unité C de Cronenbourg et aux Dr Steiner, Dr Touraine et Dr Brizzi, merci pour votre accueil si chaleureux, pour m'avoir permis d'évoluer parmi votre équipe si soudée. Au-delà des nombreuses compétences professionnelles que vous m'avez transmises, je retiens vos grandes qualités humaines ayant rendu ce stage si enrichissant. Et puis quand même, merci pour ces soirées mémorables.

A l'équipe du 20.1 de Mulhouse, l'équipe de liaison de Mulhouse et au Dr Ben Mustapha pour ce semestre incroyable, pour m'avoir permis d'apprendre dans un environnement aussi privilégié. Nous aurons tellement ri pendant ces six mois. Grâce à toi Seif, je n'ai plus peur de prescrire. Merci à Philippe pour ces après-midis tout aussi riches en clinique qu'en discussions. Merci à Moufida de m'avoir transmis ses compétences soignantes sans pareille et d'être devenue une amie si chère.

A l'équipe des urgences de Colmar et au Dr Popovici, merci de m'avoir désensibilisé à la gestion de l'urgence dans une ambiance agréable et légère. Merci pour ces moments d'échanges privilégiés avec chacun d'entre vous.

A l'équipe des urgences du CHU, l'équipe de liaison et aux Dr Gras et Dr Coppée pour ce semestre mémorable. Merci pour votre humour et votre pédagogie. Vous m'avez tellement transmis pendant ces six mois.

A l'équipe du 3013 et de l'hôpital de jour CAREST TCA pour m'avoir permis d'affirmer mon intérêt pour la prise en charge des TCA et de m'aider à progressivement construire mon identité de médecin. En espérant continuer à me former à vos côtés.

Aux Dr Coutelle et Dr Walter pour m'accorder votre confiance pour cet ambitieux projet et me soutenir dans l'élaboration de mon projet professionnel.

A mes amitiés de lycée, Marie, Léa, Thibaut, Jean-Philippe, François, Aurélien pour votre présence depuis toutes ces années. Je chéris nos nombreux souvenirs ensemble.

Merci à Claire, pour ton amitié qui me nourrit tellement, nos échanges enflammés et ta sensibilité qui m'offrent une vision différente de la vie.

Merci à Justine et Cécile, mes fidèles amies depuis la P2. Ces années n'auraient pas été les mêmes sans vous et malgré les moments compliqués, je retiens surtout nos grands moments de rire. Une pensée particulière à Justine, mon acolyte de l'externat qui m'a accompagné dans de nombreuses aventures et galères que ce soit en TD ou à l'hôpital.

A Arthur, merci de m'avoir pris sous ton aile dès mes premiers instants d'externat, de m'avoir transmis ton intérêt pour la psychanalyse, de m'inspirer au quotidien dans ma pratique. Merci pour ton amitié qui persiste malgré la distance.

A mes amis internes de psychiatrie : Gabriel, Léa, Thomas, Floriane, Olivier, Blandine, Bastien, Karen, Marie-Sarah et Nina. Merci pour tous ces moments en TD, au CFP, à la cantine, en terrasse, etc... Merci pour votre présence soutenante, bienveillante et surtout votre joie communicative. Un grand merci à Coco, ma co-équipière depuis le début de mon internat.

Merci à tous mes co-internes et désormais amis avec qui j'ai eu la chance de partager une partie de mon internat : Pierre, Ilona, Aliénor, Kelly, Maryne et Mathilde.

Un mot particulier pour l'équipe de la liaison : Caroline, Alicia, Ozanne et Hélène. Dire que nous avons bien rigolé serait un euphémisme. Merci pour ce semestre riche en rebondissements et en discussions. Je souhaite à quiconque de pouvoir un jour travailler avec de pareilles amies.

A tous les copains de Seebach, merci de m'avoir accueilli à bras ouverts dans votre groupe. Merci pour votre grande gentillesse, votre tendresse à l'expression parfois rustique. Merci aussi pour votre sens particulièrement développé de la fête. En espérant que notre lien continuera de s'épanouir.

A mes parents, merci pour votre amour, votre patience et votre dévouement intarissable. Merci d'avoir cru en moi quand j'y manquais. Merci de m'avoir toujours encouragé et accompagné, tout particulièrement pendant ces longues études, parfois houleuses.

Merci d'avoir fait face, à mes côtés, aux difficultés qui ont pu jalonner mon chemin. Un merci tout particulier à mon père, dit *Monsieur fascicule*, sans toi je n'aurai pas traversé ces concours et cette thèse de la même manière. Merci de m'avoir envoyé au concours de première année avec 6 crayons, 4 gommes et 3 calculatrices, parce « qu'on ne sait jamais ».

A Mathilde, ma sœur, merci pour toutes tes inestimables attentions au fil des années. Comme je suis reconnaissante d'avoir une sœur avec un aussi grand cœur, dont la générosité ne souffre d'aucune hésitation. Avec le temps, je réalise à quel point ta sollicitude est un exemple et un moteur pour ceux qui t'entourent. Merci aussi de ne jamais hésiter à me remettre les idées en place quand c'est nécessaire.

A Alina et Robin, ma deuxième famille, mes amis de toujours. Ces quelques mercis ne seront pas à la hauteur de ma gratitude. Merci pour tout le soin dont vous avez fait preuve à mon égard. Merci de m'avoir inclus dans votre vie. Merci de m'offrir votre amitié si forte. Merci de m'avoir fait confiance pour les moments les plus importants de votre vie. Aux nombreux moments encore à venir.

A Papy, Mamie et mon parrain Sébastien, pour tout ce que vous avez fait pour moi depuis ma naissance, pour votre amour qui me porte depuis toujours.

A ma marraine Stéphanie, mes cousins et cousines (Guillaume, Jérôme, Sophie et Mathieu), mes tantes (Laurence et Maryse), l'inégalable clan Gardon. Malgré la distance, savoir que je peux compter sur vous est un véritable réconfort. A mon oncle, Michel, qui nous a quitté bien trop tôt, merci de m'avoir transmis ton goût du bon mot et ta curiosité.

A ma belle-famille, et tout particulièrement à mes beaux-parents (Tania et Etienne), merci de m'avoir ouvert la porte de votre maison et de votre famille avec tellement de générosité. Merci pour tous ces moments de partages si précieux à mon cœur, qui me nourrissent au quotidien.

A mon doudou, mon amour, tous les remerciements possibles sonneront bien creux et ne refléteront que partiellement mes sentiments. Je mesure ma chance d'avoir croisé ta route il y a maintenant deux ans. Merci de rendre mon quotidien si doux par ta présence, ton sourire et tes attentions. Merci de m'avoir ouvert les portes de ton univers unique et merveilleux. Merci d'être mon compagnon d'aventure, de supporter mes envies de découvertes et de mouvements intarissables. Merci de m'apporter un soutien indéfectible, d'accompagner à ta manière mes mouvements d'humeur parfois légèrement dramatiques.

*A la mémoire de Jean et de ma Jacqueline,
Promis, je garderai mon nom,
Et tout ce que vous m'avez si fièrement légué.*

Table des Matières

I. Introduction	20
II. Historique	24
III. Définitions des TCA et Épidémiologie.....	28
A. Épidémiologie	28
1. Anorexie mentale :	29
2. Boulimie :	30
B. Définitions :	32
1. Troubles des conduites alimentaires.....	32
2. Anorexie mentale	34
3. Boulimie.....	37
IV. Etiopathogénie.....	40
V. Étude qualitative.....	45
A. Contexte scientifique :	45
B. Matériels et méthode :	48
1. Description de l'étude qualitative :	48
2. Définition de la population de l'étude :	50
3. Mode de recrutement de la population de l'étude :	51
4. Lieu de recrutement :	53
5. Critères d'inclusion et de non-inclusion :	54
6. Entretiens.....	55
7. Méthode analyse :	57
C. Résultats :	59
1. Population :	59
2. Questionnaires :	64
3. Entretiens :	69
4. Analyse des entretiens :	70
a) Analyse des questions Q1 et Q2 :	71
b) Analyse des questions Q3 et Q4 :	137
c) Analyse des questions Q5 et Q6 :	177
d) Analyse du questionnement autour de « l'Idéal de masculinité » :	210
D. Discussion	218
1. Synthèse de la recherche.....	218
2. Forces :	224
3. Limites :	225
a) Subjectivité du chercheur.....	225
b) Biais de sélection	226
c) Biais de déclaration.....	227
4. Perspectives	228
a) Formation :	228
b) Prise en charge :	229

c) Visibilité et déstigmatisation :	230
VI. Conclusion.....	233
VII. Annexes	236
1. Décision du Comité d'éthique pour la recherche.....	236
2. Formulaire de consentement de participation du participant.....	237
3. Notice d'information à destination du participant.....	238
4. Notice d'information destinée aux professionnels.....	240
5. Questionnaire EAT 26.....	241
6. Questionnaire « <i>Eating Disorder Inventory – 2</i> »	242
7. Échelle d'Anxiété d'Hamilton.....	251
8. Questionnaire patient – entretien semi-dirigé.....	252
9. Questionnaire Patient.....	253
10. Retranscription de l'entretien du participant 9.....	254
11. Bibliographie.....	263
12. Déclaration sur l'honneur.....	270

I. Introduction

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) peuvent être définis comme étant une perturbation du rapport à l'alimentation, associée à une perturbation de l'image corporelle.

Afin de caractériser au mieux ces troubles, plusieurs facteurs sont à prendre en considération :

- les symptômes physiques et psychiques,
- l'environnement familial et social,
- le contexte culturel.

Leur étiopathogénie nous atteste qu'il s'agit de troubles complexes dont les origines sont multifactorielles.

Parmi ces troubles, l'anorexie et la boulimie touchent principalement les femmes. En atteste le *sex-ratio*, d'un homme atteint pour 9 femmes, classiquement évoqué dans l'anorexie mentale. La surreprésentation des femmes au sein de ces troubles a orienté les recherches, ainsi la documentation existante ne concerne quasiment que les formes féminines des troubles.

En effet, la littérature propose une prépondérance de références et grilles de lecture issues de cas féminins donc particulièrement adaptées aux formes féminines. Ces descriptions essentiellement féminines ont contribué à renforcer une vision stéréotypée des TCA. Plus précisément, l'anorexie mentale a longtemps été associée à l'image d'une jeune femme occidentale et issue d'un milieu aisé.

Bien que les premières descriptions de trouble des conduites alimentaires chez des hommes aient été faites dès la fin du XVII^{ème} siècle, les recherches concernant cette population restent rares. L'idée d'une nature exclusivement féminine des TCA s'est alors installée, que ce soit aux yeux de la communauté médicale, mais également aux yeux de la société en général.

Ce présupposé, ainsi que le manque de recherche, ont pu contribuer à l'émergence d'hypothèses psychopathologiques incertaines.

En effet, là où les troubles alimentaires de la femme étaient liés à des termes tels que névrose ou bien hystérie, il n'était pas rare que ces mêmes symptômes, présents chez un homme, soient reliés à des mécanismes psychiques de l'ordre de la psychose.

Ces schémas de pensée ont fait foi pendant de nombreuses années et ne sont que depuis peu de temps réinterrogés.

Malgré la mise en évidence de la diversité des mécanismes psychopathologiques à l'œuvre concernant les femmes atteintes, la psychopathologie des patients masculins reste franchement méconnue. Il existerait certaines particularités liées aux formes masculines, comme un âge de début plus précoce ou bien un trouble psychotique sous-jacent, mais ces données restent peu fiables. La méconnaissance des TCA masculins touche non seulement les professionnels de santé, mais s'étend aussi jusque dans la population générale.

Nous constatons en outre que les stéréotypes et préjugés concernant les hommes atteints de TCA se surajoutent à la stigmatisation dont peut déjà souffrir toute personne concernée par un trouble psychique.

L'idée de ce travail de thèse s'inscrit dans ce contexte intriquant méconnaissance des formes masculines et constat d'un recours aux soins progressivement plus important pour ces patients. Cependant, au regard de la fréquence de ces troubles, il persiste un défaut de recours aux soins plus prononcé chez ces patients. Afin de limiter ce décalage, des messages de sensibilisation aux formes masculines ont commencé à émerger dans l'espace public et sur les réseaux sociaux. Nous retenons particulièrement deux exemples de cette évolution des représentations. Tout d'abord le 2 juin 2022, lors de la journée mondiale des troubles des conduites alimentaires plusieurs affiches de prévention et de sensibilisation ont été diffusées

dont une représentant un jeune homme. Puis lors de la semaine mondiale de sensibilisation aux TCA de 2024, les affiches "Natation" et "Running" évoquent des cas masculins (1).

Il nous a alors paru fondamental de contribuer à étudier les formes masculines de deux des grands troubles des conduites alimentaires, l'anorexie mentale et la boulimie.

Nous avons donc construit une étude pour apporter des éléments de réponses aux problématiques que nous avons identifiées :

- Quelles sont les caractéristiques psychopathologiques et symptomatiques des TCA de l'homme ?
- Existe-t-il des particularités propres aux patients masculins ?
- Comment ces patients sont-ils pris en charge actuellement ?
- Leur genre a-t-il un impact sur leur prise en charge ou sur leur vécu des soins ?

Ce travail s'articule en trois parties :

La première partie est composée de plusieurs chapitres. Nous allons tout d'abord revenir sur l'histoire des troubles des conduites alimentaires en portant particulièrement notre attention à la gent masculine. Nous retracerons l'évolution de la vision des formes masculines de TCA au fil des années. Puis nous reviendrons sur la définition actuelle de ces troubles avec la description des critères diagnostiques en vigueur.

Nous ferons également un point sur les données épidémiologiques disponibles actuellement. Et enfin nous détaillerons l'étiopathogénie des TCA. Ce sujet capital nous paraît essentiel à aborder afin de pouvoir analyser le plus finement possible la clinique recueillie.

Dans la deuxième partie, nous allons détailler l'étude que nous avons menée : le contexte dans lequel elle s'inscrit, la méthode utilisée, et les résultats obtenus.

Pour nous permettre d'interroger nos problématiques, nous avons choisi de recueillir le vécu et les ressentis des participants, puis d'analyser ce discours grâce à la méthode qualitative.

Plusieurs points clés vont être abordés avec les participants : leurs symptômes, leur contexte de vie, leurs parcours de soins et leur regard sur le genre dans les TCA.

Enfin, dans la dernière partie, nous discuterons nos résultats.

Nous effectuerons une synthèse de nos différents résultats. Nous ferons un point sur les forces et les limites de notre étude. Puis nous terminerons sur les perspectives que propose ce travail du point de vue de la représentation du trouble, ou bien de l'adaptation de la prise en charge.

II. Historique

Depuis l'Antiquité, de nombreuses descriptions cliniques de troubles des conduites alimentaires ont été rédigées. Ces descriptions décrivent ce qui s'apparente à ce que l'on nomme aujourd'hui « anorexie mentale » (2). Raimbaut et Eliacheff à leur tour, décrivent également au XIV^{ème} siècle, la lutte volontaire contre la faim et l'hyperactivité physique de Sainte Catherine de Sienne. À cette époque, les femmes pratiquant le jeûne prolongé sont élevées au rang de saintes (3). La pratique du jeûne s'associe à d'autres types de souffrances auto-infligées également prises dans une dimension religieuse.

Puis, en 1689, c'est au médecin londonien Richard Morton, que l'on attribue la première description clinique de l'anorexie mentale typique. Il décrit « *la consumption nerveuse* », c'est-à-dire le retentissement physique de symptômes psychiques tels que l'angoisse et la tristesse, à partir de deux cas cliniques : celui d'une femme et celui d'un homme (4). Il décrit le cas d'un jeune homme de 16 ans, fils de pasteur dont le manque d'appétit et le surinvestissement intellectuel ont provoqué le décès malgré les traitements prodigués (5).

La première description d'un cas d'anorexie mentale masculine est donc concomitante et similaire aux premières descriptions de cas féminins.

En 1764, Robert Whytt publie un cas « d'atrophie nerveuse » chez un jeune garçon de 14 ans. La description traite principalement des conséquences physiques de la dénutrition : perte de poids, trouble digestif, peau froide, bradycardie. Il note également des épisodes de « compulsions alimentaires » (4).

En 1790, « Remarkable Case of Abstinence » est publié par Robert Willan. Il y décrit le jeûne de 78 jours d'un jeune garçon qui ne survivra pas à ses troubles. Dans ce texte, il décrit un tempérament mélancolique pré-morbide, puis la survenue de troubles digestifs inconfortables. Le jeûne serait alors sous-tendu par la volonté de faire disparaître ces

symptômes physiques douloureux. La description clinique mentionne ensuite un hyperinvestissement religieux, un isolement total, un mode de pensée perturbé, un épisode de boulimie, puis quelques jours avant son décès, un état de confusion mêlant agitation et délire (4).

Deux siècles après Morton, entre 1873 et 1874, Lasègue et Gull proposent une description de l'anorexie mentale qui s'apparente à notre description actuelle du trouble : « *Anorexia Nervosa* » (6). Ils décrivent des cas de jeunes femmes présentant la triade symptomatique classique de l'anorexie mentale : anorexie provoquant amaigrissement et aménorrhée. Ce trouble est longtemps considéré comme lié à l'hystérie, trouble qui ne concerne alors que les femmes. En effet, Lasègue nomme cette pathologie : « anorexie hystérique de la jeune fille » (2). La description et les symptômes retenus pour le diagnostic du trouble excluent les formes masculines.

Au XX^{ème} siècle, la conception des TCA évolue de manière notable avec l'émergence d'une plus grande diversité d'approches théoriques (psychanalytique, endocrinologique, neurologique, phénoménologique) (7). En France notamment, Pierre Janet propose une description de l'anorexie mentale qui s'affranchit de la question hystérique, permettant une nouvelle approche de cette pathologie. Malgré tout, le rapport entre anorexie et féminité reste très marqué, et cela principalement du fait de la place importante de l'aménorrhée. Quelques rares cas masculins ont été décrits en 1931. Cependant, les chercheurs pensaient alors que le trouble alimentaire préjugait de l'homosexualité des personnes atteintes (8).

Autour des années 1940, des psychanalystes décrivent l'anorexie comme étant une névrose sexuelle exclusivement féminine. Ils associent aux symptômes de l'anorexie (aménorrhée, constipation) des liens symboliques avec la grossesse (6).

Bien que dès 1960, des auteurs tels que Bruch défendent une similarité entre formes masculines et féminines de TCA, en plaçant la baisse du taux de testostérone comme le pendant masculin de l'aménorrhée (9), l'hypothèse dominante est plutôt celle d'une structure différente entre patientes féminines névrosées et patients masculins psychotiques. En effet, en 1970, Mara Selvini évoque trois cas masculins dont deux semblent présenter des caractéristiques psychotiques : « hallucinations paranoïdes », « schizophrénie », le troisième cas est présenté comme une « véritable anorexie » mais sans plus de précision (5). Il est tout de même important de noter qu'il existe très peu de descriptions cliniques détaillées de cas masculins, ce qui rend toute conclusion incertaine et entretient le mystère autour de ces patients. Dans sa thèse, Charlotte Charoy propose cette analyse autour du lien entre anorexie masculine et psychose : « *Ces observations interrogent les cliniciens qui semblent chercher à rationaliser cette évidence clinique dans le flou conceptuel où se trouve alors pris le syndrome, à tel point qu'apparaît, en lien probable avec cette bizarrerie qu'inspire un tableau clinique ne répondant pas aux critères nosographiques, l'hypothèse d'un processus psychotique sous-jacent* » (4). Il existe donc, à cette époque, deux conceptions très différentes de la version masculine du trouble : une qui tend à une inclusion des patients masculins et penche pour une similarité entre les patients des deux sexes, et une qui dénie l'existence-même du trouble, ou qui le différencie radicalement de la version féminine.

En 1972, Beumont propose une première description détaillée de l'anorexie mentale masculine à partir d'une étude des données de la littérature sur les 40 dernières années. Il retrouve des tableaux dans l'ensemble typiques correspondant à ce qui est habituellement décrit pour les cas féminins, et il fait émerger quelques spécificités : moins de recours à la compensation (hyperactivité physique et vomissement), préoccupations alimentaires moins fréquentes et davantage de cas d'obésité prémordide (10).

Comme nous l'avons constaté, malgré des anciens travaux penchant pour une similarité entre forme masculine et forme féminine, certaines idées reçues (lien entre anorexie masculine et psychose) sont encore partagées par nombre de praticiens. La présentation des formes masculines comme des formes atypiques participe à la méconnaissance entourant ces formes cliniques.

Malgré les évolutions décrites, la rareté et la divergence des recherches montrent les points d'ombre et les a priori encore persistants autour de la problématique des troubles des conduites alimentaires chez les hommes.

III. Définitions des TCA et Épidémiologie

A. Épidémiologie

Les troubles des conduites alimentaires (TCA), toutes formes confondues, sont des troubles fréquents. Actuellement, la Fédération Française Anorexie-Boulimie retrouve une prévalence globale estimée à 900 000 personnes souffrant de TCA avérés en France (11).

Une large revue de la littérature publiée en 2019 retrouve une prévalence vie entière des TCA au sens large de 8,4% pour les femmes et de 2,2% pour les hommes (12). De plus, une étude datant de 2015 nous rapporte que 18 à 26% des cas de TCA, toutes formes confondues, sont des hommes en population générale et qu'ils représentent 5 à 11 % des cas en population clinique (13). En ce qui concerne plus particulièrement l'anorexie et la boulimie, les prévalences vie entière chez les hommes sont respectivement d'environ 0,2% et 0,6% (12).

Malgré la fréquence des troubles, l'étude de l'épidémiologie des TCA est complexe. Cela limite d'autant plus l'étude de leur prévalence chez les sujets de sexe masculin.

En parcourant la littérature, nous constatons qu'il est difficile d'en extraire des chiffres précis, d'autant plus en ce qui concerne la population française.

Un des facteurs limitants à l'étude de l'épidémiologie serait la nature peu discriminante des classifications. En particulier, la catégorie des troubles du comportement alimentaire non spécifiques qui peut englober une large variété de profils cliniques (14). Une étude publiée aux États-Unis en 2012, affirme que 71% des femmes et 83% des hommes pourraient être diagnostiqués avec un trouble des conduites alimentaires non spécifié (15). En France, la HAS nous précise que les formes de TCA non spécifiques, incomplètes ou atypiques seraient 5 à 10 fois plus fréquentes que les formes typiques décrites ici (16).

Il apparaît ainsi la difficulté que nous pouvons avoir à rendre compte de la prévalence précise de chaque TCA avec nos outils actuels.

1. Anorexie mentale :

En ce qui concerne l'anorexie mentale, nous retrouvons une incidence globale de 8 pour 100 000 (17). Plus précisément, elle est de 1,8 pour 100 000 chez les hommes et de 14,6 pour 100 000 chez les femmes (17). Selon une revue datant de 2006, l'incidence en population masculine serait plutôt inférieure à 1 pour 100 000 (18).

On estime que la prévalence vie entière de l'anorexie mentale varie entre 0,8 % et 3,6 % chez les femmes et 0,1 % pour les hommes (19). D'autre part, plusieurs études menées aux États-Unis retrouvent une prévalence vie entière de l'anorexie mentale chez les hommes de 0,3% (7). Quant à l'étude de 2015 menée par Sweeting et son équipe, elle nous informe que 11 à 20% des cas d'anorexie mentale sont des hommes (13).

L'évolution de l'incidence de l'anorexie est un sujet encore débattu actuellement. Selon certaines études, l'incidence de l'anorexie mentale aurait augmenté en Europe entre 1950 et 1970 puis se serait stabilisée (18). D'autres auteurs montrent que les nouveaux critères diagnostiques du DSM-5 ont conduit à une augmentation des chiffres (20).

Il est important de noter que l'âge des populations étudiées influe sur les prévalences : plus les populations sont jeunes, moins la prévalence est élevée. Pour les trois quarts des cas d'anorexie et de boulimie, les troubles débutent avant l'âge de 22 ans (21).

La moitié des cas d'anorexie mentale observés en population générale apparaissent avant 18 ans, et l'incidence augmente chaque année de vie entre 12 et 17 ans (22). On peut alors identifier la puberté comme une période plus à risque de développement d'une anorexie mentale. Plusieurs études s'intéressent à l'âge de début des troubles selon le sexe. Certaines,

datant des années 90, avaient pu montrer tout aussi bien un début plus tardif chez les hommes qu'un début plus précoce (14). Cependant, d'autres données, plus récentes (2001), ne mettent pas en évidence de différence d'âge d'apparition du trouble en fonction du sexe (23).

Malgré des divergences selon les études, il est communément retenu un *sex-ratio* compris entre 1 homme pour 10 femmes (16) et 1 homme pour 9 femmes (24). Ce chiffre historique semble sous-estimer la réalité.

Certaines études proposent un *sex-ratio* d'1 homme pour 4,2 femmes en ce qui concerne les formes complètes d'anorexie mentale (25). Le *sex-ratio* est d'autant moins déséquilibré si l'on prend en compte les formes incomplètes ou atypiques.

2. Boulimie :

Nous disposons de très peu d'études épidémiologiques concernant la boulimie et d'autant moins de données françaises (26).

L'incidence de la boulimie est de l'ordre de 200 pour 100 000 personnes-années avec un pic d'incidence entre 16 et 20 ans (27). L'âge de début des troubles est autour des 18 ans avec une possible augmentation de l'incidence chez les 15-19 ans (26).

La prévalence vie entière de la boulimie est estimée autour de 1-1,5 % (28). Au niveau international, la prévalence vie entière de la boulimie selon les critères du DSM-IV est de 1 à 3 % chez les femmes et de 0,1 % à 0,5 % chez les hommes (29). Ces chiffres augmentent d'environ un tiers si l'on se base sur les critères diagnostiques du DSM-5 (26).

D'autres études retrouvent des prévalences vie entière plus élevée pour les hommes : 0,1 % à 1.3 % (19). Sweeting et Al, quant à eux, retrouvent que 8 à 25 % des cas de boulimie sont des hommes.

A l'instar de l'anorexie mentale, les formes partielles de boulimie sont également plus fréquentes, environ 2 à 3 fois plus répandues (26). Les données suivantes laissent percevoir ce phénomène : on peut lire que la boulimie toucherait 1,5 % des 11-20 ans mais surtout que les crises de boulimie concerneraient 28 % des adolescentes (26).

Dans la boulimie, le *sex-ratio* le plus fréquemment retrouvé dans la littérature est d'1 homme pour 3 femmes (28). Ces valeurs peuvent être comprises entre 1/8 et 1/3 selon un article de Hans-Christoph Steinhausen paru en 2009 (22,30).

Les données de la littérature seraient nettement inférieures à celles effectives en population générale. En effet, des études nous apprennent que seuls 6 % des sujets atteints de boulimie consulteraient en psychiatrie (26).

Ces données restent malheureusement des estimations. En se penchant sur l'épidémiologie de ces troubles, on voit la difficulté que l'on peut avoir à trouver des chiffres fiables et précis. En effet, les études épidémiologiques portant sur les TCA se heurtent à des difficultés méthodologiques, ce qui fait varier significativement les données retrouvées dans la littérature. Ces variations peuvent être liées aux types de méthode utilisés : utilisation de différents seuils diagnostiques, de différentes échelles, d'instruments diagnostiques différents (22).

De plus, les critères diagnostiques utilisés ont varié au fil du temps. Prenons pour exemple, la modification du seuil de perte de poids dans le diagnostic de l'anorexie mentale ou le changement des seuils de fréquence des crises dans la boulimie (19).

Toutes ces fluctuations occasionnent des groupes hétérogènes contribuant aux variations des estimations (22).

Dans le cadre de notre étude, il est également important de noter que ces critères ont été très majoritairement testés en population féminine, ce qui entraîne un biais de genre important (19,22).

Lors de notre recherche, nous avons pu constater que les données épidémiologiques relatives aux TCA sont très limitées, surtout en France. Dans ce contexte, les études relatives à la population masculine sont, quant à elles, rares (7).

B. Définitions :

1. Troubles des conduites alimentaires

Actuellement, l'Organisation Mondiale de la Santé définit les troubles des conduites alimentaires comme une perturbation du rapport à l'alimentation et des préoccupations importantes concernant le poids, le corps et la nourriture (31).

Ce trouble altère significativement la santé psychique et physique, mais aussi les interactions sociales et l'adaptation à l'environnement.

Le DSM-5 nous propose cette définition des TCA : « *Les troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments se caractérisent par des perturbations persistantes de l'alimentation ou du comportement alimentaire entraînant un mode de consommation pathologique ou une absorption de nourriture délétère pour la santé physique ou le fonctionnement social* ». (32)

Les troubles du comportement alimentaire apparaissent au sein des classifications internationales en 1977 avec la publication de la CIM-9 ainsi qu'en 1980 avec la publication du DSM-III (12). Les classifications et les critères diagnostiques n'ont depuis cessé d'évoluer jusqu'à la dernière révision du DSM, le DSM-5 en 2013, et la dernière version de la CIM en 2022, la CIM-11.

Ces révisions successives permettent d'aboutir à des classifications de plus en plus précises et essayent ainsi de diminuer la prévalence des diagnostics non spécifiés.

Les deux tableaux suivants résument les classifications actuelles concernant les TCA :

Classifications des troubles du comportement alimentaire selon le DSM-5	
Troubles principaux	Anorexie mentale
	Boulimie (<i>bulimia nervosa</i>)
	Accès hyperphagiques (<i>binge eating disorder</i>)
Troubles atypiques et autres troubles	Anorexie atypique, boulimie atypique, PICA, mérycisme, trouble de restriction ou évitement d'ingestion d'aliment, trouble purgatif, syndrome d'alimentation nocturne, ARFID

Classifications des troubles du comportement alimentaire selon la CIM-10 ¹	
F50 : Trouble de l'alimentation	F50.0 : Anorexie mentale
	F50.1 : Anorexie mentale atypique
	F50.2 : Boulimie (<i>bulimia nervosa</i>)
	F50.3 : Boulimie atypique
	F50.4 : Hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques
	F50.5 : Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques
	F50.8 : Autres troubles de l'alimentation
	F50.9 : Trouble de l'alimentation, sans précision

Notre étude portant uniquement sur deux des TCA principaux, l'anorexie et la boulimie, dans leurs formes typiques et atypiques, nous allons les aborder plus en détail, et notamment évoquer les critères diagnostiques en vigueur à l'heure actuelle.

¹ CIM 10 utilisé comme référence pour ce travail. Après des recherches approfondies, la CIM 11 ne semble pas encore accessible et disponible pour usage courant.

2. Anorexie mentale

L'anorexie mentale se caractérise par une privation alimentaire stricte et volontaire, afin d'obtenir un contrôle du poids (33). Cela a des effets aussi bien physiques que psychiques.

Il est important de souligner la différence entre l'anorexie, symptôme médical qui correspond à la perte d'appétit, et l'anorexie mentale, trouble psychiatrique.

L'origine du trouble est poly factoriel :

- facteurs de vulnérabilité psychique,
- facteurs génétiques,
- facteurs environnementaux (34).

Les symptômes principaux consistent en une restriction des choix alimentaires, une pratique excessive d'activité physique, des stratégies de contrôle du poids (exemples : vomissements provoqués, laxatifs, traitements coupe-faim, diurétiques) (35).

Ce trouble psychique provoque habituellement un état de dénutrition s'accompagnant de modifications endocriniennes et métaboliques, ainsi que de perturbations des fonctions physiologiques (35).

Les critères diagnostiques DSM-5 de l'anorexie mentale sont les suivants (32) :

A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme significativement bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.

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

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

Le DSM-5 dégage deux sous-types :

- Type restrictif : au cours des 3 derniers mois, la personne n'a pas présenté d'accès récurrents d'hyperphagie ni recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs.

Ce sous-type décrit des situations où 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, la personne a présenté des accès récurrents de gloutonnerie et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements).

Les critères diagnostiques CIM-10 de l'anorexie mentale sont les suivants (36):

A. Poids corporel inférieur à la normale de 15 % (perte de poids ou poids normal jamais atteint) ou index de masse corporelle de Quételet inférieur ou égal à 17,5.

Chez les patients prépubères, prise de poids inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance.

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-hypophyso-gonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent dans un but contraceptif), perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme.

Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormone de croissance ou de cortisol, de modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalies de la sécrétion d'insuline.

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.

Nous pouvons constater que l'on utilise, désormais, des critères diagnostiques non-discriminants ou évoquant à parts égales les sexes féminin et masculin, mais cela n'a pas toujours été le cas. Effectivement, nous avons en mémoire l'ancienne triade diagnostique de l'anorexie mentale décrite par Lasègue : anorexie, amaigrissement, aménorrhée.

L'évolution de l'abord diagnostique commence en 1970 avec le psychiatre britannique Gerald Russell (14). Il propose trois critères : la perte de poids, une psychopathologie spécifique et un trouble endocrinien, à savoir l'aménorrhée chez les femmes et une perte du désir sexuel

ou une impuissance chez les hommes. Il permet alors un élargissement des critères diagnostiques à la population masculine. Deux ans plus tard, les psychiatres de la *Washington University* à Saint-Louis proposent une nouvelle approche nosographique de l'anorexie. Ils considèrent l'aménorrhée comme un critère secondaire et non plus comme un critère principal. Malheureusement, il faudra encore attendre 2013 et la publication du DSM-5 pour que ce critère soit définitivement retiré des classifications.

Les nombreuses modifications nosographiques depuis la première publication des critères diagnostiques dans le DSM-III rendent désormais possible le diagnostic d'anorexie chez les patients de sexe masculin.

3. Boulimie

La boulimie se caractérise par des accès répétés d'hyperphagie et une préoccupation excessive du contrôle du poids corporel, conduisant à une alternance d'hyperphagie et de vomissements, ou d'utilisation de laxatifs. Ce trouble comporte de nombreuses caractéristiques communes avec l'anorexie mentale, comme par exemple une préoccupation excessive autour des formes corporelles et du poids (35).

De nombreux auteurs et médecins considèrent l'anorexie et la boulimie comme «les deux faces d'une même pièce» (37) tant leurs mécanismes psychopathologiques sont similaires.

D'un point de vue physique, ce trouble peut provoquer des perturbations électrolytiques et des complications somatiques importantes, notamment du fait des vomissements répétés.

Les critères diagnostiques DSM-5 de la boulimie sont les suivants :

A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (*binge-eating*). Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :

- Absorption, en une période de temps limitée (par exemple moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.

- Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger, ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange, ou la quantité que l'on mange).

B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments, jeûne ; exercice physique excessif.

C. Les accès hyperphagiques (de gloutonnerie) et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous les deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.

D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.

E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.

Le DSM-IV différenciait deux sous types de boulimie (26) :

- Type avec vomissements ou prise de purgatifs (*purging type*) : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

- Type sans vomissement ni prise de purgatifs (*non-purging type*) : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

Les critères diagnostiques CIM 10 de la boulimie sont les suivants :

A. Préoccupation persistante concernant l'alimentation, besoin irrésistible de nourriture et épisodes d'hyperphagie avec consommation rapide de grandes quantités de nourriture en un temps limité.

B. Le sujet tente de neutraliser la prise de poids liée à la nourriture en recourant à au moins un des moyens suivants :

- des vomissements provoqués,
- l'utilisation abusive de laxatifs,
- l'alternance avec des périodes de jeûne,
- l'utilisation de « coupe-faims », de préparations thyroïdiennes ou de diurétiques.

Quand la boulimie survient chez des patients diabétiques, ceux-ci peuvent sciemment négliger leur traitement insulinaire.

C. Des manifestations psychopathologiques, par exemple une crainte morbide de grossir, amenant le sujet à s'imposer un poids très précis, nettement inférieur au poids pré-morbide représentant le poids optimal ou idéal selon le jugement du médecin.

Dans les antécédents, on retrouve souvent, mais pas toujours, un épisode d'anorexie mentale, survenu de quelques mois à plusieurs années auparavant ; il peut s'agir d'une anorexie mentale authentique ou d'une forme cryptique mineure avec perte de poids modérée ou phase transitoire d'aménorrhée.

Pour la boulimie, la seule évolution des critères diagnostiques concerne le nombre limite d'accès hyperphagiques et de comportements compensatoires inappropriés. La fréquence retenue est désormais d'une fois par semaine contre deux fois par semaine auparavant.

IV. Etiopathogénie

De nombreux modèles étiopathogéniques différents offrent une compréhension des causes et des mécanismes inhérents au développement de TCA. Nous pouvons citer à titre d'exemples : le modèle addictologique, le modèle psychanalytique, le modèle comportementaliste, le modèle systémique, le modèle neurobiologique ou encore le modèle génétique.

Ces modèles permettent d'apporter des éléments de compréhension et d'explication variés, mais apparaissaient comme des approches partielles de l'origine des troubles des conduites alimentaires (38).

Au XX^{ème} siècle, un modèle synthétisant ces modèles partiels a été élaboré : le modèle bio-psycho-social (39). Il s'agit d'un modèle intégratif et multifactoriel. Actuellement, ce modèle est celui principalement utilisé pour décrire le développement de TCA. On considère désormais les TCA comme des troubles dont l'étiopathogénie est multifactorielle.

Cette modélisation s'appuie sur différents facteurs prédisposants participant à former une trajectoire de vulnérabilité, des facteurs précipitants provoquant le déséquilibre de l'homéostasie psychique et enfin, des facteurs pérennisants à l'origine d'une trajectoire de pérennisation similaire à celle décrite en addictologie (38).

Les facteurs prédisposants sont répartis en trois catégories : les facteurs familiaux, les facteurs environnementaux et les facteurs individuels.

Les facteurs familiaux sont d'ordre génétiques (jusqu'à 74% d'héritabilité génétique dans l'anorexie et 62% dans la boulimie) et comorbides, mais correspondent également aux modalités d'interactions et aux relations familiales (conflits, rigidité, régime, critique etc..) (38).

Les facteurs environnementaux englobent l'idéalisation et la valorisation de la minceur de nos sociétés occidentales, les événements de vie stressants voire traumatiques précoces, la classe sociale, ainsi que des enjeux liés à la grossesse (prématurité, grossesse multiple).

Les facteurs individuels font référence aux vulnérabilités psychologiques et biologiques de l'individu. D'un point de vue psychique, un développement perturbé de certains aspects peut participer à favoriser l'émergence du trouble : des difficultés cognitives et émotionnelles (rigidité, alexithymie, perfectionnisme, intolérance aux émotions négatives), des difficultés interpersonnelles, un trouble de l'attachement et/ou de la personnalité, un terrain anxieux et/ou dépressif, une mauvaise estime de soi pré morbide. Bien que ce modèle permette de décrire l'étiopathogénie de tous les types de TCA, il existe certains traits psychologiques liés plus spécifiquement au développement de l'anorexie mentale (rigidité, perfectionnisme, trouble obsessionnel compulsif pré morbide, troubles gastro-intestinaux) et d'autres plus spécifiquement liés au développement de la boulimie (personnalité état limite, impulsivité, phobie sociale, difficultés interpersonnelles importantes) (38).

Les facteurs déclenchants sont des événements perturbant l'homéostasie psychique, et donc faisant émerger le trouble. Ils surviennent fréquemment au moment de l'adolescence, période de grande vulnérabilité psychique puisqu'il s'y joue la transition de l'enfance à l'âge adulte avec tout ce que cela implique d'autonomisation et de modification des rapports à la sexualité. De plus, l'adolescence est liée à de nombreuses modifications : cérébrales, hormonales, biologiques, corporelles, sociales. Ces changements sont à l'origine d'une impulsivité et d'une hyper-émotionnalité qui vulnérabilise la psyché de l'adolescent (38).

On dénombre alors quatre types de facteurs déclenchants : la puberté, les événements de vie stressants, la survenue d'un trouble psychiatrique (surtout trouble anxieux, dépressif,

bipolaire et trouble obsessionnel compulsif) et enfin la pratique d'une activité centrée sur l'apparence (danse, gymnastique, sport à catégorie pondérale). Cette fois-ci, les événements de vie stressants font référence à la perte (séparation, deuil), aux moqueries et aux violences.

Une fois le trouble installé, des facteurs pérennisants entretiennent les symptômes et contribuent à la mise en place d'un « cercle vicieux ». On en dénombre quatre : effets positifs initiaux, effets négatifs à long terme, restriction/crise de boulimie/hyperactivité, dénutrition et malnutrition. Ces différents facteurs se potentialisent entre eux.

Tout d'abord, il existe indéniablement des effets positifs initiaux : anesthésie affective, sentiment de contrôle, diminution des symptômes anxio-dépressifs, réaction positive d'autrui. Ces effets ne durent pas dans le temps et laissent ensuite poindre les effets négatifs à long terme : anxiété sociale, difficulté interpersonnelle, rigidité, symptômes anxio-dépressifs. Cependant, les modifications biologiques et cérébrales causées par la dénutrition renforcent les distorsions cognitives et contribuent au renforcement des symptômes. Les différents enjeux interagissant entre eux, on parle alors de cercle vicieux des TCA.

Comme nous venons de le voir, les troubles des conduites alimentaires sont des troubles multifactoriels. Cette analyse permet de comprendre l'intérêt d'une prise en charge globale et multidisciplinaire. En effet, l'émergence du trouble ne correspond pas à une problématique précise mais bien à l'accumulation de plusieurs points de vulnérabilité aussi bien biologique, que psychologique, familiale ou sociale.

L'étiopathogénie des troubles, la trajectoire de vulnérabilité ainsi que l'intrication des différents facteurs sont illustrés dans un tableau récapitulatif présenté page suivante.

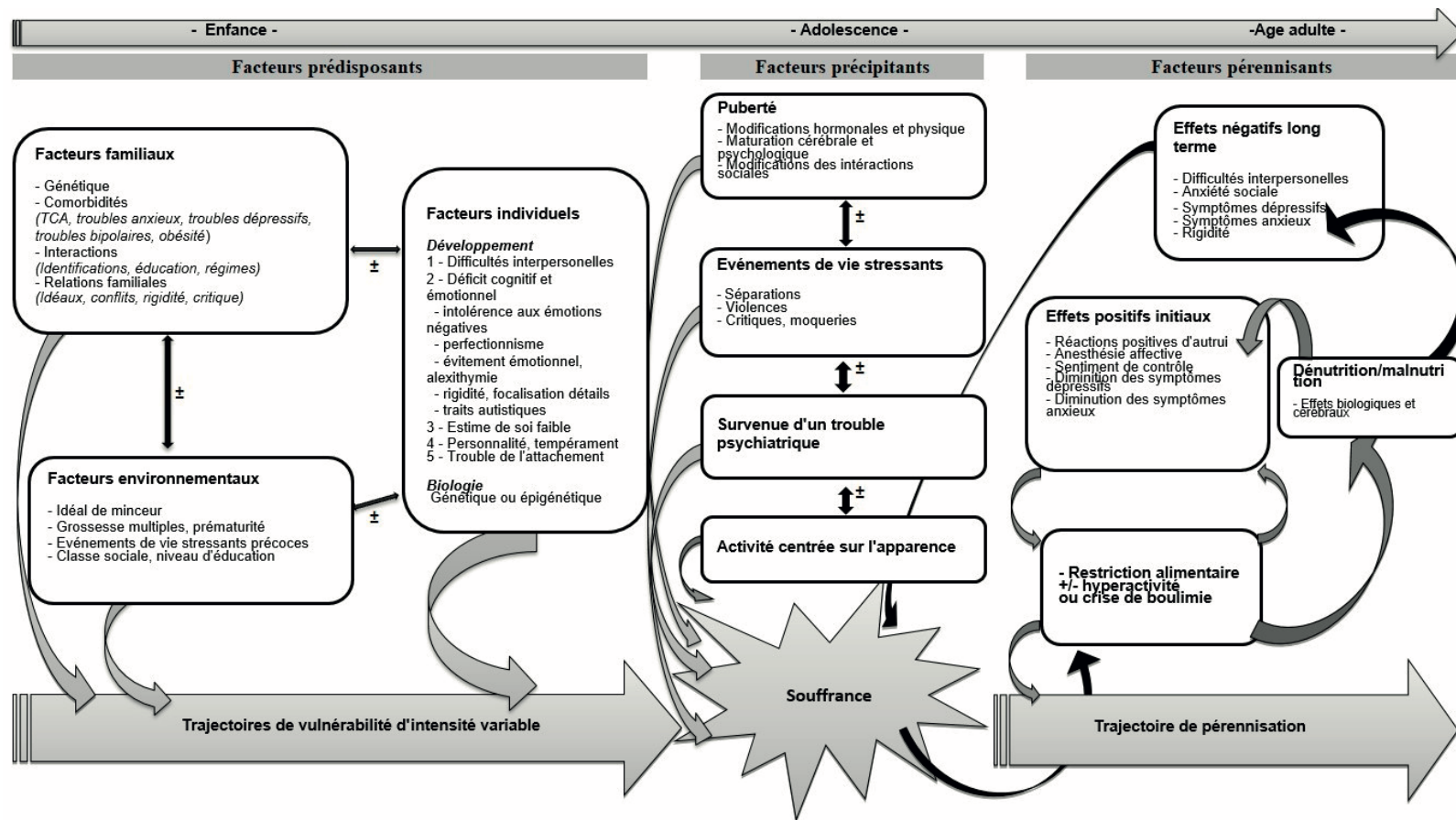


Tableau 1 : Modèle étiopathogénique intégratif des troubles de conduites alimentaires. Source : Article : « Dans les coulisses de l'Unité de jour Michel-Ange : repenser la prise en charge des adolescents souffrant de troubles des conduites alimentaires ». Par Lisa Minier, Céline Bréan, Nathalie Godart et Equipe de l'unité de jour Michel-Ange. 2021.

Ce schéma récapitulatif de l'étiopathogénie des TCA clôture notre première grande partie regroupant historique, épidémiologie et étiopathogénie.

Nous allons désormais aborder la deuxième grande partie, celle-ci traite de l'étude qualitative réalisée dans le cadre de ce travail de thèse. Nous verrons tout d'abord la méthodologie mise en œuvre pour notre étude puis nous détaillerons les résultats obtenus.

V. Étude qualitative

A. Contexte scientifique :

Les troubles des conduites alimentaires sont décrits et connus comme étant un trouble à expression majoritairement féminine. Effectivement, le *sex-ratio* classiquement évoqué dans l'anorexie mentale est d'un homme pour neuf femmes (24). Dans la boulimie, il est d'un homme pour trois femmes (28).

Ces chiffres varient significativement selon les études. On peut alors retrouver des proportions homme/femme allant de 20 % à 1 % (17). De plus, certaines études sur l'anorexie mentale, retrouvent des *sex-ratio* d'un homme pour 3,5 femmes, voire même d'un homme pour deux femmes, si l'on se base sur des symptômes partiels (40).

L'importante disparité des chiffres retrouvés met en évidence la difficulté que nous avons à obtenir des données consensuelles. Cela peut s'expliquer notamment par la rareté des formes masculines, la rareté des études cliniques portant sur la population masculine (41), mais également par une méconnaissance des formes masculines et un sous-diagnostic des patients masculins du fait de critères diagnostiques restés longtemps inadaptés à la population masculine. En effet, l'aménorrhée a été un des trois symptômes piliers, avec l'amaigrissement et l'anorexie, permettant de poser le diagnostic d'anorexie mentale selon le DSM-IV, ce qui a longtemps exclu *de facto* la population masculine (41). Puis, dans le DSM-5 (32), les critères diagnostiques de l'anorexie mentale ont été modifiés et permettent désormais de poser le diagnostic, quel que soit le sexe de la personne atteinte.

Il est important de noter que cette disparité peut également s'expliquer par un moindre recours aux soins psychiques en général chez les hommes. Récemment, la journaliste Maud

Le Rest, dans son ouvrage : «Tu devrais voir quelqu'un», identifie que seul 30 % des patients inscrits dans un travail psychothérapique sont des hommes (42).

Historiquement, les troubles des conduites alimentaires ont majoritairement été décrits, pensés et étudiés par le prisme du genre féminin, ce qui confère à ce trouble une étiquette de pathologie typiquement féminine. Que ce soit le médecin français Ernest-Charles Lasègue ou bien Sigmund Freud, l'anorexie a souvent été liée à la névrose ou à l'hystérie, et ne pouvait alors concerner que les femmes. Dans son ouvrage, « De L'anorexie hystérique », Lasègue propose des observations basées sur huit cas cliniques, huit cas exclusivement féminins (43). Il présente alors le trouble comme étant une *anorexie mentale de la jeune fille*, lié à un refus de féminité et du « devenir femme » (44). Dans ce contexte, la symptomatologie anorexique chez une femme orientait vers un diagnostic du registre de la névrose (exemple, l'hystérie) alors qu'une symptomatologie similaire chez l'homme orientait plutôt vers un diagnostic appartenant au registre de la psychose (par exemple, la schizophrénie) (6). Cette image genrée du trouble se retrouve dans une étude réalisée en 1979 qui mettait en évidence la méconnaissance autour des TCA. En effet, 40 % des médecins internistes et 25 % des psychiatres interrogés pensaient alors que l'anorexie mentale n'existait pas réellement chez les hommes (45).

On retrouve également une représentation très largement féminine du trouble dans les ouvrages destinés au « grand public ». Une importante majorité de ces références évoquent principalement des sujets féminins (ex : « Devenir anorexique » de Muriel Darmon, « Comment aider votre fille à sortir de l'anorexie » d'Yves Simon et Isabelle Simon-Baissas). De plus, les témoignages présents dans la littérature ne relatent presque que des cas d'anorexie

féminine : « Jours sans faim » de Delphine de Vigan, « Jamais assez maigre » de Victoire Maçon Dauxerre, « Légère comme un papillon » de Michela Marzano.

Il nous faut cependant noter certaines démarches mises en œuvre récemment pour sortir de l'image féminine, classique et réductrice des troubles des conduites alimentaires. Par exemple le 2 juin 2022, lors de la journée mondiale des troubles des conduites alimentaires plusieurs affiches de prévention et de sensibilisation ont été diffusées dont une représentant un jeune homme. Puis en 2024, à l'occasion de la semaine mondiale de sensibilisation aux TCA, deux affiches de prévention, les affiches "Natation" et "Running" illustrent des formes masculines de TCA (1).

Cette sous-représentation, dans l'imaginaire collectif, des sujets masculins souffrant de TCA participe à la stigmatisation de ces patients et favorise la méconnaissance générale des formes masculines.

Le projet de cette étude, portant sur l'anorexie mentale et la boulimie chez l'homme, s'inscrit alors dans ce contexte de méconnaissance des TCA de l'homme mais aussi dans un contexte d'augmentation des cas masculins (45). Nous avons également constaté cliniquement cette augmentation. En effet, au sein de la consultation spécialisée dans les troubles des conduites alimentaires en psychiatrie adulte aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, on pouvait auparavant recenser quelques cas sporadiques d'anorexie masculine. Mais depuis cinq ans, on note l'arrivée au sein de la consultation d'un à quelques nouveaux patients chaque année. Ce constat semble être lié aussi bien à une augmentation de la prévalence qu'à une augmentation du recours aux soins. Malgré cette majoration des cas recensés et l'augmentation du nombre de prises en charge, les idées reçues à propos de ces patients persistent, ce qui complexifie leur parcours de soin.

De plus, les modèles psychopathologiques classiquement établis pour la population féminine, tels que la construction de l'identité féminine et la modification corporelle à l'adolescence, ne sont pas satisfaisants pour comprendre ce qui sous-tend l'émergence d'un trouble alimentaire chez un sujet masculin.

Ces écueils peuvent avoir des conséquences notables sur la prise en charge et le devenir des patients, avec notamment un retard diagnostique significatif pouvant être à l'origine d'une dégradation clinique sévère, associée à des risques somatiques et psychiatriques, ce qui peut contribuer à la pérennisation du trouble.

L'objectif de ce travail de thèse est de préciser la psychopathologie et l'expression symptomatique des troubles anorexiques et boulimiques au sein de la population masculine, afin d'améliorer l'accès au diagnostic, aux soins, et d'adapter la prise en charge. Au-delà de ces objectifs médicaux et thérapeutiques, nous souhaitons contribuer à la déstigmatisation de ces patients.

B. Matériels et méthode :

1. Description de l'étude qualitative :

L'idée de cette thèse a émergé à la suite d'un constat clinique : le nombre d'hommes suivis au sein de la file active TCA en psychiatrie d'adulte aux HUS a augmenté de manière notable depuis plusieurs années. Afin d'illustrer notre propos, nous présentons ci-dessous, l'évolution du nombre de patients masculins pris en charge au sein des services de psychiatrie adulte du CHU de Strasbourg entre 2018 et 2024. Ces données nous renseignent sur l'évolution du nombre de patients pris en charge pour anorexie mentale et/ou boulimie (diagnostics F50.0 à F50.3 selon la CIM-10) ; on constate une augmentation de ce nombre entre 2019 et 2023. Par ailleurs, le nombre de patients pris en charge en

hospitalisation, partielle ou complète, reste sensiblement dans la même fourchette depuis 2020.

<u>Année /</u> <u>Nombre de patients masculins</u>	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Anorexie mentale (F50.0)	2	4	3	1	1	9	9
Anorexie mentale atypique (F50.1)	2	1	/	1	1	4	3
Boulimie (F50.2)	3	/	2	2	4	5	5
Boulimie atypique (F50.3)	2	1	/	/	1	/	/
<u>Nombre total des</u> <u>patients masculins concernés (50.0</u> <u>à F50.3)</u>	9	6	5	4	7	16	15 ²
<u>Total de tous les patients, hommes</u> <u>et femmes (F50.0 à F50.3)</u>	112	113	101	119	120	202	215
<u>Nombre de patients masculins</u> <u>hospitalisés (F50.0 à F50.3)</u> <i>(temps partiel + temps complet)</i>	1	2	8	8	4	3	7
<u>Nombre total des patients,</u> <u>hommes et femmes, hospitalisés</u> <u>(F50.0 à F50.3)</u>	91	72	79	75	68	55	64

Suite à cette observation faite sur le terrain, nous avons précisé notre questionnement en étudiant la littérature disponible à ce sujet. Nous avons constaté que les études cliniques demeuraient encore rares au sujet des troubles des conduites alimentaires chez les hommes. Dans ce contexte, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative. Ce choix a été motivé par la volonté d'explorer le vécu singulier et subjectif des personnes directement concernées. La méthode qualitative a l'avantage d'interroger des représentations, des comportements, des ressentis, afin d'aider à la compréhension d'un phénomène précis (46).

La méthode de recherche qualitative élaborée pour ce travail est une méthode non

² Le total des patients peut être inférieur à la somme car certains patients peuvent cumuler deux diagnostics (F50.0 + F50.2 par exemple).

interventionnelle, descriptive, construite sur le modèle des études de cas à l'aide d'entretiens semi-structurés.

Une demande auprès du Comité d'Éthique de Recherche de l'université de Strasbourg a été déposée puis validée via le numéro d'accréditation suivant (Annexe 1) :

Unistra/CER/2023-42

Les informations et données recueillies dans le cadre de cette étude ont uniquement été traitées par le Dr Myriam Riegert et Charlotte Gardon, et n'ont servi que dans le cadre de cette thèse. Les données sont conservées par le Dr Myriam Riegert et Charlotte Gardon jusqu'à la soutenance de la thèse.

Ce traitement a pour base légale l'exécution d'une mission de service public assurée par l'Université de Strasbourg (article 6. (1) e. du RGPD). Le consentement éclairé des participants a été recueilli (Annexe 2), après délivrance aux participants de la note d'information (Annexe 3) spécifiant les objectifs du projet, le déroulé du projet et l'anonymisation des données.

Les participants ont été informés de la possibilité de joindre les investigateurs de l'étude *via* mail ou contact téléphonique afin de répondre à leurs questionnements ou bien afin de retirer leur consentement au cours de l'étude. Les participants à la recherche ont été informés qu'ils disposent de droits d'accès, de rectification et de suppression de leurs données.

2. Définition de la population de l'étude :

Afin de réaliser ce travail, nous avons souhaité rencontrer des sujets de sexe masculin majeurs concernés par une problématique de trouble des conduites alimentaires. Les investigatrices ont précisé dans les documents de recrutement que l'étude concernait les patients masculins ou se reconnaissant en tant que tel. Les investigatrices ont conscience de la nature binaire de cette étude. Cependant, pour des raisons de méthode, de capacité de

recrutement ainsi que de moyens, ce travail n'évoquera que deux catégories de population, à savoir des patientes de sexe féminin ou s'identifiant en tant que tel, ou bien des patients de sexe masculin ou s'identifiant en tant que tel.

Nous n'aborderons donc pas la problématique des troubles des conduites alimentaires chez les patients concernés par une transidentité ou un trouble de l'identité de genre.

Sur la période de recrutement, nous n'avons pas rencontré de situation de personnes en transition du genre féminin vers masculin. Cependant, nous n'avons pas inclus deux personnes en transition du genre masculin vers féminin. Cela pourrait constituer, dans un second temps, l'objet d'une étude supplémentaire.

Nous avons également fait le choix de porter notre étude exclusivement sur les patients concernés par deux des trois formes principales de TCA, à savoir l'anorexie mentale et la boulimie.

Nous avons décidé de ne pas inclure les patients atteints d'hyperphagie car le *sex-ratio* de ce trouble est nettement moins déséquilibré par rapport aux deux autres. L'association au genre féminin n'est pas aussi prépondérante que pour les deux autres troubles, les enjeux sont donc différents.

En effet, on considère que ce trouble touche 1 homme pour 2 femmes (28). Cette différence de *sex-ratio*, mais aussi de mécanisme psychopathologique, pourraient disperser nos recherches et biaiser nos résultats.

3. Mode de recrutement de la population de l'étude :

Dans un premier temps, nous avons contacté les psychiatres hospitaliers spécialisés exerçant en Alsace en services d'adulte, c'est-à-dire les psychiatres exerçant au CHU de Strasbourg (exerçant en service de psychiatrie mais aussi psychiatre exerçant en service de nutrition), au

CH de Colmar ainsi qu'au CH de Mulhouse. Nous avons choisi de diffuser l'information dans ces trois structures, car ce sont celles présentant une activité spécialisée « trouble des conduites alimentaires » et/ou « addictologie ».

C'était donc, selon nous, les structures ayant le plus de probabilités de suivre le profil de participants recherchés. Puis dans un second temps, nous avons informé les membres du réseau professionnel ARTTA³, les professionnels du service de santé étudiant (CAMUS⁴) et des psychiatres libéraux du Bas-Rhin. Grâce à la diffusion de l'information *via* un groupe de communication large, nous avons pu rentrer en contact avec 50% des psychiatres libéraux du Bas-Rhin.

Les praticiens spécialisés ont été informés de vive voix et par mail de cette recherche. Nous leur avons fait suivre électroniquement les documents nécessaires, le document de recherche du consentement (Annexe 2), la notice d'information destinée aux participants (Annexe 3) et la notice d'information destinée aux professionnels (Annexe 4).

Les psychiatres ont été invités à informer leurs patients de cette recherche ainsi qu'à leur remettre les documents écrits d'information et de consentement. Les participants ont eu la possibilité de joindre les investigatrices par mail ou par téléphone s'ils avaient des questionnements sur l'étude.

Nous avons octroyé un délai de réflexion de huit jours aux participants entre la remise des documents et la réception du consentement éclairé. Ce délai a pu être prolongé à la demande des participants. Les participants ayant accepté de participer à l'étude ont pu transmettre les documents complétés aux investigatrices par mail ou lors du premier entretien.

Lors de l'élaboration de cette étude, nous avons pensé inclure entre dix et trente participants.

³ Site internet ARTTA : <https://artta.com>

⁴ Site internet CAMUS : <http://www.camus67.fr/site/>

Site internet SSE (service de santé étudiante – UNISTRA) : <https://www.unistra.fr/sse>

Pour fixer cette fourchette, nous nous sommes appuyées sur le nombre actuel de patients masculins souffrant de troubles des conduites alimentaires au sein des files actives de praticiens spécialisés.

Par la suite, nous avons choisi d'utiliser la méthode qualitative dans ce travail. En recherche qualitative, le nombre de participants n'est pas défini par avance. Dans cette méthode, le nombre d'inclusions est conditionnée par le principe de saturation des données. Il est alors possible d'arrêter les inclusions quand nous constatons une saturation des données.

La saturation serait obtenue dès lors que les nouveaux entretiens n'apportent pas de nouvelles données ou connaissances (47). Ce principe reste tout de même assez théorique.

Afin d'éviter cet écueil il est possible de se référer au concept de suffisance théorique, c'est-à-dire que les inclusions peuvent s'arrêter quand on estime avoir les données suffisantes pour répondre à nos questionnements (47).

En se référant au concept de suffisance théorique, nous avons finalement recruté et inclu dix participants.

4. Lieu de recrutement :

Nous avons souhaité recruter nos participants parmi les files actives des praticiens spécialisés dans les troubles des conduites alimentaire en Alsace (service de psychiatrie et service de nutrition des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, service de psychiatrie du centre Hospitalier de Colmar, service de soins de suite et de réadaptation des Trois Épis...), ainsi que dans la patientèle des psychiatres ayant une activité orientée « addictologie » au CH de Mulhouse.

Puis, à l'issue des six premiers entretiens, nous avons constaté l'effet d'une prise en charge en milieu spécialisé sur le vécu et sur le discours des participants. Afin de limiter ce biais de

recrutement, nous avons souhaité inclure des patients d'horizons plus variés pour diversifier les récits. C'est pourquoi, dans un second temps, nous avons étendu la recherche. Nous avons diffusé l'étude auprès du service de santé des étudiants de Strasbourg (CAMUS), des professionnels, psychiatres et psychologues, du réseau professionnel ARTTA, d'un réseau de psychiatres libéraux du Bas-Rhin.

Cependant, nous n'avons reçu qu'un seul retour des psychiatres libéraux. Cet unique adressage a pu aboutir à un recrutement.

5. Critères d'inclusion et de non-inclusion :

Les critères d'inclusion retenus sont les suivants :

- patient masculin ou se reconnaissant en tant que tel
- patient majeur
- patient pris en charge actuellement pour des troubles des conduites alimentaires de type anorexie et/ou boulimie
- patient dont les diagnostics posés, selon la classification CIM 10, sont compris entre F50.0 et F50.3 inclus. Ces diagnostics peuvent être le diagnostic principal ou secondaire.

Les critères de non-inclusion retenus sont les suivants :

- patient souffrant de trouble somatique mettant en jeu son pronostic vital à très court terme
- patient mineur
- patient concerné par un trouble de l'identité sexuelle

Les détails de ces critères d'inclusion et de non-inclusion ont été transmis *via* la notice d'information aux psychiatres contactés. Ils ont pu diriger vers nous des participants correspondant alors à ces critères, et donc éligibles à l'inclusion.

6. Entretiens

Dans le cadre de cette étude, deux entretiens ont été proposés aux participants inclus. Pour la réalisation de ces entretiens, nous avons fait le choix de privilégier le présentiel. En effet, l'investigatrice est allée à la rencontre de certains participants afin de pouvoir réaliser l'entretien en face à face et d'éviter des déplacements contraignants aux participants. Si toute fois cela n'était pas possible, nous avons tout de même proposé aux participants de réaliser ces entretiens en distanciel. Cette modalité a été utilisée pour deux des participants, cela a permis de contrecarrer des entraves géographiques ou psychiques qui auraient rendu l'inclusion impossible.

Lors du premier entretien, les participants ont été invités à remplir un questionnaire permettant de préciser certaines caractéristiques sociodémographiques (âge, situation familiale, catégorie socio-professionnelle), certaines données médicales (antécédents médico-chirurgicaux, antécédents psychiatriques, antécédents psychiatriques familiaux, traitement médicamenteux en cours), certaines données liées au trouble des conduites alimentaires (diagnostic de TCA, date d'apparition du trouble, date de diagnostic, prise en charge actuelle). Les participants ont ensuite répondu à trois questionnaires validés :

Le questionnaire EAT : échelle d'auto-évaluation des comportements anorexiques (Annexe 5). Il s'agit d'un outil de dépistage visant à évaluer le risque de développer un TCA. Il n'est pas un outil diagnostique. Il est validé pour le dépistage de l'anorexie mentale et de la boulimie (48). Si le score obtenu est supérieur à 20, cela doit permettre l'orientation de la personne vers un spécialiste afin d'affiner le diagnostic.

Le questionnaire EDI-2 (49) : auto-questionnaire visant à évaluer des ressentis ou des comportements, notamment liés à l'alimentation et au corps (Annexe 6). Les questions étant diversifiées, il permet de faire une ébauche d'évaluation des caractéristiques psychiques d'un individu présentant des troubles des conduites alimentaires. Ce questionnaire comporte 91 items, répartis en huit catégories : recherche de la minceur, boulimie, insatisfaction corporelle, inefficacité, perfectionnisme, méfiance interpersonnelle, conscience intéroceptive, peur de la maturité, ascétisme, contrôle des impulsions, insécurité sociale. Ce n'est pas un test à visée diagnostique, mais un score élevé doit permettre un adressage vers des soins spécialisés. Certaines études montrent également que ce test pourrait avoir une valeur prédictive sur l'évolution du trouble à long terme (50).

L'échelle d'anxiété d'Hamilton : auto-questionnaire comportant 14 catégories, regroupant plusieurs symptômes physiques et psychiques (Annexe 7).

Le seuil admis pour évoquer une angoisse significative est fixé à 20 sur 56.

L'échange débutait par une présentation de l'étude et de sa méthode.

Ces questionnaires ont été remplis en présence de l'investigatrice afin de pouvoir répondre aux éventuelles questions des participants. Les fiches de consentement ont été collectées lors de ces entretiens.

Le second entretien consistait en un entretien semi-dirigé individuel d'environ une heure.

Afin de permettre aux participants d'évoquer leur histoire plus librement, dans un cadre rassurant, nous avons opté pour des entretiens individuels.

Les entretiens ont eu lieu entre octobre 2023 et décembre 2024.

Pour ces entretiens, nous avons élaboré un guide d'entretien (Annexe 8) constitué de six questions ouvertes afin que l'échange puisse être le plus libre possible avec le participant :

- Par quels symptômes ont débuté les troubles ? Dans quel contexte de vie (familial, professionnel, social) ont débuté vos troubles du comportement alimentaire ?
- Comment s'exprime votre trouble du comportement alimentaire ? Quels symptômes, physiques et psychiques rapportez-vous ? Quel impact cela a-t-il sur vos comportements du quotidien ? Quel impact cela a-t-il sur vos relations ?
- De quelle manière êtes-vous entré dans les soins ? Comment s'est déroulé le diagnostic de trouble des conduites alimentaires ?
- Quelle prise en charge vous a été proposée ? Quelles difficultés avez-vous rencontrées lors de votre prise en charge ?
- Pensez-vous avoir été considéré/traité différemment du fait de votre genre ? Si oui, comment cela s'est exprimé ?
- Y-a-t-il, selon vous, des spécificités aux troubles du comportement alimentaire chez les hommes ? Selon vous, quelles seraient les spécificités à apporter à la prise en charge des TCA chez l'homme ?

Ces entretiens ont été enregistrés afin de permettre leur retranscription, mot à mot, par la suite.

Les données permettant l'identification des participants ont été anonymisées. Il a été rappelé aux participants qu'ils pouvaient retirer leur consentement à tout moment précédant la publication du travail, et qu'ils pouvaient également refuser de répondre à certaines questions posées au cours de l'entretien.

7. Méthode analyse :

Les informations générales (antécédents, statut professionnel, etc.) recueillis *via* le questionnaire patient (Annexe 9), ont été rassemblées dans un tableau.

Ce dernier regroupe les caractéristiques des participants et permet de préciser la population étudiée.

Nous avons choisi d'utiliser une méthode d'analyse dite thématique. Notamment après entretien avec le Dr Amaury Mengin, psychiatre au CHU mais également praticien formé en analyse qualitative. Nous avons fait ce choix car l'analyse thématique est plutôt adaptable.

Autrement dit, l'analyse thématique correspond à un découpage sémantique du discours (51). Elle permet d'aboutir à des idées en analysant les thèmes retrouvés directement dans le récit des participants, sans qu'il n'y ait d'étape d'analyse du discours supplémentaire (51).

Nous avons souhaité rester au plus près du discours et du ressenti des participants.

Les entretiens semi-dirigés ont été enregistrés puis retranscrits entièrement et manuellement par Charlotte Gardon. Ceci a permis d'obtenir le verbatim. A partir du verbatim, nous pouvons procéder à l'étape du codage, c'est-à-dire : extraire du discours des expressions révélatrices de nœuds de sens.

Ensuite, les codes sont organisés en catégories, et un qualificatif est attribué à chaque nœud. Ce processus se fait tout au long du recueil de données, donc chaque nouvel entretien permet de faire émerger de nouveaux nœuds de sens et enrichit ceux déjà présents.

Ces catégories sont ensuite regroupées en sous-thèmes, puis en thèmes. Enfin, les thèmes, sous-thèmes, catégories et citations sont regroupés au sein de tableaux thématiques.

Afin d'augmenter la validité interne de l'étude, une double analyse indépendante a été effectuée, la première par Charlotte Gardon et la seconde par le Dr Myriam Riegert, directrice de ce travail.

Aucun logiciel n'a été utilisé pour traiter les données.

C. Résultats :

1. Population :

Afin de caractériser la population étudiée, nous avons proposé aux participants de remplir un auto-questionnaire les interrogeant sur des données sociodémographiques et médicales. Les tableaux sont présentés page 60 et page 61.

Cette étude inclut dix participants. Les inclusions ont été interrompues quand nous avons estimé avoir atteint la suffisance théorique nécessaire à la saturation des données.

La moyenne d'âge était de 28,8 ans. L'âge minimum était de 23 ans et l'âge maximum était de 45 ans.

Les caractéristiques de la population étudiée sont rassemblées dans le tableau suivant :

Tableau sociodémographique déclaratif : participant 1 à 5

Numéro patient	1	2	3	4	5
Age	45	23	30	34	26
Situation familiale	Célibataire	Célibataire	En couple	Célibataire	Célibataire
Catégorie socio-professionnelle	Salarié	Salarié	Salarié	Salarié	Etudiant
Antécédents médico-chirurgicaux	Néant	Appendicite, dents de sagesse	Spasmophilie, surpoids à l'adolescence, trouble du sommeil depuis l'enfance, anémie, cardiomyopathie	Néant	Opération rénale, hospitalisation pour covid long en 2021
Antécédents psychiatriques	Epuisement professionnel	Dépression, anxiété	Trouble anxio-dépressif, trouble dépressif récurrent	Orthorexie	Symptômes dépressifs en 2017
Antécédents familiaux psychiatriques	Antécédent de dépression chez le père, antécédent de trouble anxieux chez la mère, antécédent d'anorexie/boulimie chez la sœur	Néant	Antécédent de trouble psychotique chez le père, antécédent de trouble anxio-dépressif chez la mère, notion de tentatives de suicide chez plusieurs apparentés au premier degré, antécédents de troubles anxio-dépressifs et de TCA dans la fratrie	Néant	Antécédent de dépression chez le père, antécédent de dépression chez la mère
Traitement	Néant	Fluoxétine	Quétiapine, Lamotrigine, Valium	Mirtazapine	Néant
Date de l'apparition du trouble	Décembre 2022	2018	2008	2020 (début confinement Covid)	2011
Date du diagnostic	Début 2023	2023	2024	Avril 2022	2023
Diagnostic du TCA	Anorexie / boulimie	Anorexie / boulimie	/	Orthorexie / bigorexie	Anorexie avec accès boulimique
Prise en charge	Psychiatre	Psychiatre, psychologue, nutritionniste, kinésithérapeute, ergothérapeute	Psychiatre, psychologue, nutritionniste, kinésithérapeute, ergothérapeute	Psychiatre	Psychologue

Tableau sociodémographique déclaratif : participant 6 à 10

Numéro patient	6	7	8	9	10
Age	28	25	24	23	30
Situation familiale	Célibataire	En couple	Célibataire	En couple	Célibataire
Catégorie socio-professionnelle	Salarié	Sans emploi	Etudiant, indépendant	Salarié	Salarié
Antécédents médico-chirurgicaux	Hypospadias	Asthmatique, dyslexique, dysorthographique, amygdalectomie	Fracture du crâne	Surpoids (2009 à 2025), obésité (2016, 2017)	Polypes aux sinus, surpoids de 5 à 17 ans et de 22 à 26 ans
Antécédents psychiatriques	Néant	Anxiété sociale depuis 2024, épisode dépressif, 2 épisodes de tentatives de suicide durant l'année 2020	Néant	Symptômes dépressifs réactionnels à un décès en 2022	Cyclothymie, TDAH, TCA à type de boulimie de 16 à 19 ans puis de 26 à 30 ans
Antécédents familiaux psychiatriques	Néant	Antécédent de dépression et de tentative de suicide chez la mère	Néant	Probable trouble anxieux maternel	Antécédent de trouble bipolaire chez un oncle
Traitement	Néant	Néant	Sertraline	Néant	Ritaline, Lithium, Aripirazole
Date de l'apparition du trouble	Décembre 2014	2024	Novembre 2028	2021	Autour de 2010-2011
Date du diagnostic	2022	Néant	Septembre 2020	Août 2024	2024
Diagnostic du TCA	Anorexie mentale	Pas de diagnostique posé	Hyperactivité physique	Anorexie mentale	Boulimie
Prise en charge	Psychiatre	Psychiatre	Psychiatre, nutritionniste, médecin généraliste, sophrologue, kinésithérapeute	Psychiatre, psychologue, nutritionniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, médecin généraliste	Pas de prise en charge TCA (suivi psychiatrique pour comorbidités)

Les participants présentent des profils variés.

Nous avons reçu sept participants célibataires et trois participants en couple au moment de l'entretien. Aucun d'entre eux n'a d'enfant.

Parmi les dix recrutés, il y sept salariés, deux étudiants et un sans emploi.

À propos des antécédents médico-chirurgicaux, nous avons reçus trois participants ayant présenté un surpoids ou une obésité durant l'adolescence ou le début de l'âge adulte. Deux participants ne rapportent aucun antécédent particulier.

Concernant les antécédents psychiatriques personnels, cinq participants ont éprouvé des symptômes dépressifs (dont un ayant des antécédents de tentative de suicide) et un participant mentionne un antécédent d'épuisement professionnel. Trois mentionnent des symptômes anxieux. Un participant a un antécédent de cyclothymie et de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Deux participants ont présenté un antécédent de trouble des conduites alimentaires, orthorexie et boulimie. Il s'agit d'un épisode antérieur à celui de la situation clinique au moment de l'entretien. Deux participants déclarent ne pas avoir d'antécédent psychiatrique notable.

Concernant les antécédents psychiatriques familiaux : cinq rapportent avoir des membres de leur famille concernés par des troubles anxieux et/ou dépressif. Dans trois des cas, ces troubles anxieux et/ou dépressifs concernent plusieurs membres de la famille. Dans deux des cas, il y une ou plusieurs personnes de la famille qui a un antécédent de tentative de suicide. Deux participants présentent un antécédent familial au premier degré de TCA. Un participant présente un antécédent familial de trouble psychotique. Un participant mentionne un

antécédent familial de trouble bipolaire. Quatre participants sur dix n'ont pas d'antécédents psychiatriques familiaux.

Concernant les modalités de soins au moment de la passation des questionnaires : cinq participants étaient suivis uniquement par un psychiatre (un psychiatre spécialisé dans la prise en charge des TCA pour quatre d'entre eux et un psychiatre non spécialisé pour l'un d'entre eux), quatre participants bénéficiaient d'un suivi pluri professionnel spécialisé, un participant avait un suivi exclusivement psychologique.

Cinq participants sur dix n'avaient pas de traitement médicamenteux psychotropes. Trois avaient une prescription pour un traitement antidépresseur en monothérapie. Deux participants avaient une association de plusieurs traitements psychotropes : 1 une association de thymorégulateur, antipsychotique atypique et benzodiazépine, et 1 une association de thymorégulateur, antipsychotique atypique et méthylphénidate.

Du point de vue du diagnostic qui a été discuté dans leur suivi, trois participants ont reçu le diagnostic d'anorexie et de boulimie, trois sont diagnostiqués anorexiques, un participant a le diagnostic de boulimie, deux participants sur dix sont diagnostiqués orthorexiques, un participant n'a pas reçu de diagnostic explicite de troubles du comportement alimentaire.

Nous avons recueilli, pour neuf participants sur dix, la date de début des troubles ainsi que la date de diagnostic. Le participant n'ayant pas reçu de diagnostic n'a pu être pris en compte sur ces items.

Le délai était au minimum d'un an et au maximum de 16 ans. Nous avons trouvé un délai d'errance diagnostique moyen de 7 ans.

2. Questionnaires :

Lors du premier entretien, les différents participants ont été invités à répondre à trois questionnaires : échelle d'anxiété de Hamilton, l'échelle EAT et le questionnaire EDI.

Les résultats des participants aux différents questionnaires ont été regroupés dans le tableau suivant. Nous avons également intégré à ce tableau les diagnostics de troubles des conduites alimentaires retenus pour cette étude. Le diagnostic a été établi après analyse des résultats aux questionnaires et analyse de l'entretien semi-dirigé. Ce diagnostic n'a pas valeur à supplémenter un diagnostic effectué par un praticien connaissant le patient, il nous permet seulement de confirmer que le participant à un profil compatible avec notre étude. Nos critères d'inclusions reposant sur des diagnostics précis (F50.0 à F50.3)

Nous avons choisi d'utiliser ces questionnaires car nous souhaitions évaluer la part d'angoisse présente chez les participants, dont on sait qu'elle peut être très présente pour les patients atteints de TCA. Nous voulions également mettre en lumière les difficultés alimentaires présentes et leurs expressions majoritaires, tout d'abord avec l'échelle EAT, puis plus en profondeur avec le score EDI.

A l'issue de ces tests, nous pouvons alors avoir une ébauche de tableau sur la clinique des participants, aussi bien au niveau symptomatique que psychopathologique.

	Score EDI	Score Hamilton	Score EAT	Diagnostic retenu dans le cadre de cette étude
1	Recherche de la minceur : 8,5/20 Boulimie : 3,8/20 Insatisfaction par rapport à son corps : 6,6/20 Inefficacité : 3,3/20 Perfectionnisme : 4,4/20 Méfiance interpersonnelle : 2,8/20 Conscience intéroceptive : 1,3/20 Peur de la maturité : 5/20 Ascétisme : 4,1/20 Contrôle des impulsions : 0/20 Insécurité sociale : 5/20	7/56	35 score élevé (anorexie, boulimie, préoccupation nourriture)	F50.0 F50.2
2	Recherche de la minceur : 16,2/20 Boulimie : 3/20 Insatisfaction par rapport à son corps : 5/20 Inefficacité : 8/20 Perfectionnisme : 1/20 Méfiance interpersonnelle : 6,6/20 Conscience intéroceptive : 4/20 Peur de la maturité : 12,5/20 Ascétisme : 5/20 Contrôle des impulsions : 1,2/20 Insécurité sociale : 6/20	26/56	44 score élevé (anorexie, boulimie, préoccupation nourriture)	F50.0 F50.2
3	Recherche de la minceur : 8,5/20 Boulimie : 0/20 Insatisfaction par rapport à son corps : 3,7/20 Inefficacité : 2,6/20 Perfectionnisme : 7,7/20 Méfiance interpersonnelle : 2,8/20 Conscience intéroceptive : 3,3/20 Peur de la maturité : 0/20 Ascétisme : 5,8/20 Contrôle des impulsions : 8,4/20 Insécurité sociale : 6,6/20	46/56	37 score élevé (anorexie, boulimie, préoccupation nourriture, contrôle de la prise alimentaire)	F50.1
4	Recherche de la minceur : 2,8/20 Boulimie : 0/20 Insatisfaction par rapport à son corps : 1,5/20 Inefficacité : 2/20 Perfectionnisme : 18,8/20 Méfiance interpersonnelle : 7,6/20 Conscience intéroceptive : 4,6/20 Peur de la maturité : 10,8/20 Ascétisme : 12,5/20 Contrôle des impulsions : 3/20 Insécurité sociale : 5/20	24/56	32 score élevé (anorexie, préoccupation nourriture, contrôle de la prise alimentaire)	F50.1
5	Recherche de la minceur : 4,7/20 Boulimie : 6,6/20 Insatisfaction par rapport à son corps : 6,6/20 Inefficacité : 2,6/20 Perfectionnisme : 7,7/20 Méfiance interpersonnelle : 7,6/20 Conscience intéroceptive : 9,3/20 Peur de la maturité : 9,2/20 Ascétisme : 8,3/20 Contrôle des impulsions : 12,1/20 Insécurité sociale : 3,3/20	28/56	10 (contrôle de la prise alimentaire)	F50.1

	Score EDI	Score Hamilton	Score EAT	Diagnostic retenu dans le cadre de cette étude
6	Recherche de la minceur : 0/20 Boulimie : 0,9/20 Insatisfaction par rapport à son corps : 8,9/20 Inefficacité : 6,7/20 Perfectionnisme : 6,7/20 Méfiance interpersonnelle : 0/20 Conscience intéroceptive : 5,3/20 Peur de la maturité : 12,5/20 Ascétisme : 3,3/20 Contrôle des impulsions : 0/20 Insécurité sociale : 5,8/20	17/56	15 (contrôle de la prise alimentaire)	F50.1
7	Recherche de la minceur : 5,7/20 Boulimie : 13,3/20 Insatisfaction par rapport à son corps : 14,8/20 Inefficacité : 13,3/20 Perfectionnisme : 8,8/20 Méfiance interpersonnelle : 1,9/20 Conscience intéroceptive : 14/20 Peur de la maturité : 4,2/20 Ascétisme : 2,5/20 Contrôle des impulsions : 3,6/20 Insécurité sociale : 9,2/20	24/56	23 score élevé (anorexie, boulimie, préoccupation excessive nourriture)	F50.2
8	Recherche de la minceur : 0/20 Boulimie : 0/20 Insatisfaction par rapport à son corps : 5,9/20 Inefficacité : 2,6/20 Perfectionnisme : 13,3/20 Méfiance interpersonnelle : 1,9/20 Conscience intéroceptive : 3,3/20 Peur de la maturité : 4,2/20 Ascétisme : 0,8/20 Contrôle des impulsions : 1,2/20 Insécurité sociale : 5/20	30/56	24 score élevé (contrôle de la prise alimentaire)	F50.1
9	Recherche de la minceur : 11,4/20 Boulimie : 0/20 Insatisfaction par rapport à son corps : 8,1/20 Inefficacité : 0,7/20 Perfectionnisme : 6,7/20 Méfiance interpersonnelle : 2,8/20 Conscience intéroceptive : 3,3/20 Peur de la maturité : 1,6/20 Ascétisme : 2,5/20 Contrôle des impulsions : 1,8/20 Insécurité sociale : 2,5/20	16/56	39 score élevé (anorexie, boulimie, préoccupation excessive nourriture, contrôle de la prise alimentaire)	F50.0
10	Recherche de la minceur : 9,5/20 Boulimie : 6,7/20 Insatisfaction par rapport à son corps : 17/20 Inefficacité : 8/20 Perfectionnisme : 2,2/20 Méfiance interpersonnelle : 1,9/20 Conscience intéroceptive : 3,3/20 Peur de la maturité : 4,2/20 Ascétisme : 5,8/20 Contrôle des impulsions : 4,2/20 Insécurité sociale : 2,5/20	27/56	22 score élevé (anorexie, boulimie, préoccupation excessive nourriture)	F50.2

Échelle anxiété de Hamilton (Annexe 7) :

L'échelle d'anxiété de Hamilton permet d'évaluer la sévérité de l'anxiété, aussi bien au niveau des symptômes psychiques d'anxiété que des symptômes physiques. L'échelle comporte 14 sous catégories. Le seuil admis pour une anxiété significative est de 20/56.

Les patients atteints de TCA présentent fréquemment des symptômes anxieux (52). Ces symptômes peuvent aussi bien être pré morbides que comorbides (22).

Dans sa revue de littérature, M. Morel-Portelette (7) analyse plusieurs études portant sur les comorbidités psychiatriques des patients atteints de TCA. Plusieurs articles mettent en évidence une prévalence plus importante des troubles anxieux par rapport à la population générale. Elle cite également une étude suédoise portant plus précisément sur l'anorexie mentale chez les hommes, celle-ci retrouve également une prévalence plus importante de troubles anxieux dans cette population (20% de trouble anxieux) (53).

Dans notre étude, on retrouve également une anxiété jugée significative (score supérieur à 20) chez sept participants. Ces données correspondent aux données de la littérature qui retrouvent un lien fort entre symptômes anxieux et troubles des conduites alimentaires.

Échelle EAT-26 (Annexe 5) :

L'échelle EAT-26 est un questionnaire d'auto-évaluation comportant 26 items. C'est un instrument de dépistage, il évalue le risque de développer un TCA mais ne permet pas de poser de diagnostic de TCA. Un score supérieur à 20 indique des comportements alimentaires perturbés et est considéré comme élevé. Cela doit conduire à une évaluation clinique plus en profondeur des comportements alimentaires afin de confirmer le diagnostic ou de l'éliminer. Ce questionnaire, bien que validé pour le dépistage de l'anorexie mentale et de la boulimie, est considéré comme peu efficient dans le dépistage des autres formes de TCA (54).

Ce questionnaire permet d'évaluer trois domaines différents : la restriction alimentaire, la boulimie et les préoccupations concernant la nourriture, et enfin le contrôle de la prise alimentaire.

Il est important de noter que le questionnaire EAT est un outil de dépistage validé principalement en population féminine, la validation en population masculine nécessitant la réalisation d'études supplémentaires.

Dans notre étude, huit participants sur dix ont un score élevé, significatif de comportement alimentaire perturbé. Les participants recrutés étant à différentes étapes de leur parcours de soin, certains ont déjà eu une prise en charge ayant permis une régression des symptômes, ce qui peut expliquer des scores plus faibles. Un score non significatif pourrait également être un faux négatif, ce qui n'est pas rare compte tenu de l'auto-évaluation demandée et des mécanismes psychopathologiques de déni régulièrement à l'œuvre dans les TCA.

De plus, grâce à ses sous-catégories, ce questionnaire nous a également permis de préciser les problématiques prédominantes chez chaque participant. Ces sous catégories sont également reportées dans le tableau.

Questionnaire EDI (Annexe 6) :

Le questionnaire EDI est un outil d'évaluation des troubles des conduites alimentaires. Il permet d'évaluer plus finement des pensées, des sentiments et des comportements en lien avec l'alimentation et l'apparence. Le questionnaire comporte 91 questions regroupés en 11 sous catégories : recherche de la minceur, boulimie, insatisfaction par rapport à son corps, inefficacité, perfectionnisme, méfiance interpersonnelle, conscience intéroceptive, peur de la maturité, ascétisme, contrôle des impulsions et enfin insécurité sociale.

Le score de chaque dimension est égal à la somme des items lui correspondant. Le score EDI total est la somme des scores des 11 catégories. Ce score préjuge de la sévérité du TCA.

Nous avons choisi ce questionnaire car ses sous-catégories permettent de définir un profil psychopathologique du participant en mettant en lumière ces zones de difficultés particulières. Nous avons présenté les résultats sous forme de moyenne dans le but de pouvoir dégager plus facilement les points de difficultés et leurs niveaux d'intensité.

Tout comme l'échelle EAT, ce questionnaire a été pensé et est validé principalement pour la population féminine, certaines questions sont peu adaptées aux patients masculins (par exemple : questions ciblées sur la formes des cuisses, des fesses, du ventre). Afin de palier à cela, un nouveau questionnaire est en cours de développement : *Eating Disorder Assesment for Men* (EDAM) (55). Ce questionnaire, plus inclusif, intégrerait des critères tels que la dysmorphie musculaire plus fréquemment retrouvée chez les patients masculins. L'objectif serait d'aboutir à un outil de dépistage et d'évaluation fiable pour les TCA de l'homme.

3. Entretiens :

Dans le cadre de cette étude nous avons inclus dix participants. Chaque participant a été reçu pour deux entretiens : un premier entretien pour présenter l'étude oralement et remplir les différents questionnaires proposés puis un second entretien pour échanger autour des thématiques abordées par le questionnaire semi-dirigé spécialement élaboré.

Dix entretiens semi-dirigés ont donc été réalisés entre le 29 février 2024 et le 20 novembre 2024. La durée moyenne était d'environ 50 minutes, avec des durées allant de 30 minutes à 1 heure et 06 minutes.

Aucun participant n'a été exclu de l'étude. Tous les entretiens réalisés ont été inclus dans l'analyse des données.

Chaque participant a répondu aux six questions posées, aucun n'a demandé que des données de l'entretien ne soient pas retranscrites ou utilisées dans l'étude. Nous avons précisé aux participants qu'ils recevront la retranscription de leur entretien, leurs questionnaires et la thèse finalisée à l'issue de la soutenance.

Nous joignons en annexe 10, la retranscription de l'entretien du participant 9 à titre d'exemple. Le jury peut demander à avoir accès à la totalité des retranscriptions.

4. Analyse des entretiens :

Dans cette partie, nous allons désormais présenter l'analyse des entretiens semi-dirigés. L'analyse de chaque question est présentée de manière synthétique sous forme de tableau récapitulatif. Nous avons choisi d'inclure six tableaux dont chacun traite l'un des six thèmes abordés par les questions ouvertes posées aux participants. Ces questions permettent d'évoquer des points essentiels, tels que : les symptômes et le contexte de vie relatifs au début des troubles, les symptômes actuels ainsi que leurs impacts, l'entrée dans les soins et la démarche diagnostique, la prise en charge et les difficultés traversées lors du parcours de soin, la considération des personnes masculines atteintes de TCA et les spécificités identifiées par les patients des formes masculines de TCA.

Dans les tableaux, figurent les différents verbatim extraits du discours des participants. Nous devons préciser que ces verbatim sont organisés de sorte à faciliter l'accès aux informations. C'est pourquoi, certains verbatim peuvent figurer dans un tableau ne correspondant pas à sa question d'origine. Grâce à la technique de l'entretien semi-dirigé, des éléments se référant à une question précise ont pu émerger à d'autres temps de l'entretien. De fait, nous avons réalisé un travail de synthèse des données afin que les tableaux soient les plus exhaustifs et accessibles possibles.

Nous expliciterons le contenu de chacun des tableaux puis nous apporterons quelques précisions sur l'analyse des données.

Chaque participant s'est vu attribué un chiffre, allant de 1 à 10, associé à tous ses verbatim retenus. Cela permet l'anonymisation des différents verbatim tout en offrant aux lecteurs la possibilité de retracer l'histoire complète d'un participant.

a) Analyse des questions Q1 et Q2 :

Dans cette première partie, nous allons détailler les données relatives à l'expression symptomatique du trouble alimentaire, passée et actuelle mais également au contexte de vie associé. Ces questions nous permettent non seulement de décrire cliniquement les TCA des participants mais aussi d'essayer de dégager une étiopathogénie des formes masculines. Nous avons choisi de regrouper l'analyse des questions Q1 et Q2 au sein d'un même paragraphe du fait de leur thématique commune.

Pour rappel, ces deux questions interrogent les participants sur leurs signes cliniques et sur leur contexte de vie :

- Q1 : *« Par quels symptômes ont débuté les troubles ? Dans quel contexte de vie (familial, professionnel, social) ont débuté vos troubles du comportement alimentaire ? »*
- Q2 : *« Comment s'exprime votre trouble du comportement alimentaire ? Quels symptômes, physiques et psychiques rapportez-vous ? Quel impact cela a-t-il sur vos comportements du quotidien ? Quel impact cela a-t-il sur vos relations ? »*

Analyse de la question Q1 :

Cette question permet de décrire les symptômes présents au moment de l'émergence du trouble et le contexte de vie au moment de l'apparition des symptômes.

Devant la quantité importante de matériel, le tableau et l'analyse ont été séparés en deux parties afin de fluidifier la lecture.

Partie 1

Codes	Composantes	Sous composantes	Citations
Premières manifestations des troubles	Restriction alimentaire		J'avais besoin de cette démarcation avec les autres. Je me sentais meilleur en me restreignant sur la nourriture, je me sentais mieux que les autres. Comme si j'étais supérieur aux autres parce que je ne mangeais pas (2)
			Je me suis mis à vouloir contrôler mon apparence physique en me restreignant et en maigrissant (2)
			J'ai débuté avec une restriction alimentaire (2)
			Je ne comptais pas les calories mais je surveillais les quantités (2)
			J'ai le souvenir que c'était très facile de ne pas manger alors que maintenant c'est plus compliqué (2)
			J'ai commencé à avoir une alimentation très axée performance (4)
			Je commençais à ne pas forcément manger ce qu'on me donnait. Je voulais remplacer, par exemple des pâtes blanches par des pâtes complètes (4)
			C'était vraiment essentiellement de la privation. Je buvais beaucoup d'eau avant chaque repas pour être sûr que l'estomac ne puisse pas tolérer beaucoup de nourriture. Je ne calculais pas spécialement les calories (3)
			2021, c'était vraiment l'année où j'ai commencé à supprimer de plus en plus de choses. Et je pense que c'est là où je me suis dit, là, il y a de la restriction. C'est vraiment l'année où je me suis rendu compte que la restriction, puis même la peur de manger des aliments (9)
			J'étais un peu dans une phase où je stagnais. Je ne savais plus trop où j'en étais dans la perte de poids. Et je me suis dit, maintenant, tu manges des légumes. C'est un peu l'aliment, soi-disant, qui aide à perdre du poids. Donc, j'ai commencé à supprimer de plus en plus d'aliments (9)

Premières manifestations des troubles	Restriction alimentaire	Je ne mangeais plus. Et après, j'ai commencé à perdre du poids. Et après, le cercle... s'est fait de manière... Comment dire... D'un coup, je suis descendu jusqu'à 55 kilos et après ça s'est fait progressivement au fil des années. Après, je suis descendu jusqu'à 50, 48. Et là, la dernière année, je suis redescendu à 39 et j'ai été hospitalisé du coup (8)
		Mais après, vu que j'avais souvent mal, après, les repas. J'avais souvent mal le midi. Du coup, le midi, je ne mangeais pas. Je sautais le repas (8)
		J'ai alors commencé à limiter mes repas, j'avais un blocage. J'ai limité mes repas mais je n'ai jamais vraiment su même aujourd'hui pourquoi (5)
		J'avais peur de manger, j'avais peur de me faire à manger/de cuisiner. Je ne sais toujours pas pourquoi (5)
		Après je me suis interdit de plus en plus de choses. J'ai commencé à perdre du poids, je pouvais plus trop manger à midi, parce que je me sentais mal, j'avais la nausée. Tout ce qui était en sauce, tout ce qui était gras ou quoi, je me disais, évite parce que tu risques de vomir (6)
	Crise de boulimie	Donc, les premiers symptômes, c'étaient des vomissements provoqués. Il y avait aussi le fait de me gaver un peu parfois. Et quand ça arrivait, il y avait forcément des vomissements provoqués (10)
		Les crises de boulimie avaient toujours lieu le soir, après le travail, jamais au travail. Je rentre du travail, je m'installe dans la cuisine, je mange à peu près normalement et puis là la crise commence. Il pouvait m'arriver de manger trois voir 4 heures. C'était des pulsions. Je trouve que l'anorexie est plus facile à vivre parce qu'il y a un certain contrôle alors que pendant les crises de boulimie, on perd complètement le contrôle. On est complètement déconnecté de soi, tout ce qu'on voit on peut l'ingérer (1)

Premières manifestations des troubles	Crise de boulimie		J'avais des crises de boulimie, assez fréquentes et assez douloureuses puisque j'ingérais beaucoup d'aliments. Je ne pouvais pas en dormir, je me couchais très tard et la journée au travail, c'était compliqué. Il y avait aussi le sentiment de culpabilité avec les crises de vomissements. Il y avait aussi de la compensation sportive. Les premières crises de vomissements ont eu lieu le jour de Noël en 2022. C'était ma vraie première crise de boulimie. Après le repas de Noël, je suis rentré chez moi, et j'ai continué à manger jusqu'à ne plus en pouvoir et avoir mal jusqu'à ce que je vomisse (1)
			La boulimie c'est venu un peu après, un peu comme des crises, je ne les contrôle pas du tout. C'est juste qu'il faut que je mange parce que sinon je pense (7)
	Volonté de perdre du poids	Trouble de l'image du corps	Je ne faisais pas du tout attention à mon corps, je ne regardais pas mon corps. C'est ma compagne qui m'a dit « tu perds du poids ». Mais moi je continuais parce que je continuais à m'améliorer (4)
			2023, j'étais encore dans une période où j'avais essayé de prendre un peu de poids pour assurer les études, le boulot, tout ça. Mais je n'ai pas accepté la reprise de poids. Donc, j'ai vite rechuté (9)
		Préoccupation pour l'image du corps	Par la suite, j'ai voulu reprendre du poids mais pas de gras. Il y avait une vraie peur de reprendre du gras. Je voulais uniquement prendre du muscle (1)
			J'avais une volonté de maigrir mais aussi une forte baisse d'appétit (2)
			Je suis quelqu'un de très sec avec très peu de graisse et j'ai quand même des muscles qui se voit donc je me disais que j'avais quand même un corps joli et donc ça me convenait plus ou moins (5)
			Au niveau sentimental : cela m'arrivait encore il y a quelques mois de me dire que mon poids devait avoir une incidence sur mes relations, peut-être dans l'idée que je sois attirant ou pas (5)
			Donc, c'était vraiment une perte de poids qui a entraîné cette quête. C'est un peu une quête du corps que je voulais, que je n'ai jamais réussi à avoir (9)

Premières manifestations des troubles	Volonté de perdre du poids	Contrôle du poids par les pesées	Je me pesais également tout le temps. J'avais une vraie volonté de ne plus prendre du poids mais pas vraiment une volonté de perdre du poids (1)
			Je me pesais une fois par semaine à peu près (2)
			Je me pesais beaucoup et je faisais en sorte qu'entre chaque pesée ça avait au moins un petit peu baissé (3)
			Pendant l'adolescence je me pesais beaucoup/surveillait mon poids et cela jusqu'à mes 20 ans (5)
			Quand j'étais vraiment en recherche de perte de poids, je me pesais vraiment souvent (10)
	Faible estime de soi		Il y avait aussi le sentiment de culpabilité avec les crises de vomissements (1)
			Je n'avais aucune confiance en moi, j'avais une estime de moi assez basse aussi, je travaille ça depuis (5)
	Activité physique excessive		J'ai commencé à augmenter la quantité de sport. J'ai vu qu'il y avait des résultats mais je perdais pas mal de poids, en mangeant normalement (4)
			Je faisais beaucoup de sport le matin, avant de commencer la journée de travail. Pendant le confinement c'est devenu des sorties de sport d'une heure et demi, deux heures. Des sorties de plus en plus longues. C'était un moyen de sortir aussi (4)
			À ce moment-là je faisais beaucoup de sport, et l'alimentation je pense qu'elle était encore normale. Je faisais du sport pour me détendre, quand je cours j'oublie tout. J'ai aussi fait beaucoup de musculation (1)
			En fait, les deux périodes où j'ai recommencé (les vomissements) effectivement, il y a eu vraiment une activité physique très forte, ce qui entraînait beaucoup de blessures (10)

Premières manifestations des troubles	Activité physique excessive	Au niveau du sport, je faisais environ 20 km de marche tous les jours. Je faisais aussi une demi-heure à 1h de musculation par jour. C'était de véritables pulsions. Parfois, je pleurais avant de sortir marcher, mais je ne pouvais pas m'en empêcher. C'était plus fort que moi, il fallait que je sorte et que je perde les calories ingérées (1)
		Je ne cherchais pas à modifier mon corps. Après, sur les dernières années, j'ai fait beaucoup de sport. Je faisais que du cardio pour activer, entre guillemets, le transit. Ce n'était pas en quête de perdre ou prendre. C'était juste pour le transit. J'allais à la salle faire des escaliers pendant une heure pour activer le transit. Je savais que ça me faisait activer. (8)
	Stratégies de contrôle du poids	Je n'avais aucun mécanisme compensatoire (pas de sport à outrance ni de vomissement) (2)
		Je ne faisais pas de vomissement, pas de rejet mais c'était juste une alimentation très saine (4)
		C'était l'époque où je me suis mis pas mal au sport, mais aussi à avoir des troubles alimentaires, je vomissais à la fin du repas justement. J'ai provoqué des vomissements à partir de 17 ans. Les vomissements alors c'était dans le but de maigrir (10)
		Je faisais en permanence le calcul des calories, c'était épuisant. Au travail, je me demandais ce que j'allais manger, combien de calories cela représentait, combien de temps il fallait faire du sport pour l'éliminer (1)
		Il y avait aussi pas mal de fois où je me faisais vomir dès que j'avais mangé (3)
		J'essayais de faire du sport, mais ce n'était pas non plus mon grand kiff. Donc, le problème, c'est que c'était vraiment quelque chose qui me contraignait. C'était surtout, il faut que tu perdes du poids, donc il faut que tu fasses du sport (9)

Premières manifestations des troubles	Distorsions cognitives		Et c'est dans ce contexte là que l'anorexie m'est apparue comme la toute première manière d'avoir accès à mon corps, de le contrôler. J'ai découvert que je pouvais exercer un contrôle sur mon corps indépendamment de tout contrôle extérieur. Ça a été assez jouissif pour moi. Au début, il n'y a pas eu de critère de type esthétique c'était vraiment une forme d'émancipation et de réappropriation du corps (3)
			C'est juste qu'il faut que je mange parce que sinon je pense (7)
			J'avais aussi un peu cette obsession de renvoyer une image de fêtard un peu, qui n'a pas besoin de manger (2)
			J'avais lu à l'époque que les cellules cancéreuses étaient avides de glucides et donc qu'il fallait essayer de diminuer les glucides. Je voulais donc lui montrer qu'il était possible de vivre sans glucide (1)
			Je pense que c'est là les premiers symptômes de l'amaigrissement. Cet amaigrissement il est dû au fait que mon père ne pouvait plus manger ce qu'il souhaitait à cause de la maladie et du traitement et moi je m'étais fixé pour but de lui montrer que l'on pouvait vivre uniquement avec certains aliments. Je pense que c'est là que cela a commencé par rapport à l'alimentation (c'était un peu avant et pendant le confinement) (1)
			Cette volonté de contrôler ce que je mange c'était dans l'idée de ne pas être jugé sur le fait que je mange beaucoup. Mais ce qui est intéressant c'est que c'est surtout quand je suis tout seul que je me limite alors que quand je suis avec des gens que je connais (mes amis, ma famille) j'ai beaucoup moins de mal à manger. C'est comme si j'avais un regard extérieur mais qui était seulement le mien (5)
			La faim était toujours là et il fallait lutter contre. J'avais aussi l'impression d'entamer une bataille contre l'ennemi intérieur qui voulait décider à ma place et d'avoir l'impression de garder aussi le contrôle envers moi (3)
			Je pense que j'essayais de m'évader avec ce sport. Le climat était devenu anxiogène aussi à l'intérieur. Les seuls moments où je voyais quelqu'un d'autre, que je voyais une personne en présentiel, c'était devenu anxiogène. Le sport était la seule porte de sortie, le seul moyen d'évacuer (4)

Premières manifestations des troubles	Distorsions cognitives		L'aspect physique est aussi utile, c'est-à-dire le fait d'avoir le ventre vide, d'être faible parce que ça évite beaucoup les ruminations. Quand on a un focus sensoriel aussi présent, l'esprit se concentre dessus et n'a pas la possibilité de divaguer sur des choses plus douloureuses (3)
	Déni / refus de soins		Les deux mois avant l'hospitalisation, donc la période de mai-juin, je me battais avec mon médecin pour pas être en arrêt (9)
			J'étais dans un déni pendant quelque temps et puis j'ai eu mon diagnostic et j'ai l'impression que j'avais besoin de ça pour avancer, de mettre des mots sur ce qui est arrivé (5)
			En 2022, l'année qui a suivi le décès de mon père, j'ai atteint 48 kilos. J'étais sous la couette, dans le froid, à plus de 30 degrés. Mais j'étais encore dans une phase où j'étais un peu dans le déni. Ça ne va pas, mais je m'en fous. Je ne veux pas guérir (9)
			Mes parents, ils n'étaient pas trop sur mon dos. J'étais déjà suivi à cette période, mais c'est surtout après la période Covid que ma mère à un moment elle a dit que quelque chose n'allait pas et du coup c'est carrément elle qui a contacté la psychiatre parce que moi en fait je ne me rendais pas compte. Et à ce moment-là j'avais 36 kilos donc c'était grave mais tel quel je ne le voyais pas c'est ça qui est un peu dingue (6)
	Symptômes anxieux		J'étais chez ma copine et pendant la nuit j'ai eu l'impression de faire un arrêt cardiaque, l'impression de sentir partir. C'est là que j'ai consulté le médecin, et il m'a dit que ça devait être du stress. Je pense que cet épisode, c'est vraiment le début de la maladie, c'est ce que je suppose. C'était le déclencheur (1)
			Je pense que j'essayais de m'évader avec ce sport. Le climat était devenu anxiogène aussi à l'intérieur. Les seuls moments où je voyais quelqu'un d'autre, que je voyais une personne en présentiel, c'était devenu anxiogène. Le sport était la seule porte de sortie, le seul moyen d'évacuer (4)

Premières manifestations des troubles	Symptômes anxieux	Et il y avait un trop-plein, et c'est un soir où j'ai vomi en fait. Et ça m'a fait comme si j'allais mourir, presque. Je me suis senti très très mal, et du coup mon cerveau il a retenu ça. Donc ça a développé des craintes au niveau de l'alimentation (6)
		J'ai toujours eu du mal un peu à manger à midi à cause du stress, de la pression. Peu importe ce que j'ai mangé le midi, l'après-midi limite je ne pouvais pas aller en cours quoi, parce que je me mettais mal tout seul (6)
		Je me suis renseigné, j'ai vu que j'avais peur de vomir, je me suis dit moi c'est un peu bizarre, j'ai vu que c'était l'émétophobie. C'est assez dur à faire accepter, surtout quand on a 19-20 ans (6)
		En plus, à côté, j'ai commencé à développer une anxiété sociale. Donc y'a vraiment l'anxiété sociale et la boulimie qui sont vraiment, pas des événements mais des choses qui sont ressorties en même temps (7)
	Trouble de l'humeur / irritabilité	Ma famille, mon entourage me trouvait de moins en moins joyeux et de plus en plus agressif. J'étais de moins en moins patient, alors que j'étais un modèle de patiente auparavant. Je n'avais plus de loisir, je ne pensais qu'au travail. Suite à la passation du test de Hamilton, je me suis rendu compte que j'étais en plein dedans (en référence aux symptômes de dépression) durant cette période-là (1)
		Il y a eu pas mal de comportements d'agressivité (1)
		Ça a explosé, je me suis mis à pleurer tous les soirs (7)
	Addictions	C'était aussi une période où j'abusais de l'alcool et ou j'avais une addiction aux médicaments opiacés (2)
		C'était un accroissement de toutes les addictions, la tendance à vouloir être endormi (3)
		Ce qui était plus au centre c'était le fait de me retrouver tous les jours, même à 16 heures, complètement éclaté aux médicaments et avoir beaucoup bu. Tout cela, c'était plus visible, plus conséquent donc c'est plus cela qui était au premier plan. Les TCA passaient beaucoup plus inaperçus dans mes relations (3)

Premières manifestations des troubles	Addictions		Je crois que c'est vers mes 21 ans où je devais peser dans les 46 kilos, c'était clairement le moment le plus difficile, je mangeais très mal, je faisais beaucoup la fête donc je buvais beaucoup aussi, je prenais des drogues (cannabis, ecstasy, MDMA dans un contexte festif). Je côtoyais des gens qui étaient aussi dans une période compliquée qui buvaient beaucoup (5)
	Comportements auto-dommageables		Cela allait même jusqu'à des crises extrêmement psychotiques, au sens de perte de contact total avec le réel, d'autodestruction, d'automutilation, je pouvais m'infliger de nombreuses brûlures (3)
			C'est une forme d'autodestruction aussi. Ça passe aussi par les ressentis physiques, les ressentis de la douleur, de la faim. J'ai tendance à revenir à ces choses quand cela ne va pas (3)
	Symptômes physiques		J'avais de plus en plus de symptômes dont je ne me rendais pas forcément compte comme par exemple des maux de ventre avant d'aller au travail, de la difficulté à me lever, de la fatigue énorme et dès que je me retrouvais devant mon poste de travail je commençais à suer et je n'arrivais plus à réfléchir, j'avais des vertiges (1)
			Il y a eu des symptômes aussi, comme des ballonnements, des tensions au niveau des épaules, des troubles de la vision, des troubles du sommeil (1)
			Ça a commencé, j'étais constipé tout le mois de décembre et après ça n'est jamais passé (8)
			Tous les symptômes relatifs à un manque de vitalité c'est-à-dire les vertiges, les malaises, les hypoglycémies ont été perçus par moi comme une forme de victoire et quelque chose de très rassurant (3)

Partie 1 :

Tout d'abord, nous allons traiter les données relatives aux premières manifestations symptomatiques du trouble. Nous analyserons par quels symptômes, alimentaires ou autres, ont débuté les troubles des différents participants. Il s'agit pour nous d'analyser la diversité et la prévalence des symptômes afin de juger d'un profil différent ou similaire entre symptomatologie féminine et masculine.

En ce qui concerne les premières manifestations du trouble, sept participants ont présenté des épisodes de restriction alimentaire. Pour le participant 4, cette restriction était surtout qualitative et s'inscrivait dans un contexte d'hyperactivité physique importante. La restriction était également essentiellement qualitative pour le participant 6 et s'inscrivait plutôt dans un contexte d'inconfort physique, de symptomatologie somatique et d'émétophobie. Le participant 8 revient également sur des douleurs physiques ayant participé, selon lui, à la mise en place de la restriction. Pour le participant 9, une restriction de plus en plus importante s'est mise en place à l'occasion d'un régime. Les participants 2, 3 et 5 nous parlent quant à eux d'une restriction quantitative. Le participant 2 précise sa pensée et identifie un lien entre restriction et sentiment de supériorité aux autres, l'impression de dominer ses pulsions corporelles.

Pour trois des participants, les premiers symptômes étaient de nature boulimique. Les participants 1, 7 et 10 décrivent bien ces moments de perte de contrôle suivis de vomissements provoqués : « *La boulimie c'est venu un peu après, un peu comme des crises, je ne les contrôle pas du tout. C'est juste qu'il faut que je mange parce que sinon je pense* » (Participant 7).

Le participant 1 recourait à un deuxième comportement compensatoire : l'hyperactivité physique.

Parmi les dix participants, sept d'entre eux décrivent une volonté importante de perdre du poids.

Les participants 4 et 9 témoignent d'une relation qui s'est troublée avec leur image et leur corps. Pour le participant 4, cela se présentait surtout sous la forme d'un déni de sa réalité corporelle, d'un déni de sa maigreur. Le participant 9 revient sur une période de sa vie où il a tenté de stopper la perte de poids et d'en reprendre, cependant l'acceptation de cette prise de poids n'a pu être possible à cet instant.

Les participants 1, 2, 5 et 9 expriment d'importantes préoccupations envers leur image corporelle. Les participants 2 et 9 parlent d'une volonté de perte de poids, d'une « quête » de minceur. Pour le participant 1, il s'agit plutôt d'une préoccupation tournée vers l'accumulation de graisse et la volonté d'avoir une musculature plus importante : « *Par la suite, j'ai voulu reprendre du poids mais pas de gras. Il y avait une vraie peur de reprendre du gras. Je voulais uniquement prendre du muscle* ». Le participant 5 évoque également cette différenciation faite entre graisse et muscle. On entend l'appréhension liée « au gras ».

Cinq des participants décrivent la perturbation de leur rapport au poids et à la balance, les pesées très fréquentes et avec des objectifs précis faisaient partie des premières manifestations du trouble. La préoccupation chiffrée autour du poids étaient très présente dans leur trouble.

Dans les propos de participants 1 et 5, on entend le sentiment de faible estime de soi qui est reconnu comme étant un facteur prédisposant individuel aux TCA (56).

Quatre des participants ont présenté une activité physique excessive. Pour le participant 1, cette pratique s'inscrivait dans sa recherche de perte de poids, de dépenser le plus de calories possibles. Il décrit ce sentiment de pulsion, d'urgence à faire de plus en plus d'exercice : « *Au niveau du sport, je faisais environ 20 km de marche tous les jours. Je faisais aussi une demi-heure à 1h de musculation par jour. C'était de véritables pulsions. Parfois, je pleurais avant de sortir marcher, mais je ne pouvais pas m'en empêcher. C'était plus fort que moi, il fallait que je sorte et que je perde les calories ingérées* ». Le participant 10 relate une expérience similaire, c'est-à-dire pratiquer une activité physique importante dans une logique compensatoire. Il place d'ailleurs ce symptôme au même plan que les vomissements provoqués. Le participant 4 soulève deux aspects, tout d'abord la place du sport lors du confinement, l'accès à l'extérieur conditionné : « *Je faisais beaucoup de sport le matin, avant de commencer la journée de travail. Pendant le confinement c'est devenu des sorties de sport d'une heure et demi, deux heures. Des sorties de plus en plus longues. C'était un moyen de sortir aussi* ». Il évoque également l'aspect performance liée à l'activité physique, la volonté de dépasser ses limites, d'améliorer ses résultats. Pour le participant 8, le sport est décrit comme un moyen de palier à des symptômes physiques désagréables.

Lors des entretiens, six participants évoquent des stratégies de contrôle du poids auxquelles ils ont ou non eu recours. Quatre participants pratiquaient une activité physique importante dans l'optique de contrôler et de perdre du poids. Deux des participants recouraient aux vomissements provoqués après les prises alimentaires afin de contrôler leur poids. Les participants 1 et 4 parlent du contrôle strict de leur alimentation que ce soit d'un point de vue qualitatif ou quantitatif avec comptage des calories. Le participant 2 précise qu'il n'a eu recours ni aux vomissements ni à l'hyperactivité physique.

Dans les récits de six participants, on entend les distorsions cognitives causées par les TCA. Les troubles alimentaires peuvent impacter le mode de pensée, le raisonnement et la lecture des ressentis ou événements de vie des personnes atteintes. On entend alors le participant 4 présenter l'activité physique comme « une porte de sortie » malgré l'aliénation que peut générer un tel symptôme. Le discours du participant 3 s'inscrit dans un registre similaire. Il décrit le sentiment de contrôle, de pouvoir que peut procurer le trouble malgré toutes les contraintes qu'il engendre. Le participant 1 revient sur ses croyances alimentaires au moment de la prise en charge à domicile de la pathologie cancéreuse de son père : *« J'avais lu à l'époque que les cellules cancéreuses étaient avides de glucides et donc qu'il fallait essayer de diminuer les glucides. Je voulais donc lui montrer qu'il était possible de vivre sans glucide »*. Pour les participants 3 et 7, le symptôme alimentaire permet un évitement de la pensée vécue comme particulièrement anxiogène. Le trouble permet de fixer leurs pensées sur l'alimentation et le corps, d'envahir l'espace psychique et d'éviter d'autres contenus de pensée : *« L'aspect physique est aussi utile, c'est-à-dire le fait d'avoir le ventre vide, d'être faible parce que ça évite beaucoup les ruminations. Quand on a un focus sensoriel aussi présent, l'esprit se concentre dessus et n'a pas la possibilité de divaguer sur des choses plus douloureuses »* (Participant 3). Les participants 2 et 5 font le lien entre l'alimentation, l'aspect physique et l'image renvoyée aux autres, le regard des autres. Le participant 5 décrit bien cette projection sur l'autre de son propre regard sur soi-même : *« Cette volonté de contrôler ce que je mange c'était dans l'idée de ne pas être jugé sur le fait que je mange beaucoup. Mais ce qui est intéressant c'est que c'est surtout quand je suis tout seul que je me limite alors que quand je suis avec des gens que je connais (mes amis, ma famille) j'ai beaucoup moins de mal à manger. C'est comme si j'avais un regard extérieur mais qui était seulement le mien »*.

Dans trois des récits, on entend la participation du déni dans leur rapport à leur réalité corporelle, à la gravité des symptômes. Le participant 6 rapporte l'absence de perception de son état physique et la nécessité de l'aide apportée par les proches pour pallier au mieux à ce déni envahissant : « *Mes parents, ils n'étaient pas trop sur mon dos. J'étais déjà suivi à cette période, mais c'est surtout après la période Covid que ma mère à un moment elle a dit que quelque chose n'allait pas et du coup c'est carrément elle qui a contacté la psychiatre parce que moi en fait je ne me rendais pas compte. Et à ce moment-là j'avais 36 kilos donc c'était grave mais tel quel je ne le voyais pas c'est ça qui est un peu dingue* ». Pour le participant 9, ce déni a conduit à un refus temporaire des soins. Le participant 5 a perçu une levée du déni au moment de l'annonce diagnostique.

Des symptômes anxieux ont été décrits par quatre des participants. Il est important de noter que les symptômes anxieux sont reconnus comme de possibles facteurs pérennisants des troubles et les événements de vie stressants peuvent être un des facteurs déclenchants du TCA (56). Le participant 1 identifie un épisode qui s'apparente à une attaque de panique comme étant le déclencheur de ses TCA : « *J'étais chez ma copine et pendant la nuit j'ai eu l'impression de faire un arrêt cardiaque, l'impression de sentir partir. C'est là que j'ai consulté le médecin, et il m'a dit que ça devait être du stress. Je pense que cet épisode, c'est vraiment le début de la maladie, c'est ce que je suppose. C'était le déclencheur* ». Dans le cas du participant 7, on note l'émergence concomitante des TCA et de la phobie sociale. Cela correspond aux données retrouvées dans cette étude de 2000 menée par N. Godart qui retrouve une phobie sociale chez 59% des patients boulimiques (57). Pour le participant 6, cette angoisse est principalement liée à des symptômes phobies tels que l'émétophobie : « *Et il y avait un trop-plein, et c'est un soir où j'ai vomi en fait. Et ça m'a fait comme si j'allais mourir,*

presque. Je me suis senti très très mal, et du coup mon cerveau il a retenu ça. Donc ça a développé des craintes au niveau de l'alimentation ».

On retrouve donc le lien fort et bien décrit entre symptômes anxieux et troubles des conduites alimentaires. Une étude a encore récemment confirmé cette fréquente comorbidité. Il s'agit d'une étude menée en France en 2000 par Godart et associés (57), où les chercheurs ont évalué la présence de troubles anxieux chez 63 patientes présentant un diagnostic de TCA. Ils retrouvent une prévalence vie entière du trouble anxieux de 83% chez les patientes atteintes d'anorexie et de 61% chez les patientes atteintes de boulimie (57).

Deux des participants ont perçu des symptômes thymiques au moment de l'apparition de la symptomatologie alimentaire. Ils décrivent des symptômes tels que l'irritabilité et le fléchissement thymique qui semblent correspondre à un épisode dépressif concomitant aux troubles. Un chapitre de l'ouvrage « Les états dépressifs », rédigé par A. Pham-Scottez traite du lien particulier entre TCA et dépression : *« Les sujets présentant un trouble des conduites alimentaires éprouvent fréquemment des symptômes dépressifs. En effet, une humeur basse, des sentiments de culpabilité, d'inutilité, une absence d'espoir, une irritabilité, des troubles de l'attention et de la concentration, et des perturbations du sommeil sont très souvent rapportés par les patients anorexiques (...) Dans le cas de l'anorexie mentale, les symptômes dépressifs apparaissent secondaires et majorés par la dénutrition si celle-ci est intense et/ou brutale »* (58). On sait également que tout comme les symptômes anxieux, les symptômes dépressifs peuvent être un facteur pérennisant des troubles (56).

Pour trois des participants, le TCA s'est accompagné de conduites addictives : alcool, opiacés, médicament psychotropes, THC, ecstasy, drogues de synthèses. Le participant 3 fait le lien entre son TCA et ses comportements addictifs. Pour ces participants, l'addiction aux produits

est comorbide de l'addiction comportemental (le TCA). Ces deux problématiques addictives peuvent régulièrement être comorbides l'une de l'autre car sous-tendues par des mécanismes psychiques similaires (59).

Le participant 3 parle de son TCA comme d'une forme de comportement autodestructeur : *« C'est une forme d'autodestruction aussi. Ça passe aussi par les ressentis physiques, les ressentis de la douleur, de la faim. J'ai tendance à revenir à ces choses quand cela ne va pas »*. De plus, on retrouve dans son histoire de vie des épisodes de passages à l'acte auto-dommageable (automutilations, brulures).

Trois des participants ont présenté des symptômes physiques comme premières manifestations de leur TCA. Dans le cas du participant 1, il s'agit surtout de symptômes physiques d'angoisse, en lien avec des problématiques professionnelles importantes. Le participant 3 décrit des symptômes en lien avec la dénutrition, l'absence d'apport alimentaire suffisant : *« Tous les symptômes relatifs à un manque de vitalité c'est-à-dire les vertiges, les malaises, les hypoglycémies ont été perçus par moi comme une forme de victoire et quelque chose de très rassurant »*. Pour le participant 8, il s'agit principalement de symptômes digestifs qu'il met en lien avec les problématiques alimentaires qui ont suivi.

Partie 2

Codes	Composantes	Sous composantes	Citations
Contexte de vie	Familial	Antécédents psychiatriques familiaux	Avec ça, s'accumulait pleins d'autres choses. Avant ça ma mère avait divorcé de mon père et avait fait des tentatives de suicide (7)
			Ma sœur était en dépression, elle est aussi anorexique et boulimique (1)
			Mon frère, c'est un peu de la boulimie qu'il fait. Il compense par la nourriture. Ma sœur, elle est entre guillemets normale. C'est plutôt le facteur inverse. Ils vont plutôt aller manger pour se reconforter que ne pas manger (8)
		Relations intrafamiliales	Je suis dans un contexte familial extrêmement compliqué, extrêmement religieux : des évangélistes pentecôtistes. C'est une religion où l'on essaye d'avoir le contrôle totale sur les personnes, avec des grands jugements, des grandes notions de ce qui est le pécher, la faute ... À tel point que, dans l'éducation des enfants, les parents veillent au moindre détail. Mes parents faisaient attention aux musiques que j'écoutais, aux films que je regardais, il fallait que tout soit chrétien, que tout soit orienté vers la foi. Ma mère a décidé de mes vêtements jusqu'au milieu de l'adolescence (3)
			Mes parents sont divorcés depuis que j'ai 13 ans. Mon père vit seul, il ne s'est pas remis en couple, c'est un peu un ermite. Mon beau-père, c'est vraiment une personne exécrable. Je pense que j'ai commencé à créer une haine envers les hommes. J'ai mis un peu tous les hommes dans le même panier (7)
			Dans ma famille, comme je l'ai dit avant, on a du mal à parler de nos émotions, elle a toujours essayé d'être le plus juste possible. Tout ce qu'elle fait, on voit que ce n'est jamais de la méchanceté pure, mais c'est parfois maladroit.. Mon beau-père à côté, c'est juste une personne horrible. Par exemple, mon frère jumeau est homosexuel, il a un copain, cela fait trois ans qu'ils sont ensemble, mais encore maintenant il l'insulte. Lui il dit que c'est pour rire, mais ça met une ambiance un peu bizarre (7)

Contexte de vie	Familial	Relations intrafamiliales	
			Après, je ne suis pas très proche de mes parents. En tout cas, actuellement, je ne les vois pas souvent. Mais je n'ai rien contre eux (10)
			Chez moi, le côté psychologique, c'est plus compliqué à comprendre. Je suis peut-être le seul de ma famille qui voit aujourd'hui des psychologues (9)
			Quand j'étais enfant mon père avait commis des violences intrafamiliales sur des cousines à moi. Ce souvenir m'est revenu très tardivement et donc j'ai eu très peur de lui pendant très longtemps (5)
			Mon père pouvait être un peu violent verbalement envers nous. C'est seulement avec ma sœur que j'ai pu en parler, je pense que c'est parce qu'elle aussi a eu un suivi psychologique pendant sa grossesse donc on en parle plus facilement (5)
			Je prends conscience que je ne vais pas pouvoir lutter contre ce que j'identifie comme l'homosexualité. Je fais tous les efforts du monde pour lutter contre parce qu'on m'explique que je suis malade, que je vais aller en enfer, que je suis condamné. Et à ce moment-là l'église était la seule chose structurante dans ma vie puisque l'environnement familial ne l'était pas (3)
			Mes parents m'ont jeté dehors quand j'étais en terminale. Toute la période de la terminale j'étais hébergé à droite à gauche, là c'était la rupture de contact pendant plus de deux ans (3)
			C'était un peu un père absent. C'était vraiment le daron qui travaille rentre et comme il a travaillé ne fait plus rien. Quand j'étais petit je le trouvais très cool parce qu'il jouait aux jeu vidéo. Cela semblait être le papa le plus cool du monde. À côté ma maman voulait que je fasse mes devoirs. Plus tard, je me suis rendu compte que ma maman faisait juste le boulot de deux personnes à la maison. Ma mère, elle aime ses enfants et je pense qu'elle a un peu de mal à les lâcher et à les voir grandir (7)
			Il y a eu un peu une dualité dans le sens où mon frère jumeau est un monstre en mathématiques, il est prof agréé. Et j'ai toujours été un peu comparé à lui, sauf que moi je suis dyslexique. J'avais toujours cette pression qu'il fallait que je fasse comme mon frère, sauf que lui c'était un génie (7)

Contexte de vie	Familial	Relations intrafamiliales	J'ai alors décidé de me lancer en freelance parce que j'ai un BTS en design graphique et j'aime bien dessiner. Ma mère, m'appelle et me dit de tout arrêter car mon beau-père va porter plainte. Le fait de ne pas avoir de soutien et de voir mes seuls espoirs s'effondrer, j'ai pété un câble (7)
			Donc, une fois, ma mère m'a dit « Je ne comprends pas pourquoi ça ne va pas ». Alors que je venais de perdre mon père, je faisais 48 kilos. J'ai des examens à la fin de l'année. C'est pour ça, c'était compliqué. Mais après, je comprends, c'est une maladie qui est tellement compliquée à comprendre (9)
		Propos autour du poids / de l'alimentation	Non, alors ma compagne ne mange pas le soir. Elle ne l'a jamais fait. Le matin, nous mangions la même chose. Le midi, elle était au travail, moi j'étais à la maison donc je préparais pour moi. Et le soir, je me préparais pour moi et elle ne mangeait rien. » (4)
			Chez moi, l'équilibre alimentaire, ce n'était pas du tout ça. J'étais dans une famille où il y avait n'importe quoi, beaucoup de n'importe quoi, sans trop de limites, on n'arrêtait pas forcément. On faisait ce qu'on voulait, quand on voulait. Donc, le problème, c'est qu'elle m'aidait, mais ce n'était pas très encadré (9)
			Souvent quand je rentrais chez moi mon grand-père aimait bien me pincer le gras, et me dire « faudrait maigrir ». Lui, il dit ça, comme si c'était une blague, sauf que cela fait super mal, cela me met énormément de pression (7)
			Ma mère, elle était inquiète, peut-être, de me voir fatigué, pas bien. Mais elle n'a pas eu de moment où elle m'a vraiment dit « Bon, maintenant, il faut que tu fasses quelque chose ». C'était plus, même des fois « tu peux être fier de toi, de ce que tu as fait. Regarde tout le poids que tu as perdu » (9)
	Scolaire		Le début de mes études était assez chaotique, j'ai fait un an et demi sans valider mes années et je me sentais très seul. J'ai eu du mal à faire ma rupture avec ma famille. Pendant cette période-là je m'enfermais beaucoup, j'étais très seul mais par choix j'avais très peu de monde qui m'entourait (5)

Contexte de vie	Scolaire	
		Ça se passait plutôt bien au niveau du lycée, j'avais pas mal d'amis, j'étais plutôt populaire je dirais. Plutôt le bon copain qu'on invite aux soirées, mais pas spécialement de réussite avec les filles par contre. J'ai imputé ça à mon surpoids (10)
		Le contexte c'était que je sortais du lycée, j'ai commencé à faire mes études et je vivais seul dans un appartement étudiant. J'étais très perdu dans ma vie, je ne savais pas pourquoi je faisais ces études (d'art).. (2)
		Avec la psychologue j'ai identifié deux moments particuliers. Le premier était vers mes 12-13 ans donc au début du collège où j'avais une anxiété très importante, lié au harcèlement dont j'étais victime (5)
		Les premiers symptômes alimentaires sont arrivés autour de mes 12-13 ans dans le contexte de harcèlement (verbale, moqueries sur le physique, la timidité) (5)
		La deuxième période c'était vers mes 20 ans, l'année où j'ai commencé mes études cela ne se passait pas très bien j'étais très angoissé (5)
		J'étais en deuxième année de prépa MPA. Mais c'est le même rythme que les prépas, donc on avait l'école, on avait les contrôles tout le temps (6)
		Pendant ma troisième année le problème, j'ai fait des séances d'hypnose. J'étais sous traitement anxiolytique, des trucs pas trop, trop lourds mais avec mon poids, ça m'assommait un peu. Je me souviens, j'étais assez faible. Du coup, les contrôles, je pouvais les faire honnêtement pendant une heure, une heure et demie. J'avais la capacité. Après, les trois heures, je ne les tenais pas mentalement. Donc, c'était un peu frustrant de se dire que je ne pouvais pas fournir tout ce que je voulais (6)
		Il y a eu toute une période où j'avais complètement arrêté d'avoir des troubles du comportement alimentaire, quand je suis rentré à l'université, pour des études de chimie. Donc vraiment, quand j'étais en licence et en master, j'ai vraiment arrêté d'avoir ces comportements-là. Ça m'a fait reprendre pas mal de poids jusqu'à de nouveau reprendre un poids qui était quasiment celui que j'avais au lycée. Et c'est seulement arrivé vers le milieu de ma thèse que j'ai commencé à reprendre les

Contexte de vie	Scolaire		troubles de comportement alimentaire une deuxième fois pour les mêmes raisons pour pouvoir maigrir (10)
			À partir du lycée et pendant longtemps, j'ai développé une très grosse phobie sociale/agoraphobie qui a fait que j'ai été quasiment déscolarisé pendant deux mois (3)
	Professionnel		Dans cette entreprise, il y a eu beaucoup de manipulations psychologiques de la part du chef qui avait la main mise sur tout le monde. Étant dans l'entreprise on ne s'en rendait pas compte. Beaucoup de personne ont quitté l'entreprise en ayant des symptômes physiques : perte d'audition, problèmes de dos mais aussi des dépressions. Pendant longtemps je me suis demandé si c'était moi qui inventais cette pression-là ou si elle était réelle, j'avais du mal à juger (1)
			J'ai alors décidé de me lancer en freelance parce que j'ai un BTS en design graphique et j'aime bien dessiner. Ma mère, m'appelle et me dit de tout arrêter car mon beau-père va porter plainte. Le fait de ne pas avoir de soutien et de voir mes seuls espoirs s'effondrer, j'ai pété un câble (7)
			Ça a démarré début Covid. Je me suis retrouvé en télétravail à 100%, tout le temps à la maison dans ce climat anxiogène où on ne savait pas grand-chose (4)
			Il y a eu la démission, le burn-out, la séparation et le cancer de ma mère et on a diagnostiqué à mon père un cancer du pancréas (1)
			Mais aussi, j'ai enchainé les petits boulots après mes études qui étaient un peu catastrophiques, dans le sens où humainement ce n'était pas cool (7)
			Je disais à la psychiatre que je ne peux pas lâcher l'éducation. C'est ce qui me tient (6)
	Social	Difficultés interpersonnelles	Et du coup je l'ai gardé en moi, ça a créé beaucoup de contraintes dans ma vie parce que j'avais peur en rencontrant de nouvelles personnes qu'il y est cette fameuse question « t'es déjà sorti avec quelqu'un ? », donc je faisais tout pour éviter soit les gens soit les sujets (7)

Contexte de vie	Social	Difficultés interpersonnelles	J'avais peur qu'on me fasse des remarques, qu'on me voit. J'avais juste peur qu'on puisse interagir avec moi (7)
			Avec la psychologue j'ai identifié deux moments particuliers. Le premier était vers mes 12-13 ans donc au début du collège où j'avais une anxiété très importante, lié au harcèlement dont j'étais victime (5)
			Les premiers symptômes alimentaires sont arrivés autour de mes 12-13 ans dans le contexte de harcèlement (verbale, moqueries sur le physique, la timidité) (5)
			J'ai commencé à rentrer dans une spirale de mensonges, de ne pas dire ce qui n'allait pas (7)
		Vie affective	À propos de ma relation amoureuse, je me suis rendu compte que nous n'étions pas vraiment faits pour être ensemble. J'ai voulu me séparer mais sa mère et elle avait insisté pour que nous restions ensemble. Je pense que son insistance pour continuer la relation à participer à mon agressivité puisque je me sentais piégé entre l'entreprise et elle (1)
			C'est suite à cette relation très chaotique, qui s'est finit dans des choses sordides. Nous sommes séparés en des conditions extrêmement douloureuses et c'était un accroissement de toutes les addictions, la tendance à vouloir être endormi (3)
			J'étais amoureux d'une fille qui était avec moi en prépa, mais qui elle était en couple. Et du coup c'était d'autant plus compliqué parce qu'après elle a cassé, et moi j'ai l'impression qu'on ne s'est pas mis ensemble à cause de ça presque.. Ça a un peu cassé quelque chose cette histoire, c'est-à-dire que la vision des autres a quand même changé, sans qu'ils me le disent (6)
			Ça se passait plutôt bien au niveau du lycée, j'avais pas mal d'amis, j'étais plutôt populaire je dirais. Plutôt le bon copain qu'on invite aux soirées, mais pas spécialement de réussite avec les filles par contre. J'ai imputé ça à mon surpoids (10)

Contexte de vie	Social	Deuils / maladies / pertes	Avec mon ex petite amie, on avait une relation secrète. Il y avait un peu ce jeu de ne pas se faire voir donc ça rendait le truc plus réel. Un jour, on s'est disputé parce qu'elle m'influençait un peu en mal niveau drogue et alcool et un jour j'ai mis un stop. Elle m'a promis qu'elle allait changer la donne, je l'ai cru, sauf qu'en fait non.. et à une soirée elle est morte fauchée par une voiture. J'étais encore de ce truc du secret, personne n'a jamais su que je sortais avec cette fille. Et là où toute personne normale aurait dit « je ne me sens pas bien, j'ai une personne proche qui est décédée », moi je n'ai jamais osé le dire parce que j'avais peur qu'on ne me croie pas (7)
			Fin d'année 2021, j'ai perdu mon père. Donc, ça a été, je pense, un élément qui n'a pas non plus aidé à remonter un peu la pente et à m'en sortir (9)
			Avec ça, s'accumulait pleins d'autres choses. Avant ça ma mère avait divorcé de mon père et avait fait des tentatives de suicide (7)
			Il y a eu la démission, le burn-out, la séparation et le cancer de ma mère et on a diagnostiqué à mon père un cancer du pancréas (1)
			Je me suis occupé de mon père avec ma mère tant bien que mal. Mon père a été opéré, il a eu des chimio, ça été vraiment difficile et il y a eu en plus la période Covid pendant ce temps-là. Donc, je ne pouvais plus sortir pour aller courir comme je voulais (1)
			C'était des soins palliatifs à la maison et comme au travail j'avais toujours la tête haute et je faisais front. Je rentrais du travail et mon père me demandait de l'aider à mourir, il me disait qu'il ne voulait plus vivre (1)
			C'est (les symptômes) arrivé après quand vraiment j'habitais seul de nouveau avec ma mère qui s'était séparé de son compagnon (10)
		Solitude	C'est que même avant le trouble mental, j'étais quelqu'un qui avait beaucoup de mal à aller vers les autres. J'étais souvent solitaire. Disons que seul, je m'occupais suffisamment. Je n'avais pas forcément besoin de beaucoup de contacts (9)
			J'étais le seul à la maison en télétravail (4)

Contexte de vie	Social	Solitude	Et j'ai vraiment repris les troubles alimentaires quand j'ai commencé à habiter de nouveau seul. Je pense qu'il y a aussi un peu ce côté-là d'éviter le jugement des colocataires, etc., qui est peut-être aussi rentré en ligne de compte et qui a permis de calmer la chose (10)
			Et puis la solitude pour moi, ça peut être pesant. Surtout que je suis en <i>full remote</i> au niveau du travail, donc je ne vois même pas mes collègues. Je reste à la maison pour travailler (10)
		Propos autour du poids / de l'alimentation	Je suis sur les réseaux sociaux, on poste ce qu'on fait (à propos des performances sportives) sur les réseaux sociaux. Je suis dans un groupe de coureurs, donc tout le monde disait « ouais c'est super, c'est super » mais ils ne voyaient pas. Ils ne voyaient pas que je faisais 48 kilos (4)
			On avait en commun le fait que la souffrance soit une thématique centrale dans nos vies sauf qu'elle voulait que ça se voit. Je me souviens qu'un jour elle m'a dit « ce que j'aime bien chez toi c'est que tu es maigre », ça a été peut-être un moyen de continuer à lui plaire dans les moments difficiles que d'accentuer cet aspect (3)
			Ma mère, elle était inquiète, peut-être, de me voir fatigué, pas bien. Mais elle n'a pas eu de moment où elle m'a vraiment dit « Bon, maintenant, il faut que tu fasses quelque chose ». C'était plus, même des fois « tu peux être fier de toi, de ce que tu as fait. Regarde tout le poids que tu as perdu » (9)
			Souvent quand je rentrais chez moi mon grand-père aimait bien me pincer le gras, et me dire « faudrait maigrir ». Lui, il dit ça, comme si c'était une blague, sauf que cela fait super mal, cela me met énormément de pression (7)
	Personnel	Vulnérabilité psychique / Transition adolescence - âge adulte	J'ai eu une éducation très libre mais j'ai eu très peur de me construire, de trouver ma place même au sein de ma fratrie, de porter des initiatives par moi-même. J'ai été indépendant très tardivement (5)
			Tout ça a commencé en 2018, je quittais la maison de mes parents pour la fac, j'étais en colocation avec un ami de lycée. Mais la constipation, elle s'est développée très vite après le début des cours. J'ai tendance à être constipé depuis petit (8)

Contexte de vie	Personnel	Vulnérabilité psychique / Transition adolescence - âge adulte	C'était l'année du Covid, en plus avec mes problèmes c'était vraiment compliqué, parce que quand je suis tout seul, quand je ne suis pas bien, je le ressens quoi. Seul j'ai du mal à gérer, accompagner ça va mieux. Je ne m'imaginais pas prendre mon envol parce que c'était trop compliqué à gérer (6)
			Surtout que là ça intervient à un moment où je suis en pleine croissance, ce qui n'est pas anodin peut être. A un moment où mon corps se transforme et que c'est très déstabilisant (3)
			Les raisons du démarrage c'est la question de l'émancipation (3)
		Problématique émotionnelle	De plus, cela aide à montrer que cela ne va pas sans avoir à le verbaliser. Le fait d'aller mal physiquement, d'avoir le teint blafard, d'être à l'ouest, de se mettre par terre avec des substances, c'est un moyen de montrer extérieurement que quelque chose se passe à l'intérieur et que ce n'est plus gérable. Relationnellement, je pense que c'était plus à un acte de démonstration (3)
			A partir du lycée et pendant longtemps, j'ai développé une très grosse phobie sociale/agoraphobie qui a fait que j'ai été quasiment déscolarisé pendant deux mois (3)
			Ça a toujours été des moments où ce qui est remis en question pour moi, c'est une espèce de vide intérieur, de manque de sens (3)
			Ça a l'air très codépendant chez moi d'une structure de la personnalité très chaotique et très instable, une grande intensité des émotions (3)
			J'ai une personnalité qui s'est construite de façon très déstructurée, instable, intense émotionnellement et très chaotique et que face à la difficulté que j'avais d'exprimer ce mal-être, le fait de passer par le corps pour le montrer c'était peut-être la seule manière que j'avais de l'exprimer clairement (3)
			J'ai mis le masque très longtemps parce que moi le Covid ça ne me faisait pas trop peur, mais c'était perdre le goût qui me faisait très peur donc je me suis fait vacciner 5 fois et j'ai gardé le masque jusqu'à l'an dernier en mai à peu près (6)

Contexte de vie	Personnel	Problématique émotionnelle	J'ai eu une accumulation d'événements. En gros, j'étais un peu conditionné à garder mes émotions et mes problèmes, en me disant que si on ne les connaissait pas ils n'existaient pas et mes proches n'en souffrent pas non plus. Sauf que cela a débordé à un point où j'ai démissionné de mon taff parce que ça n'allait plus et après ça il s'est passé pleins de choses qui ont fait un peu effet boule de neige et j'ai dû mettre un stop à tout dans ma vie (7)
			Je pense que cela a démarré parce qu'il y a eu une succession d'événements et le fait que je gardais beaucoup de choses en moi, je pense que ça, c'est sorti (7)
		Antécédent de surcharge pondéral	Ça a vraiment débuté quand j'étais au lycée. J'étais vraiment obèse quand j'étais au collège lycée. Je n'étais pas bien dans mon corps, je sentais vraiment trop gros (10)
			2017, ce serait l'année où je pense que c'est à partir de là que ça a vraiment commencé à être à la descente. En gros, en 2017, j'étais au lycée. J'étais en seconde. Et l'année-là, j'ai pris beaucoup de poids. J'ai toujours été en surpoids, mais l'année-là, j'ai pris beaucoup de poids. J'ai atteint les 114 kilos. J'étais arrivé à un niveau où je ne me plaisais plus (9)
			Je n'ai pas eu de suivi, ni psychologie, ni diététique. Donc, j'ai été un peu livré à moi-même. Ma mère essayait de m'aider comme elle pouvait, pour mon régime (9)
			J'étais dans les deux extrêmes (pondéraux), du coup. Je n'ai jamais réussi à trouver l'équilibre sur tout ça (9)
		Régime alimentaire	Je n'ai pas eu de suivi, ni psychologie, ni diététique. Donc, j'ai été un peu livré à moi-même. Ma mère essayait de m'aider comme elle pouvait, pour mon régime (9)

Contexte de vie	Personnel	Régime alimentaire	Il y a eu le confinement qui est arrivé. Je l'ai fait chez ma copine. Et c'est un peu là où j'ai découvert un peu l'équilibre alimentaire. De se faire plaisir, manger de tout. Parce que je ne mangeais pas de légumes. Je ne mangeais quasiment rien. Donc, c'était aussi difficile de perdre du poids quand on ne mange pas de tout. Et donc, c'est un peu là où j'ai un peu appris qu'on peut se faire plaisir tout en faisant attention. Sauf que moi, j'ai pris ça un peu trop à la lettre (9)
			J'ai interrompu mes études de sociologie et de géographie. Quand je suis retourné chez ma famille, je le vivais très mal et je m'alimentais très mal aussi. Cette année-là j'ai eu des calculs rénaux qui étaient liés à mon régime alimentaire. Je mangeais très peu de repas salés, beaucoup de sucre. C'était une addiction clairement. Et beaucoup de produits laitiers ce qui a causé mes problèmes rénaux (5)
	Maladie personnelle (psychiatrique et somatique)		Cela allait même jusqu'à des crises extrêmement psychotiques, au sens de perte de contact total avec le réel, d'autodestruction, d'automutilation, je pouvais m'infliger de nombreuses brûlures (3)
			Au près d'elle, je me suis laissé influencé jusqu'au retour vers la drogue, que j'avais déjà connu au début de la fac où j'avais des gros problèmes d'addiction (3)
			Socialement, il y a des périodes où il n'y avait aucun problème, ça allait très bien, même en vacances j'ai pu manger, profiter. Et il y a des périodes sur ces 10 ans, où je ne pouvais même pas sortir à la boulangerie chercher quelque chose. J'avais limite une crise de panique, parce que je commençais à avoir mal aux ventre, nausées (6)
			Tout ça a commencé en 2018, je quittais la maison de mes parents pour la fac, j'étais en colocation avec un ami de lycée. Mais la constipation, elle s'est développée très vite après le début des cours. J'ai tendance à être constipé depuis petit (8)
			Je faisais encore des grosses crises, où j'étais tétanisé. J'avais mal au ventre, j'avais de l'urticaire, j'étais tétanisé, donc c'était très compliqué (6)

Contexte de vie	Personnel	Maladie personnelle (psychiatrique et somatique)	J'ai interrompu mes études de sociologie et de géographie. Quand je suis retourné chez ma famille, je le vivais très mal et je m'alimentais très mal aussi. Cette année-là j'ai eu des calculs rénaux qui étaient liés à mon régime alimentaire. Je mangeais très peu de repas salés, beaucoup de sucre. C'était une addiction clairement. Et beaucoup de produits laitiers ce qui a causé mes problèmes rénaux (5)
		Notion d'une période antérieure de TCA	Il y a eu toute une période où j'avais complètement arrêté d'avoir des troubles du comportement alimentaire, quand je suis rentré à l'université, pour des études de chimie. Donc vraiment, quand j'étais en licence et en master, j'ai vraiment arrêté d'avoir ces comportements-là. Ça m'a fait reprendre pas mal de poids jusqu'à de nouveau reprendre un poids qui était quasiment celui que j'avais au lycée. Et c'est seulement arrivé vers le milieu de ma thèse que j'ai commencé à reprendre les troubles de comportement alimentaire une deuxième fois pour les mêmes raisons pour pouvoir maigrir (10)
			J'avais 15 ans lors de la première phase. Elle a pris fin aux alentours de mes 20 ans quand j'ai rencontré mon compagnon (3)
		Peur du jugement / du regard de l'autre	L'impression d'être un intrus, que les gens me jugent ou me regardent. C'est une impression que j'ai eu pendant quelques temps encore après, l'impression que par mon physique ou mon paraître je puisse être jugé par les gens autour de moi (5)

Partie 2 :

Cette deuxième partie traite du contexte de vie précédent et englobant la période d'émergence des troubles. Cette question a pour but de nous permettre de dégager une étiopathogénie des formes masculines.

À propos du contexte de vie familiale, trois des participants nous informent d'antécédents psychiatriques familiaux au sein de leur famille. Pour deux d'entre eux, il s'agit d'autres membres de leur famille, ici des membres de leur fratrie, concernés par des troubles des conduites alimentaires. Ce point, abordé rapidement lors de l'entretien semi-dirigé, a pu être plus détaillé dans les tableaux sociodémographiques présentés précédemment. Grâce aux réponses des participants aux questionnaires, nous savons que les antécédents psychiatriques familiaux concernent plutôt six des dix participants.

Cinq participants nous parlent de leurs relations intrafamiliales avant, pendant et après l'émergence du trouble. Les participants 3, 5 et 7 parlent d'une relation conflictuelle avec leurs parents ou beaux-parents, ils décrivent des épisodes de conflits importants jusqu'à des épisodes de violence verbale et de rupture familiale. Deux autres participants évoquent de manière allusive ou explicite une faible communication au sein de la famille.

Concernant les relations conflictuelles : Le participant 5 mentionne avoir connu de la violence verbale intrafamiliale et avoir craint un de ses parents pendant une grande partie de son enfance pour les violences qu'il avait commises. Le participant 3 décrit l'environnement très religieux dans lequel il a grandi étant enfant. Il dépeint une éducation très stricte avec une morale oppressante, une pensée rigide avec peu de liberté et de possibilité d'individualisation. Plus tard, à l'adolescence, il est confronté à l'incompréhension de sa famille au sujet de son

orientation sexuelle, ce qui génère de nombreux conflits. Ces conflits ont entraîné une rupture totale du contact pendant plusieurs années.

Concernant la faible communication au sein de la famille : Le participant 9 évoque la difficulté de compréhension et de communication avec un de ses parents, surtout autour de ce qui avait attiré à ses difficultés psychologiques, au TCA. Le participant 7 souligne également une difficulté dans sa famille à discuter des émotions et ressentis de chacun.

Le participant 10 n'identifie pas de conflit familial particulier mais une relation distante avec peu de contact et d'échange.

Dans un cas, relations conflictuelles et faible communication coexistent avec d'autres difficultés : le participant 7 met en lumière plusieurs points. Tout d'abord, il identifie sa mère comme une mère très protectrice envers ses enfants et pense que cela n'est pas évident pour elle de « *les laisser grandir* ». Il parle également de sa relation avec son frère jumeau et de leur image respective au sein de la famille : « *Il y a eu un peu une dualité dans le sens où mon frère jumeau est un monstre en mathématiques, il est prof agréé. Et j'ai toujours été un peu comparé à lui, sauf que moi je suis dyslexique. J'avais toujours cette pression qu'il fallait que je fasse comme mon frère, sauf que lui c'était un génie* ». Au fil de l'entretien, ce participant revient à plusieurs reprises sur ses relations familiales conflictuelles notamment avec son père, qu'il décrit « comme un ermite » et avec son beau-père avec qui il y a eu rupture de lien après de nombreuses années de conflits.

Trois participants partagent les propos de certains membres de leur famille autour de l'alimentation ou du poids. Dans le cas du participant 7, il s'agissait de propos moqueurs au sujet de son corps, impactant sa propre estime : « *Souvent quand je rentrais chez moi mon*

grand-père aimait bien me pincer le gras, et me dire « faudrait maigrir ». Lui, il dit ça, comme si c'était une blague, sauf que cela fait super mal, cela me met énormément de pression ». Le participant 9 se souvient avoir grandi dans une famille avec peu de cadre alimentaire et avoir eu peu de repères alimentaires dans l'enfance. Il est important de noter que ce participant était concerné par une problématique de surpoids avant l'émergence des TCA à la suite d'un régime. Durant cette période, on retrouve une méconnaissance de l'installation de l'anorexie mentale par l'entourage avec des félicitations de sa perte de poids à un moment où lui percevait déjà l'aspect pathologique de son alimentation. Dans le cas du participant 4, on constate que sa compagne avait également des habitudes alimentaires particulières, sans que cela ne constitue un élément diagnostique. Nous pouvons nous interroger sur l'existence d'éléments de TCA chez cette dernière.

De plus, les participants 3 et 4 nous parlent de la valorisation de l'amaigrissement et de l'hyperactivité sportive par leur entourage. Des réactions positives d'autrui envers les symptômes relatifs aux troubles peuvent constituer un facteur pérennisant des troubles des conduites alimentaires (56) :

- *« On avait en commun le fait que la souffrance soit une thématique centrale dans nos vies sauf qu'elle voulait que ça se voit. Je me souviens qu'un jour elle m'a dit « ce que j'aime bien chez toi c'est que tu es maigre », ça a été peut-être un moyen de continuer à lui plaire dans les moments difficiles que d'accentuer cet aspect ». (Participant 3)*
- *« Je suis sur les réseaux sociaux, on poste ce qu'on fait (à propos des performances sportives) sur les réseaux sociaux. Je suis dans un groupe de coureurs, donc tout le monde disait « ouais c'est super, c'est super » mais ils ne voyaient pas. Ils ne voyaient pas que je faisais 48 kilos ». (Participant 4)*

Le participant 4 met l'accent sur la part sombre des réseaux sociaux et des forums sur les applications sportives. Il explique avoir chronométré ses performances sportives et avoir partagé ses résultats sur une application, ce qui lui a valu les encouragements et les félicitations des autres sportifs. Ce type de retour participe à renforcer le déni des troubles.

Parmi les dix participants, cinq reviennent sur le contexte scolaire autour de l'émergence du trouble. Anxiété, harcèlement scolaire, phobie scolaire et stress scolaire sont abordés.

Les participants 2 et 5 expriment avoir vécu difficilement la transition vers la vie étudiante, notamment le fait de vivre seul, parfois loin de sa famille. Ils décrivent également s'être sentis perdus dans leur projet de vie. Le participant 5 décrit cette période comme particulièrement angoissante pour lui.

Le participant 5 évoquent également avoir souffert de harcèlement scolaire pendant la période du collège.

Le participant 3 explique avoir souffert d'une importante phobie sociale ayant entraîné sa déscolarisation momentanément.

Le participant 6 était concerné par des études très prenantes et exigeantes. Il explique s'être senti empêcher scolairement à cause du retentissement de son trouble et des traitements : « *Pendant ma troisième année le problème, j'ai fait des séances d'hypnose. J'étais sous traitement anxiolytique, des trucs pas trop, trop lourds mais avec mon poids, ça m'assommait un peu. Je me souviens, j'étais assez faible. Du coup, les contrôles, je pouvais les faire honnêtement pendant une heure, une heure et demie. J'avais la capacité. Après, les trois heures, je ne les tenais pas mentalement. Donc, c'était un peu frustrant de se dire que je ne pouvais pas fournir tout ce que je voulais* ». Dans un même registre, le participant 10 note avoir eu une rechute de ses TCA au moment de la préparation et de la rédaction de sa thèse.

Quatre des participants détaillent leur contexte professionnel, pour trois d'entre eux il a été source de difficultés.

Le participant 1 explique avoir eu un épisode de *burn-out* qu'il met en lien avec un environnement de travail vécu comme malsain et pressurant.

Les troubles du participant 4 ont émergé dans un contexte particulier, celui du confinement lié au Covid, il décrit alors avoir vécu cette période de télétravail et d'incertitude comme particulièrement anxiogène.

Le participant 7 revient sur son parcours professionnel chaotique. En effet, après avoir expérimenté plusieurs emplois peu attrayants humainement, il a vu son projet professionnel mis à mal à cause d'un conflit avec un membre de sa famille. Il décrit cet épisode comme un moment de vie particulièrement douloureux et stressant.

Pour le participant 6, son métier est décrit à *contrario* comme un élément important de son équilibre et il craignait que ses symptômes ne l'autorisent pas à le poursuivre pendant une période.

Six des participants reviennent sur certaines difficultés interpersonnelles et affectives rencontrées lors de leur parcours de vie.

Le participant 3, on l'a vu, a connu des phobies sociales.

Le participant 5 était un enfant timide et victime de harcèlement scolaire (harcèlement verbal, moqueries), ce qui a d'autant plus compliqué son rapport aux autres dans l'enfance. Il décrit d'ailleurs une première phase de TCA vers 12-13 ans.

Le rapport aux autres du participant 7 a été profondément impacté par un événement tragique de vie (le décès de sa petite amie). Il explique être alors rentré « *dans une spirale de*

mensonges » et avoir été en retrait socialement « *je faisais tout pour éviter soit les gens soit les sujets* ».

Concernant la vie sentimentale : Les participants 1 et 3 évoquent des relations et/ou des ruptures très douloureuses.

Le participant 6 s'interroge sur l'impact de ses troubles sur sa vie affective : « *J'étais amoureux d'une fille qui était avec moi en prépa, mais qui elle était en couple. Et du coup c'était d'autant plus compliqué parce qu'après elle a cassé, et moi j'ai l'impression qu'on ne s'est pas mis ensemble à cause de ça presque..* ». Le participant 10, on l'a vu, a été en difficulté à vivre une relation affective et l'a attribué à son problème de surpoids.

Dans un registre similaire, trois des participants perçoivent la participation ou l'impact de la solitude sur leurs troubles. Bien que le participant 9 explique avoir été de nature plutôt solitaire même avant les troubles, les participants 4 et 10 notent le rôle qu'a pu jouer la solitude, non choisie, dans l'émergence de leurs troubles. À noter que ces deux participants parlent également de l'impact néfaste du télétravail sur leur vie sociale et leur sentiment d'être entouré.

Trois des participants partagent des éléments témoignant de problématiques émotionnelle, d'anxiété, de peur ou de phobie.

Dans le cas du participant 3 il s'agit d'une phobie sociale ayant impacté sa scolarité avec évitement scolaire durant 2 mois.

Dans le cas du participant 6, ces peurs étaient en lien avec l'épidémie Covid, ses effets possibles en des termes évocateurs d'une nosophobie : « *J'ai mis le masque très longtemps parce que moi le Covid ça ne me faisait pas trop peur, mais c'était perdre le goût qui me faisait*

très peur donc je me suis fait vacciner 5 fois et j'ai gardé le masque jusqu'à l'an dernier en mai (2023) à peu près ».

Le participant 3 revient sur plusieurs problématiques émotionnelles. Tout d'abord il se décrit comme ayant une personnalité « *instable* », peu structurée, qui peut s'accompagner de sentiment de vide et de questionnements existentiels récurrents. Il exprime avoir eu des difficultés à exprimer ses émotions et son mal-être, et que dans ce contexte, le TCA permet de rendre visible sa souffrance aux autres :

- « *J'ai une personnalité qui s'est construite de façon très déstructurée, instable, intense émotionnellement et très chaotique et que face à la difficulté que j'avais d'exprimer ce mal-être, le fait de passer par le corps pour le montrer c'était peut-être la seule manière que j'avais de l'exprimer clairement* ».
- « *De plus, cela aide à montrer que cela ne va pas sans avoir à le verbaliser. Le fait d'aller mal physiquement, d'avoir le teint blafard, d'être à l'ouest, de se mettre par terre avec des substances, c'est un moyen de montrer extérieurement que quelque chose se passe à l'intérieur et que ce n'est plus gérable. Relationnellement, je pense que c'était plus un acte de démonstration* ».

Quant à lui, le participant 7 décrit une difficulté à exprimer ses émotions à laquelle s'est surajoutée une période d'excès émotionnels qui lui a été difficile de gérer. Le TCA s'est alors présenté comme un moyen de gestion et de régulation émotionnelle : « *Je pense que cela a démarré parce qu'il y a eu une succession d'évènements et le fait que je gardais beaucoup de choses en moi, je pense que ça, c'est sorti* ».

Ces problématiques émotionnelles (intolérance aux émotions négatives, évitement émotionnel, trouble de l'attache, trouble de personnalité, difficulté interpersonnelle) sont reconnus comme étant un facteur individuel prédisposant possible des TCA (56).

Le participant 5 partage sa peur du jugement de l'autre et son vécu particulièrement négatif du regard de l'autre sur sa manière d'être, son physique et sur son trouble : *« L'impression d'être un intrus, que les gens me jugent ou me regardent. C'est une impression que j'ai eu pendant quelques temps encore après, l'impression que par mon physique ou mon paraître je puisse être jugé par les gens autour de moi ».*

Quatre des participants ont vécu des deuils, des pertes ou des maladies graves d'un proche. Pour le participant 10, les symptômes sont apparus après une séparation entre sa mère et son conjoint.

Le participant 1 expose la succession d'événements dont des pertes et maladies autour de l'émergence des TCA : *« Il y a eu la démission, le burnout, la séparation et le cancer de ma mère et on a diagnostiqué à mon père un cancer du pancréas ».*

Trois des participants ont vécu un décès de membres de leur famille ou de leur entourage très proche. Nous l'avons évoqué plus haut, le participant 7 a perdu sa petite amie secrète de lycée et a alors vécu son deuil en secret : *« Avec mon ex petite amie, on avait une relation secrète. Il y avait un peu ce jeu de ne pas se faire voir donc ça rendait le truc plus réel. Un jour, on s'est disputé parce qu'elle m'influençait un peu en mal niveau drogue et alcool et un jour j'ai mis un stop. Elle m'a promis qu'elle allait changer la donne, je l'ai cru, sauf qu'en fait non.. et à une soirée elle est morte fauchée par une voiture. J'étais encore de ce truc du secret, personne n'a jamais su que je sortais avec cette fille. Et là où toute personne normale aurait dit « je ne me sens pas bien, j'ai une personne proche qui est décédée », moi je n'ai jamais osé le dire parce que j'avais peur qu'on ne me croie pas ».*

Les participants 1 et 9 ont tous les deux perdu leur père. Pour le participant 1, ce décès est survenu dans les suites d'une longue maladie. Il était en charge de nombreux soins, cette

situation l'a fortement impacté psychiquement : « *C'était des soins palliatifs à la maison et comme au travail j'avais toujours la tête haute et je faisais front. Je rentrais du travail et mon père me demandait de l'aider à mourir, il me disait qu'il ne voulait plus vivre* ». Il est reconnu que ces événements vie particulièrement stressants peuvent devenir des facteurs précipitants dans l'apparition de TCA s'ils s'inscrivent dans une trajectoire de vulnérabilité (56).

À propos du contexte de vie personnel, les récits de quatre participants traduisent d'une vulnérabilité psychique préexistante à l'adolescence.

Le participant 3 note que dans son cas l'émergence des troubles au moment de l'adolescence ne lui semble pas anodin. Il identifie une période de vulnérabilité, de construction et de changements corporels particulièrement déstabilisante : « *Surtout que là ça intervient à un moment où je suis en pleine croissance, ce qui n'est pas anodin peut être. À un moment où mon corps se transforme et que c'est très déstabilisant* ». Il a en effet été identifié que la période adolescente est une période de vulnérabilité particulière en ce qui concerne le développement de TCA (60). L'adolescence, avec la puberté, peuvent être un facteur précipitant dans le développement de TCA (56).

Pour les participants 3, 5, 6 et 8 c'est le moment de transition adolescence-âge adulte qui est identifié comme un moment de vulnérabilité particulière :

- « *J'ai eu une éducation très libre mais j'ai eu très peur de me construire, de trouver ma place même au sein de ma fratrie, de porter des initiatives par moi-même. J'ai été indépendant très tardivement* ». (Participant 5)
- « *C'était l'année du Covid, en plus avec mes problèmes c'était vraiment compliqué, parce que quand je suis tout seul, quand je ne suis pas bien, je le ressens quoi. Seul j'ai*

du mal à gérer, accompagner ça va mieux. Je ne m'imaginais pas prendre mon envol parce que c'était trop compliqué à gérer ». (Participant 6)

Au total, quatre participants sont concernés par un antécédent de surcharge pondérale, deux en surpoids (participants 5 et 7) et deux en obésité (participants 9 et 10). Les participants 9 et 10 expriment un mal-être physique et psychique en lien avec leur surcharge pondérale ainsi qu'une volonté de perdre du poids pour réduire ce mal-être :

- *« Ça a vraiment débuté quand j'étais au lycée. J'étais vraiment obèse quand j'étais au collège lycée. Je n'étais pas bien dans mon corps, je sentais vraiment trop gros ». (Participant 10)*
- *« 2017, ce serait l'année où je pense que c'est à partir de là que ça a vraiment commencé à être à la descente. En gros, en 2017, j'étais au lycée. J'étais en seconde. Et l'année-là, j'ai pris beaucoup de poids. J'ai toujours été en surpoids, mais l'année-là, j'ai pris beaucoup de poids. J'ai atteint les 114 kilos. J'étais arrivé à un niveau où je ne me plaisais plus ». (Participant 9)*

Le participant 9 note sa difficulté à atteindre et maintenir un équilibre pondéral : *« J'étais dans les deux extrêmes (pondéraux), du coup. Je n'ai jamais réussi à trouver l'équilibre sur tout ça ».*

Deux des participants présentent un antécédent de régime avant l'apparition des troubles.

Le participant 9 dans un contexte de surpoids et d'habitudes alimentaires peu structurées. Il explique avoir entamé cette démarche sans accompagnement particulier et avoir souffert de ce manque de soutien professionnel. Il perçoit ce régime comme un facteur précipitant notable.

En ce qui concerne le participant 5, ce régime faisait suite à des soucis de santé physiques causés par une alimentation déséquilibrée et une addiction aux produits sucrés : *« J'ai*

interrompu mes études de sociologie et de géographie. Quand je suis retourné chez ma famille, je le vivais très mal et je m'alimentais très mal aussi. Cette année-là j'ai eu des calculs rénaux qui étaient liés à mon régime alimentaire. Je mangeais très peu de repas salés, beaucoup de sucre. C'était une addiction clairement. Et beaucoup de produits laitiers ce qui a causé mes problèmes rénaux ».

Cinq des dix participants explicitent des antécédents personnels, aussi bien somatiques que psychiatriques.

Le participant 3 explique avoir été concerné par des addictions et des comportements auto-dommageables.

Le participant 6 a connu plusieurs périodes d'évitement et de phobie sociale importante, ces symptômes anxieux étaient également à l'origine de symptômes physiques tels que nausées et maux de ventre, et ont nécessité une médication : *« Socialement, il y a des périodes où il n'y avait aucun problème, ça allait très bien, même en vacances j'ai pu manger, profiter. Et il y a des périodes sur ces 10 ans, où je ne pouvais même pas sortir à la boulangerie chercher quelque chose. J'avais limite une crise de panique, parce que je commençais à avoir mal au ventre, nausées ».*

Les participants 5, 6 et 8 présentent des antécédents somatiques ou somato-psychiques. Comme nous l'avons évoqué précédemment, le participant 5 a eu un épisode de calcul rénal. Le participant 6 a présenté plusieurs problématiques physiques évocatrices de troubles anxieux avec somatisations : *« Je faisais encore des grosses crises, où j'étais tétanisé. J'avais mal au ventre, j'avais de l'urticaire, j'étais tétanisé, donc c'était très compliqué ».*

Pour le participant 8, les troubles ont émergé dans un contexte de constipation chronique invalidante : *« Tout ça a commencé en 2018, je quittais la maison de mes parents pour la fac,*

j'étais en colocation avec un ami de lycée. Mais la constipation, elle s'est développée très vite après le début des cours. J'ai tendance à être constipé depuis petit ».

Les participants 3 et 10 ont présenté un épisode de TCA antérieur à l'épisode actuel. Ces premiers épisodes ont eu lieu lors des années collège-lycée. Ils décrivent tous deux une certaine accalmie, sur le plan alimentaire, puis une seconde phase de symptômes alimentaires.

Nous allons ensuite détailler les résultats obtenus grâce à notre deuxième question :

« Comment s'exprime votre trouble du comportement alimentaire ? Quels symptômes, physiques et psychiques rapportez-vous ? Quel impact cela a-t-il sur vos comportements du quotidien ? Quel impact cela a-t-il sur vos relations ? »

Codes	Composantes	Sous composantes	Citations
Expression actuelle du trouble	Symptômes comportementaux	Restriction alimentaire	Il y a une évolution mais mon alimentation reste une contrainte. Je me sens toujours contraint. Cela reste très rigide comme alimentation (1)
			Ça m'arrive de sauter des repas encore mais je mange beaucoup mieux qu'avant. J'aime bien cuisiner maintenant. Je me force quand même à manger par moment. Quand je saute des repas je sens quand même une grosse fatigue psychologique et physique (5)
			C'est surtout quand je reviens chez mes parents, c'est surtout chez eux que je mange moins et où je saute beaucoup de repas. Je pense que cela vient du fait de ne pas avoir la capacité de choisir ce que je vais manger (5)
			J'ai toujours, sur certains aliments, des craintes, et je ne mange pas les petits pains, ça ne me donne pas de plaisir, ou des trucs comme ça. Il y a des aliments que je m'autorise à introduire mais pas certains (comme les viennoiseries ou le pain blanc). Mais après, je me fais plaisir (8)
			Quand je suis stressé, c'est toujours un peu dur de manger (6)
			Je pense que dans ma guérison, ce sera le plus gros point à traiter par rapport à l'alimentation. C'est le sucre. J'ai toujours eu du mal avec ça (9)
			Je ne mange qu'une seule fois par jour, le soir (1)
			Là dernièrement, c'étaient plutôt des symptômes en termes de privation, beaucoup de contrôle (3)
		Boulimie	C'est resté stable. C'était un peu la routine en général. Dès que je mange, je me sens un peu trop rempli. J'ai vraiment cette sensation de trop rempli. Et donc, il y a des vomissements plusieurs fois par jour. Il y a aussi des crises d'hyperphagie. J'ai tendance à faire 4-5 repas par jour parfois. Et à quasiment chaque repas il y a vomissements (10)

Expression actuelle du trouble	Symptômes comportementaux	Boulimie	Les crises de boulimie c'est devenu une habitude. C'est vraiment devenu plus une routine qu'autre chose. J'en parle de manière détachée parce qu'au final, je ne le vis pas spécialement mal. C'est devenu un réflexe (10)
			Déjà, je me cache. Par exemple, quand il y a ma copine à la maison, impossible que je fasse une crise parce que j'ai honte. Mais dès que je suis seul, et que j'ai la possibilité de le faire, c'est sûr (7)
			En fait, du coup, c'est un cercle vicieux. Je suis content de l'avoir fait, mais j'ai super mal au ventre. J'ai envie de vomir, mais j'essaye de tout faire pour ne pas le faire. Je me trouve un peu moche. L'acte n'est pas beau en soi. Et puis, je vois mon corps changer. Je sens que j'ai plus de ventre qu'avant (7)
			Il faut que je me remplisse. Il faut qu'il y ait le moins d'étapes possibles : s'il faut éplucher des légumes ou quoi, c'est mort alors que juste passer des nuggets au micro-ondes, bah là pas de soucis. Je suis quand même très bon mangeur à la base mais je pense que j'ai tilté parce que ça devenait presque maladif parce que je me remplissais de tout et n'importe quoi. Même si cela me fait du bien sur le coup, enfin je me sens rempli et satisfait mais après j'ai envie de vomir j'ai super mal au ventre et du coup à côté je dors mal. C'est incontrôlable (7)
	Fluctuation des symptômes alimentaires		Actuellement, j'oscille beaucoup entre restriction et comportement hyperphagique, plus dans la restriction malgré tout. J'ai des moments où je fais des crises d'hyperphagie et où j'ai des comportements compensatoires : du sport et des vomissements (2)
			Je ne sais pas si c'est important, mais il y a eu des rares moments où je me disais d'arrêter de manger. Ça marche pendant un jour, et après, ça empire. Comme si j'avais moins de lucidité, je me disais qu'il fallait arrêter de ne pas manger. C'est ce qui entretient un peu le truc aussi. Parce que du coup, on se sent vide, et je peux manger, et c'est reparti (7)
	Hyperactivité physique		Réduire le sport a été plus compliqué que de changer mon alimentation. J'ai encore du mal à laisser le sport de côté pour une longue période (3 jours). Si je n'en fais pas tous les trois jours, il manque quelque chose mais je saurai expliquer quoi (4)

Expression actuelle du trouble	Symptômes physiques	Fatigue	C'est la fatigue que j'ai beaucoup. Parce que la renutrition, c'est hyper fatigant. Devoir manger ce qu'on doit manger normalement et plus encore, c'est compliqué. Puis, il faut faire ses courses, faire à manger. Il faut apprendre à manger. Il faut manger. Ça aussi, ça fatigue beaucoup (9)
		Symptômes digestifs	Par moments, des petits inconforts digestifs. Parce que comme on mange plus, avec un corps qui n'est pas habitué ça peut être inconfortable (9)
			Ben, les symptômes, ils persistent mais avant, je faisais des grosses crises, j'avais tout le temps la nausée maintenant la nausée, je l'ai très, très, très rarement (6)
			Après, les symptômes qui sont persistants, c'est les douleurs au ventre. Ça, j'ai toujours eu (6)
		Sensation de faim	Je ressens plus la faim maintenant je suis beaucoup moins vite rassasié (5)
	Symptômes psychiques	Trouble de l'image du corps	Je ne me sens pas hyper bien. Je sens que j'ai repris du poids depuis ces dernières années. Je fuis le miroir (10)
			J'ai aussi de la difficulté à voir mon corps comme il est vraiment (2)
			Quand je vais manger quelque chose, je vais toujours regarder dans le miroir si j'ai pris du gras. Je me palpe beaucoup. Je me trouve gros et les personnes qui m'entourent me disent au contraire que j'ai maigri. Il y a un décalage entre ce que je pense et ce que les autres disent (2)
			Je ne me regarde plus quand je me déshabille ou quand je me lave, je ne peux pas (1)
		Faible estime de soi, honte	Psychiquement, c'est un peu confus parce que je n'ai jamais eu beaucoup de confiance en moi. Avec tout ce qui se passe à côté et les crises de boulimie, je pense que ça a aggravé un peu le truc de me dire, mais en fait, c'est incontrôlable. C'est comme une addiction (7)

Expression actuelle du trouble	Symptômes psychiques	Faible estime de soi, honte	C'est plein d'émotions qui étaient déjà là avant, mais qui s'est un peu multiplié : la honte, la gêne. C'est une chose de savoir parler des choses, c'est autre chose qu'il y ait quelque chose qui bouge dans l'organisation. Je pense que j'arrive à me rendre compte de beaucoup de choses, mais de manière assez désincarnée au final (7)
		Addictions	Avec cette fois peut-être un côté un petit peu plus subi, un petit peu plus co-dépendant de l'usage de drogue, d'alcool. Cette fois, les addictions ont été vraiment corrélées à la rechute anorexique (3)
		Symptômes anxieux	J'ai des grosses périodes d'anxiété ces dernières années. Ça a vraiment commencé en thèse. J'ai commencé à faire des crises de panique. Donc, c'est à peu près à la période où j'ai aussi repris mon comportement boulimique (10)
			L'angoisse vient surtout après les repas. Je ressens de la culpabilité après les repas (2)
			Souvent, les crises de boulimie, je les fais plus dans l'anticipation de quelque chose. Généralement, c'est juste pour me remplir, mais quand il va y avoir mes beaux-parents, mes parents, de ma famille qui viennent, parfois ils viennent quelques jours, je suis content, mais j'ai quand même de l'angoisse. Dans l'anticipation, je fais une crise (7)
			Sur les comportements du quotidien, je dirais : plus d'anticipation, plus d'anxiété en ce qui concerne les temps de repas, une grande difficulté à manger en société (3)
		Trouble de l'humeur	A propos de la cyclothymie : je le sentais surtout sur les périodes basses. Disons que j'ai tendance à beaucoup, toujours maintenant, apprécier les périodes hypomaniaques. C'était plutôt sur les périodes un peu plus dépressives, où c'est difficile. Maintenant, c'est plus stable (10)
			J'éprouve aussi souvent de la tristesse et de l'ennui (2)
		Distorsions cognitives	J'ai du mal encore à faire partir certains <i>a priori</i> (au sujet de l'alimentation). Mais ce qui est différent, c'est que maintenant, j'arrive à avoir ce recul, à me dire, j'ai cet <i>a priori</i> . Même s'il y a la peur qui est là, réussir à passer au-dessus. Ça, je continue à me forcer, mais vraiment à me discipliner, entre guillemets, pour le moment (9)

Expression actuelle du trouble	Symptômes psychiques	Distorsions cognitives	Le trouble n'a pas impacté la relation mais ça m'a enfoncé dans les TCA je dirais. Quand je voyais cette personne, je me restreignais beaucoup pour plaire plus. C'était compliqué pour moi mais ça n'a pas eu d'impact sur la relation. Pour plaire plus il fallait que je sois plus mince. C'était ma perception de ce qui était le plus désirable (2)
Évolution de l'expression du trouble	Impacts des soins	Amélioration de la symptomatologie alimentaire	Actuellement j'ai clairement repris du poids. Je ne fais plus de rejet alimentaire, bien que j'essaie d'éviter certaines choses encore (par exemple le soda). L'alimentation n'est plus un problème. Je ne pense pas qu'il persiste de symptômes alimentaires. Quand j'étais hospitalisé, je n'avais pas le choix, je prenais ce qu'il y avait. Ça m'a vraiment aidé (4)
			J'avais toujours du plaisir, mais encore plus depuis ma sortie d'hospitalisation. Je mange des burgers, je vais manger avec des amis, alors que je ne m'autorisais pas à manger tout avant (8)
		Acceptation de la prise de poids	Quand j'ai commencé l'hospitalisation, j'étais à 54 kilos. Et on s'était dit, jusqu'à mes 60 kilos, ça ira. Je me disais « ouais, c'est bien, ça monte, je suis content ». Et on se disait, comment ça se passera à la barre du 60 ? Et finalement, ça va. Enfin, je l'accepte. Et je pense que ce qui change dans l'acceptation de la prise de poids, c'est parce qu'il y a le côté psychologique qui est traité avec (9)
			Avant, je prenais 400 grammes. Je faisais tout pour le reperdre directement. Et dès que je prenais même 300 grammes, je me disais « tu as tout pris dans le ventre, dans le visage ». Donc, il y a aussi tout le travail avec le rapport au corps qui aide à accepter la reprise de poids. Il y a des jours où je ne supporte pas ce que je vois dans la glace. Il y a des jours où ça va. Et c'est là où c'est différent. C'est qu'il y a des jours où ça va (9)
			Actuellement je suis entre guillemets en guérison depuis février. J'ai été hospitalisé. Depuis, je ne reprends que du poids. Je suis passé de 39 et là, je suis... Ce matin, j'étais à 56. J'ai pris plus de 20 kilos en 3 mois (8)
		Amélioration des problèmes associés	Ça va mieux, notamment parce que j'ai commencé différents traitements pour mes diagnostics : cyclothymique et TDAH. Et là, ça va un petit peu mieux avec les médicaments. La Ritaline qui ne me donne pas vraiment faim le midi (10)

Évolution de l'expression du trouble	Impacts des soins	Amélioration des problèmes associés	Actuellement, je ne consomme plus de toxiques, plus d'alcool, plus rien (2) Je peux en parler assez facilement autour de moi, ça m'angoisse moins. J'ai quand même beaucoup d'anxiété et ça me préoccupe moins. C'est clairement de l'histoire ancienne, j'ai l'impression d'avoir passé un stade (5) Je vois beaucoup plus de personnes. On fait des choses. Justement, maintenant, je n'ai jamais eu autant de monde en si peu de temps. On sort, on va au resto, je vois ma famille. On vit un peu au jour le jour. Il n'y a plus toute cette phase où tout devait être anticipé au millimètre près. Il y a plus de lâcher prise, moins d'anxiété (9)
Impacts du TCA	Évitement des situation sociales		Je ne mange qu'une seule fois par jour, le soir. J'ai du mal à me défaire de cette habitude. Je n'arrive pas à manger à l'entreprise. Depuis la période Covid, nous devons manger à notre poste de travail. Mon collègue fait un bruit monstre quand il mange, il mange toute la journée et ça je ne le supporte pas (1) Quand je suis au restaurant, quand je sors ou quoi, là, bizarrement, l'appétit, c'est beaucoup plus compliqué parce que mon cerveau, il se dit si tu veux profiter, il ne faut pas trop que tu manges. Et du coup, après, c'est inconscient. Je commence à avoir des petites douleurs et la tête agit et c'est plus compliqué de manger (6) Chez moi, je peux contrôler mon moment de repas, c'est-à-dire si je veux être au calme, je suis au calme, si je veux être devant la télé, je suis devant la télé. À l'extérieur, ben, si je suis au resto et qu'il y a une table bruyante à côté, forcément, ça ne le fait pas trop. Je n'arrive pas à manger au lance-pierre et avec tout ce bruit, je ne peux pas, ce n'est pas possible. Il faut être calme et il faut que je sois posé. Donc, il y a des conditions particulières (6) Je reste dans un schéma très parfait de ce que j'ai appris pendant mon hospitalisation, de vraiment reproduire un schéma alimentaire qui soit cohérent et rythmé. Ça m'empêche beaucoup de sortie au restaurant ou chez des amis (2)

Impacts du TCA	Dissimulations des symptômes		Je pense que ma copine est au courant. Après, elle, elle ne peut pas faire grand-chose. Je le fais, quand elle n'est pas là, elle n'a pas beaucoup de pouvoir. Je ne peux pas dire ce qui se passerait si elle était là pendant plus d'une semaine. Mais je pense que je trouverai les moyens de le faire en cachette, même si elle est là. Je suis prêt à faire jusque-là. Souvent, je me dis, je sais qu'elle va partir dans quelques heures, donc j'attends quelques heures (7)
	Impacts relationnels du trouble	Vie professionnelle	Donc, même dans mon métier, ça ne m'impacte plus tellement (6)
			Malgré la maladie, j'ai continué ma licence STAPS que j'ai validé. Et là, durant mon hospitalisation, j'ai commencé une formation d'analyste vidéo que j'ai terminée la semaine dernière (8)
		Vie sociale	Au niveau des copains, il n'y a pas grand monde qui est au courant. Ça n'impacte pas vraiment mon quotidien dans la mesure où je continue de voir les gens de manière normale. Quand il y a un repas, je ne refuse jamais. Je vois peu l'intérêt d'en parler. Je pense qu'il y a aussi une partie de moi qui a peur d'être jugé (10) Je me suis un peu isolé, vu que j'avais très mal au ventre, à cause de la constipation, et tout ça. Je m'étais isolé. Je n'osais plus sortir. Je n'osais plus aller voir mes copains, mes potes, par peur du jugement (8)
			Oui, j'en parlais, mais après sur les derniers mois, ça a saoulé un peu les gens. Ils n'étaient pas trop inquiets puisque je m'étais un peu isolé (8)
			Je continuais l'arbitrage au handball tous les weekends. J'ai dû arrêter de jouer parce que physiquement, je ne pouvais plus trop prendre les coups et tout ça (8)
			Au niveau des sorties : quand j'ai des douleurs et que je suis à la maison ou quand je suis dans un endroit que je connais, j'arrive à faire le switch, à me dire, bon, ça va passer. Quand je suis dehors c'est plus délicat. Mais non, ça n'impacte pas les relations (6)

Impacts du TCA	Impacts relationnels du trouble	Vie sociale	Je ne vois pas grand monde. C'est surtout ma copine et la psy. Généralement, avec ses copains, on est content de se voir, on s'amuse, on raconte des potins, mais voilà. Je ne sais pas si je me sens l'envie en plus. En fait, j'ai parfois envie de me cacher. Je pense que c'est un peu lié mais je commence à avoir une anxiété sociale parce que j'ai envie d'être dans mon coin et qu'on me laisse tranquille. C'est tout ce que j'essaie d'éviter en ce moment (7)
			Le côté social était vachement impacté, on ne sortait plus. On ne pouvait plus rien faire parce que même juste sortir, ça m'épuisait. Il n'y avait plus de plaisir. Je passais des heures à réfléchir, à me poser des questions, trop dans mes pensées, à être fatigué. Donc, il n'y avait plus vraiment de partage (9)
			Au moment des troubles cela a impacté mes relations amicales. Par exemple, si je sentais que ce n'était pas une soirée pour moi j'allais la refuser. Je disais que je n'étais pas disponible alors que je n'avais rien d'autre de prévu. C'était plus simple de me tenir à distance que de prendre le risque de ruminer (4)
			J'avais un bon groupe d'amis au lycée. Puis après, avec la suite des études supérieures, c'est là que les troubles sont apparus. Donc, on a perdu le contact. J'en ai encore quelques-uns avec qui je parle, mais sans forcément se voir. J'essaye de renouer tout doucement du contact (9)
			C'est vrai que j'ai perdu beaucoup d'amis. Souvent avec mes amis, quand on se voyait, c'était aller manger quelque part. C'était souvent l'occasion de se voir. On se disait, bon, on va se faire un truc, un resto. Jusqu'à fin 2020, j'arrivais encore à le faire. Et 2021, c'est vraiment l'année où j'ai arrêté (9)
			Ça m'isolait parfois un peu de mes copains parce que je me sentais à l'écart, un peu différent (5)
		Vie affective, intimité	Je suis devenu un célibataire endurci depuis quelques années et je n'ai jamais habité avec quelqu'un. Quand j'étais avec la personne, là, je n'avais jamais de vomissements. Ça disparaît quand je suis avec la personne en physique (10)

Impacts du TCA	Impacts relationnels du trouble	Vie affective, intimité	Par rapport à ma compagne, je pense que les symptômes ont eu un impact sur notre séparation. Je n'étais plus... je ne me rendais pas compte mais quand je vois des photos, ce n'était pas beau à voir. Forcément cela joue. Dans l'intimité également cela joue. Quand on se dépense à fond dans le sport, dans l'intimité c'est plus compliqué. D'un point de vue désir et libido, c'était très fortement descendu (4)
			C'était très bien avec ma copine, mais ça ne fait que s'améliorer parce qu'elle aussi est suivi par un psychiatre, donc on est dans le même bateau. Mais on a appris à parler et surtout à s'écouter. Parce que c'était dur avant de mettre des mots sur nos émotions. Donc on est très contents là-dessus, on se soutient du mieux qu'on peut. Avec ma copine, je pense qu'on est plutôt stables (7)
			Personnellement, je n'ai aucune envie (libido). Je n'ai pas peur de son regard sur moi mais je pense que j'ai peur de gâcher le truc. Avant, on le faisait plutôt le soir. Le soir, c'est un peu le moment où je cogite. Ça arrivait que des fois, je dise « non là, je ne peux pas, je pense trop » (7)
			C'est sûr que maintenant, j'ai repris presque 10 kilos. Moi, des fois, j'ai encore du mal. Mais elle (ma copine) me dit « Je préfère te voir comme ça que quand tu étais malade. Mais même dans ma phase où j'étais au plus bas, elle n'a jamais eu une mauvaise image de moi, en tout cas. Donc, ça m'aidait aussi. Il n'y a jamais eu cette phase de « tu ne me plais pas, ou tu ne me plais plus ». Donc ça a été un pilier pour moi (9)
		Vie familiale	Il n'y a pas grand monde qui est au courant. Je n'en ai jamais discuté avec ma mère, mais je sais qu'elle le savait (10)
			Avec ma famille, j'ai l'impression que j'ai une sorte de pression. Parce que dans ma famille, c'est important de manger tous ensemble lors des repas (2)
			Ça allait, j'ai toujours fait des choses avec ma famille. Le repas du soir, c'était toujours en ensemble. C'était toujours en famille. Ils ont eu peur mais rien de particulier. Ça gueulait, des fois, aussi, mais pas plus que ce qu'il y a dans une famille "normale" (8)

Impacts du TCA	Impacts relationnels du trouble	Vie familiale	J'ai développé plus une relation avec ma mère. Mon père, il n'est pas très psychologique. Lui, c'est manger et c'est bon je suis guéri. Mais, voilà, avec ma mère, on était plus proches (8)
			Pendant la période Covid, en fait, toute la famille s'est un peu éloignée. Donc là, je l'ai repris. On se revoit beaucoup plus souvent avec toute la famille, donc ça aussi, ça aide. Quand j'étais à 36 kilos, on ne voulait pas les alerter. Donc on a un peu mis tout le monde de côté pour les « protéger ». Ils le voyaient, je pense, mais on ne leur a pas tout dit. Je ne voulais pas trop alerter toute la famille. Leur dire que ça ne va pas trop, que si ça se trouve, je vais me retrouver hospitalisé. Maintenant, je leur ai tout dit, de toute façon (6)

Analyse de la question Q2 :

Cette question nous permet de connaître la symptomatologie actuelle du TCA ainsi que le contexte de vie actuel des participants. Ces deux points nous semblent être pertinents pour évaluer la différence ou la ressemblance psychopathologique des TCA féminins ou masculins.

Effets comportementaux :

Grâce aux propos recueillis à l'occasion de cette question, nous avons pu dégager la forme que prend actuellement le trouble des différents participants.

Parmi les dix participants, six présentent un TCA dont le symptôme alimentaire majoritaire est la restriction. Ces données correspondent aux diagnostics retenus pour l'étude. Grâce aux données recueillies lors de notre travail, nous avons retrouvé que la majorité des participants interrogés (huit sur dix) présentaient un diagnostic d'anorexie mentale. La différence entre ces deux chiffres provient du fait que le participant 4 s'exprime essentiellement sur l'hyperactivité physique lors de cette question et non sur la restriction alimentaire : « *Réduire le sport a été plus compliqué que de changer mon alimentation. J'ai encore du mal à laisser le sport de côté pour une longue période (3 jours). Si je n'en fais pas tous les trois jours, il manque quelque chose mais je saurai pas expliquer quoi* ».

De plus le participant 2, concerné par un diagnostic initial d'anorexie, est actuellement concerné par une fluctuation des symptômes alimentaires et serait plutôt dans une phase proche de la boulimie.

En ce qui concerne la restriction, on constate qu'elle peut prendre plusieurs formes.

Pour les participants 8 et 9, elle est surtout d'allure qualitative, c'est-à-dire qu'elle concerne certaines catégories d'aliments précis. Le participant 9 nous explique : « *Je pense que dans ma*

guérison, ce sera le plus gros point à traiter par rapport à l'alimentation. C'est le sucre. J'ai toujours eu du mal avec ça ».

Alors que pour les participants 1, 2, 3, 5 et 6, elle est plutôt d'allure quantitative. Les propos des participants 1 et 5 illustrent bien cette forme de restriction :

- *« Je ne mange qu'une seule fois par jour, le soir » (Participant 1)*
- *« Ça m'arrive de sauter des repas encore mais je mange beaucoup mieux qu'avant. J'aime bien cuisiner maintenant. Je me force quand même à manger par moment. Quand je saute des repas je sens quand même une grosse fatigue psychologique et physique » (Participant 5)*

Le participant 6, quant à lui, illustre bien le lien entre mal être psychique et comportement alimentaire : *« Quand je suis stressé, c'est toujours un peu dur de manger ».*

Pour deux des participants (Participants 7 et 10), le trouble est majoritairement d'allure boulimique :

- *« Les crises de boulimie c'est devenu une habitude. C'est vraiment devenu plus une routine qu'autre chose. J'en parle de manière détachée parce qu'au final, je ne le vis pas spécialement mal. C'est devenu un réflexe » (Participant 10)*
- *« Déjà, je me cache. Par exemple, quand il y a ma copine à la maison, impossible que je fasse une crise parce que j'ai honte. Mais dès que je suis seul, et que j'ai la possibilité de le faire, c'est sûr » (Participant 7)*

Et enfin, on perçoit chez deux des participants (Participant 2 et 7) une fluctuation des symptômes alimentaires :

- *« Actuellement, j'oscille beaucoup entre restriction et comportement hyperphagique, plus dans la restriction malgré tout. J'ai des moments où je fais des crises d'hyperphagie*

et où j'ai des comportements compensatoires : du sport et des vomissements »

(Participant 2)

- *« Je ne sais pas si c'est important, mais il y a eu des rares moments où je me disais d'arrêter de manger. Ça marche pendant un jour, et après, ça empire. Comme si j'avais moins de lucidité, je me disais qu'il fallait arrêter de ne pas manger. C'est ce qui entretient un peu le truc aussi. Parce que du coup, on se sent vide, et je peux manger, et c'est reparti » (Participant 7)*

Ces propos mettent l'accent sur le glissement possible d'une forme de TCA à une autre, particulièrement entre l'anorexie et la boulimie, deux pathologies dont les caractéristiques similaires invitent à les considérer comme les deux faces d'une même pièce.

Il est tout de même important de noter la prépondérance des diagnostics d'anorexie mentale par rapport à la boulimie : huit cas d'anorexie contre deux cas de boulimie. Ces chiffres surprennent car, comme vu précédemment, le ratio homme/femme dans l'anorexie est nettement inférieur au ratio homme/femme de la boulimie. On pourrait donc s'attendre à une majorité de patients masculins présentant des TCA à type de boulimie. Ayant recruté nos participants *via* des lieux de soins, une des interprétations possibles de ce résultat est le défaut d'accès aux soins des hommes présentant des troubles boulimiques.

Symptômes physiques :

Trois des participants sont concernés par des symptômes physiques qu'ils mettent en lien avec leur trouble des conduites alimentaires.

Pour le participant 5, il s'agit surtout d'une réappropriation des signaux corporels avec la réapparition des sensations de faim et de satiété : *« Je ressens plus la faim maintenant je suis beaucoup moins vite rassasié ».*

Les participants 6 et 9 sont concernés par des symptômes digestifs, qui peuvent s'exprimer par un inconfort au moment des repas, par une sensation de nausée ou bien par une douleur persistante de nombreuses années :

- « *Après, les symptômes qui sont persistants, c'est les douleurs au ventre. Ça, j'ai toujours eu* » (Participant 6)
- « *Par moments, des petits inconforts digestifs. Parce que comme on mange plus, avec un corps qui n'est pas habitué ça peut être inconfortable* » (Participant 9)

De plus, le participant 9 décrit également une fatigue très importante qu'il met en lien avec son parcours de renutrition actuel : « *C'est la fatigue que j'ai beaucoup. Parce que la renutrition, c'est hyper fatigant. Devoir manger ce qu'on doit manger normalement et plus encore, c'est compliqué. Puis, il faut faire ses courses, faire à manger. Il faut apprendre à manger. Il faut manger. Ça aussi, ça fatigue beaucoup* ».

Symptômes psychiques :

Lors des entretiens, nous avons constaté la diversité des symptômes psychiques présentés par les participants et avons retrouvés la même pluralité d'éléments que chez les patientes atteintes de TCA.

Tout d'abord, trois des participants ont abordé la question des troubles de l'image du corps. Les participants 1 et 10 évoquent surtout leur désir de ne pas être confrontés à leur image, l'évitement de leur reflet dans le miroir.

Les propos du participant 2 illustrent explicitement une forme de dysmorphophobie : « *Quand je vais manger quelque chose, je vais toujours regarder dans le miroir si j'ai pris du gras. Je me palpe beaucoup. Je me trouve gros et les personnes qui m'entourent me disent au contraire que j'ai maigri. Il y a un décalage entre ce que je pense et ce que les autres disent* ».

On constate ici la véritable dysmorphophobie que présente ce patient.

Le participant 7, lui, revient surtout sur sa faible estime de lui-même, préexistante au trouble, puis exacerbée par le trouble et sur le sentiment de honte également décuplée par ce dernier :

« Psychiquement, c'est un peu confus parce que je n'ai jamais eu beaucoup de confiance en moi. Avec tout ce qui se passe à côté et les crises de boulimie, je pense que ça a aggravé un peu le truc de me dire, mais en fait, c'est incontrôlable. C'est comme une addiction ».

Les propos du participant 3 mettent en avant la comorbidité entre addiction aux produits et addiction comportementale. Cela nous permet d'évoquer l'approche addictologique des TCA qui s'appuient sur certains fonctionnements psychiques retrouvés en addictologie (61) : *« Avec cette fois peut-être un côté un petit peu plus subi, un petit peu plus codépendant de l'usage de drogue, d'alcool. Cette fois, les addictions ont été vraiment corrélées à la rechute anorexique ».*

Quatre des participants présentent des symptômes anxieux notables principalement en lien avec le trouble alimentaire lui-même, le besoin d'anticipation et de contrôle inhérent aux TCA :

- *« L'angoisse vient surtout après les repas. Je ressens de la culpabilité après les repas »*
(Participant 2)
- *« Souvent, les crises de boulimie, je les fais plus dans l'anticipation de quelque chose. Généralement, c'est juste pour me remplir, mais quand il va y avoir mes beaux-parents, mes parents, de ma famille qui viennent, parfois ils viennent quelques jours, je suis content, mais j'ai quand même de l'angoisse. Dans l'anticipation, je fais une crise »*
(Participant 7)

- « *Sur les comportements du quotidien, je dirais : plus d'anticipation, plus d'anxiété en ce qui concerne les temps de repas, une grande difficulté à manger en société* »
(Participant 3)

Dans le cas du participant 10, l'angoisse semble avoir été préexistante au trouble. Le participant fait un lien entre ses symptômes anxieux et l'émergence des comportements boulimiques : « *J'ai des grosses périodes d'anxiété ces dernières années. Ça a vraiment commencé en thèse. J'ai commencé à faire des crises de panique. Donc, c'est à peu près à la période où j'ai aussi repris mon comportement boulimique* ».

Les participants 2 et 10 mentionnent, quant à eux, des symptômes thymiques.

Pour le participant 2 il s'agit surtout d'un fléchissement de l'humeur et pour le participant 10, il s'agit de variations thymiques importantes, causées par une cyclothymie pour laquelle il est suivi et traité. Cette proportion de patients évoquant spontanément des troubles thymiques peut sembler peu importante, mais ces résultats doivent être considérés avec prudence et sous-estiment certainement la part de participants présentant des troubles thymiques. En effet, dans les tableaux déclaratifs, cinq des dix participants notent avoir des psychotropes dans leur traitement médicamenteux : deux avec des thymorégulateurs et 3 avec des antidépresseurs.

On retrouve dans le discours de deux des participants des propos teintés par la distorsion cognitive causée par le trouble. C'est-à-dire des biais cognitifs, des croyances et pensées automatiques, des pensées erronées (62):

- « *J'ai du mal encore à faire partir certains a priori (au sujet de l'alimentation). Mais ce qui est différent, c'est que maintenant, j'arrive à avoir ce recul, à me dire, j'ai cet a*

priori. Même s'il y a la peur qui est là, réussir à passer au-dessus. Ça, je continue à me forcer, mais vraiment à me discipliner, entre guillemets, pour le moment » (Participant 9)

- *« Le trouble n'a pas impacté la relation mais ça m'a enfoncé dans les TCA je dirais. Quand je voyais cette personne, je me restreignais beaucoup pour plaire plus. C'était compliqué pour moi mais ça n'a pas eu d'impact sur la relation. Pour plaire plus il fallait que je sois plus mince. C'était ma perception de ce qui était le plus désirable » (Participant 2)*

On retrouve ici deux exemples de croyances⁵, au sens cognitif du terme, portant sur l'alimentation, le corps, et donc en lien avec les mécanismes psychiques du TCA.

Impacts des soins :

Six participants perçoivent une évolution dans la manifestation ou le retentissement de leur trouble. Nous pouvons donc constater, grâce à ces évolutions, les différents impacts des soins mis en œuvre.

Pour les participants 4 et 8, l'évolution principale concerne la symptomatologie alimentaire qui leur paraît s'être nettement améliorée. Ils décrivent un rapport à l'alimentation plus apaisé, une alimentation plus diversifiée sans l'exclusion totale de certaines catégories d'aliments, un amoindrissement du contrôle alimentaire.

Les participants 8 et 9 notent une évolution dans leur rapport au corps avec une acceptation possible de la prise de poids qui, dans leurs cas, s'est initiée en hospitalisation avant de se poursuivre en ambulatoire.

⁵ Croyance (TCC) : adhésion « à des perceptions ou des élaborations cognitives non vérifiées par les sens ». Citation de la thèse de A. Turcq – « Les Spécificités cognitives de l'anorexie mentale » (62).

Le participant 9 note tout de même que le poids reste parfois un enjeu particulier : *« Avant, je prenais 400 grammes. Je faisais tout pour le reperde directement. Et dès que je prenais même 300 grammes, je me disais « tu as tout pris dans le ventre, dans le visage ». Donc, il y a aussi tout le travail avec le rapport au corps qui aide à accepter la reprise de poids. Il y a des jours où je ne supporte pas ce que je vois dans la glace. Il y a des jours où ça va. Et c'est là où c'est différent. C'est qu'il y a des jours où ça va » (Participant 9).*

Pour quatre des dix participants, l'amélioration se situe surtout sur des problématiques associées, annexes aux TCA.

Dans le cas du participant 2, la prise en charge du TCA a permis un sevrage des consommations de toxiques : *« Actuellement, je ne consomme plus de toxiques, plus d'alcool, plus rien ».*

Le participant 10 perçoit l'effet positif sur ses TCA du traitement de ses troubles psychiques comorbides (trouble de l'humeur et TDAH) : *« Ça va mieux, notamment parce que j'ai commencé différents traitements pour mes diagnostics : cyclothymique et TDAH. Et là, ça va un petit peu mieux avec les médicaments. La Ritaline qui ne me donne pas vraiment faim le midi ».*

Le participant 5 note un amoindrissement de la symptomatologie anxieuse, liée ou non, aux problématiques alimentaire ou corporelle. La moindre participation anxieuse lui permet également d'échanger plus spontanément avec ses proches : *« Je peux en parler assez facilement autour de moi, ça m'angoisse moins. J'ai quand même beaucoup d'anxiété et ça me préoccupe moins. C'est clairement de l'histoire ancienne, j'ai l'impression d'avoir passé un stade ».*

Dans un registre similaire, le participant 9 nous partage les effets de la prise en charge sur son anxiété, son besoin de contrôle, puis finalement sur sa vie sociale. La diminution des

symptômes anxieux et anorexiques lui permet de réinvestir une vie sociale plus riche : « *Je vois beaucoup plus de personnes. On fait des choses. Justement, maintenant, je n'ai jamais eu autant de monde en si peu de temps. On sort, on va au resto, je vois ma famille. On vit un peu au jour le jour. Il n'y a plus toute cette phase où tout devait être anticipé au millimètre près. Il y a plus de lâcher prise, moins d'anxiété* ».

Impact du TCA :

Les participants ont largement partagé les impacts de leur trouble sur leur vie relationnelle, que cela soit au niveau professionnel, social, affectif et familial. Ces témoignages nous donnent un aperçu des répercussions importantes de ces troubles. Bien qu'il s'agisse d'un trouble impactant principalement l'alimentation et le rapport au corps de la personne, ces problématiques retentissent sur tous les aspects du quotidien et sur l'entourage. Dans leur article « l'impact des troubles des conduites alimentaires sur les proches : une revue de la littérature », C. Delbaere-Blervacque et associées proposent cette formulation pour parler de la détérioration de la relation entre un patient atteint de TCA et un proche : « *En fait, le TCA agit comme une barrière entre le proche et le patient, qui rend la communication conflictuelle voire impossible* » (63).

Les participants 6 et 8 évoquent rapidement l'impact de leur trouble sur leur vie professionnelle. Pour le participant 8, le trouble ne semble pas l'avoir empêché dans son parcours scolaire et dans ses projets de formation. Le participant 6 sous-entend, lui, avoir été impacté professionnellement par son trouble, mais cela n'est plus le cas à l'heure actuelle.

Quand on le questionne sur l'impact actuel du trouble de sa vie, le participant 7 nous parle de la dissimulation de ses symptômes auprès de ses proches : « *Je pense que ma copine est au*

courant. Après, elle, elle ne peut pas faire grand-chose. Je le fais, quand elle n'est pas là, elle n'a pas beaucoup de pouvoir. Je ne peux pas dire ce qui se passerait si elle était là pendant plus d'une semaine. Mais je pense que je trouverai les moyens de le faire en cachette, même si elle est là. Je suis prêt à faire jusque-là. Souvent, je me dis, je sais qu'elle va partir dans quelques heures, donc j'attends quelques heures ».

Ce mécanisme fait écho au sentiment de honte important qu'il évoquait précédemment dans l'entretien.

Trois des participants s'attardent sur l'impact des TCA au niveau de leur vie sociale et particulièrement des conduites d'évitement sociale en lien avec les troubles. Ils nous décrivent bien comment les fonctionnements liés aux troubles peuvent isoler socialement, entraver les échanges et les rencontres avec autrui. Les mécanismes du trouble, notamment le besoin de contrôle et de ritualisation, engendrent un évitement de nombreuses, voire de toutes interactions sociales :

- *« Je ne mange qu'une seule fois par jour, le soir. J'ai du mal à me défaire de cette habitude. Je n'arrive pas à manger à l'entreprise. Depuis la période Covid, nous devons manger à notre poste de travail. Mon collègue fait un bruit monstre quand il mange, il mange toute la journée et ça je ne le supporte pas » (Participant 1)*
- *« Chez moi, je peux contrôler mon moment de repas, c'est-à-dire si je veux être au calme, je suis au calme, si je veux être devant la télé, je suis devant la télé. À l'extérieur, ben, si je suis au resto et qu'il y a une table bruyante à côté, forcément, ça ne le fait pas trop. Je n'arrive pas à manger au lance-pierre et avec tout ce bruit, je ne peux pas, ce n'est pas possible. Il faut être calme et il faut que je sois posé. Donc, il y a des conditions particulières » (Participant 6)*

- « Je reste dans un schéma très parfait de ce que j'ai appris pendant mon hospitalisation, de vraiment reproduire un schéma alimentaire qui soit cohérent et rythmé. Ça m'empêche beaucoup de sorties au restaurant ou chez des amis »
(Participant 2)

Comme vu précédemment, les troubles alimentaires impactent très régulièrement la vie sociale des personnes qui en souffrent. Cela peut conduire à une certaine forme d'isolement, modifier le rapport aux autres, rendre moins authentiques les échanges. Sept des participants perçoivent des effets de leur trouble sur leur vie sociale.

On entend, dans cinq des récits, l'isolement engendré par les troubles, soit du fait des symptômes physiques invalidants (symptômes digestifs, fatigue), soit à cause de symptômes psychiques tel qu'un besoin d'hypercontrôle, une anxiété sociale comorbide ou bien une hyperactivité mentale dirigée vers l'alimentation :

- « Je me suis un peu isolé, vu que j'avais très mal au ventre, à cause de la constipation, et tout ça. Je m'étais isolé. Je n'osais plus sortir. Je n'osais plus aller voir mes copains, mes potes, par peur du jugement » (Participant 8)
- « Oui, j'en parlais, mais après sur les derniers mois, ça a saoulé un peu les gens. Ils n'étaient pas trop inquiets puisque je m'étais un peu isolé » (Participant 8)
- « Je ne vois pas grand monde. C'est surtout ma copine et la psy. Généralement, avec ses copains, on est contents de se voir, on s'amuse, on raconte des potins, mais voilà. Je ne sais pas si je me sens l'envie en plus. En fait, j'ai parfois envie de me cacher. Je pense que c'est un peu lié mais je commence à avoir une anxiété sociale parce que j'ai envie d'être dans mon coin et qu'on me laisse tranquille. C'est tout ce que j'essaie d'éviter en ce moment » (Participant 7)

- « Le côté social était vachement impacté, on ne sortait plus. On ne pouvait plus rien faire parce que même juste sortir, ça m'épuisait. Il n'y avait plus de plaisir. Je passais des heures à réfléchir, à me poser des questions, trop dans mes pensées, à être fatigué. Donc, il n'y avait plus vraiment de partage » (Participant 9)
- « Au moment des troubles cela a impacté mes relations amicales. Par exemple, si je sentais que ce n'était pas une soirée pour moi j'allais la refuser. Je disais que je n'étais pas disponible alors que je n'avais rien d'autre de prévu. C'était plus simple de me tenir à distance que de prendre le risque de ruminer ». (Participant 4)
- « C'est vrai que j'ai perdu beaucoup d'amis. Souvent avec mes amis, quand on se voyait, c'était aller manger quelque part. C'était souvent l'occasion de se voir. On se disait, bon, on va se faire un truc, un resto. Jusqu'à fin 2020, j'arrivais encore à le faire. Et 2021, c'est vraiment l'année où j'ai arrêté ». (Participant 9)

Pour quatre des participants, l'isolement ou la dissimulation des symptômes sont sous-tendus par une crainte du regard, et surtout du jugement des autres.

Cette appréhension et ses conséquences sont décrites par le participant 10 : « Au niveau des copains, il n'y a pas grand monde qui est au courant. Ça n'impacte pas vraiment mon quotidien dans la mesure où je continue de voir les gens de manière normale. Quand il y a un repas, je ne refuse jamais. Je vois peu l'intérêt d'en parler. Je pense qu'il y a aussi une partie de moi qui a peur d'être jugé ».

Pour le participant 5, les troubles ont provoqué une sensation de mise à l'écart et de décalage entre lui et ses amis. Pour le participant 6, ses symptômes évocateurs de phobie sociale ont fortement entravé ses possibilités à sortir de chez lui et à interagir avec autrui.

Grâce à ces différents témoignages, nous constatons que même si le trouble n'a pas un impact direct sur la vie sociale, il peut isoler psychiquement la personne, et rendre les rapports moins authentiques.

Quatre des participants ont partagé l'impact du TCA sur leur vie affective et intime.

En effet, l'anorexie et la boulimie peuvent provoquer des troubles endocriniens diffus de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique avec altération de la production de plusieurs hormones, dont la production d'œstrogènes chez les femmes et celle de testostérone chez les hommes (64), ayant pour conséquence une baisse de la libido, voire une perte d'intérêt sexuel.

Ces données ont notamment été corroborées par deux études, une en 1997 (65) et une en 2005 (66), qui retrouvent cet impact délétère du TCA sur l'intimité physique et sexuelle d'un couple.

Deux de nos participants témoignent de cette détérioration :

- *« Par rapport à ma compagne, je pense que les symptômes ont eu un impact sur notre séparation. Je n'étais plus... je ne me rendais pas compte mais quand je vois des photos, ce n'était pas beau à voir. Forcément cela joue. Dans l'intimité également cela joue. Quand on se dépense à fond dans le sport, dans l'intimité c'est plus compliqué. D'un point de vue désir et libido, c'était très fortement descendu » (Participant 4)*
- *Personnellement, je n'ai aucune envie (libido). Je n'ai pas peur de son regard sur moi mais je pense que j'ai peur de gâcher le truc. Avant, on le faisait plutôt le soir. Le soir, c'est un peu le moment où je cogite. Ça arrivait que des fois, je dise « non là, je ne peux pas, je pense trop » (Participant 7)*

Le participant 10 parle plutôt de l'impact de son TCA sur ses relations affectives et, à l'inverse, de l'impact de ses relations affectives sur son TCA : *« Je suis devenu un célibataire endurci*

depuis quelques années et je n'ai jamais habité avec quelqu'un. Quand j'étais avec la personne, là, je n'avais jamais de vomissements. Ça disparaît quand je suis avec la personne en physique ».

Pour deux des participants, les impacts ne sont pas d'ordre négatif.

Pour le participant 9, sa vie de couple a été d'un grand soutien aussi bien au quotidien que dans sa démarche de soins⁶ : *« C'est sûr que maintenant, j'ai repris presque 10 kilos. Moi, des fois, j'ai encore du mal. Mais elle (ma copine) me dit « Je préfère te voir comme ça que quand tu étais malade. Mais même dans ma phase où j'étais au plus bas, elle n'a jamais eu une mauvaise image de moi, en tout cas. Donc, ça m'aidait aussi. Il n'y a jamais eu cette phase de « tu ne me plais pas, où tu ne me plais plus ». Donc ça a été un pilier pour moi ».*

Pour le participant 7, les troubles et leur prise en charge ont participé à une amélioration de la communication au sein de son couple : *« C'était très bien avec ma copine, mais ça ne fait que s'améliorer parce qu'elle aussi est suivie par un psychiatre, donc on est dans le même bateau. Mais on a appris à parler et surtout à s'écouter. Parce que c'était dur avant de mettre des mots sur nos émotions. Donc on est très contents là-dessus, on se soutient du mieux qu'on peut. Avec ma copine, je pense qu'on est plutôt stables ».*

Parmi les dix participants, quatre d'entre eux constatent l'impact de TCA sur leurs relations familiales.

Pour les participants 6 et 10, il s'agit surtout de dissimulation des symptômes à l'entourage familiale, soit par honte d'évoquer ces problématiques, soit par peur d'inquiéter les membres de sa famille :

⁶ Plus tard dans l'échange, le participant nous partage comment sa compagne l'a aidé et encouragé à consulter.

- « Pendant la période Covid, en fait, toute la famille s'est un peu éloignée. Donc là, je l'ai repris. On se revoit beaucoup plus souvent avec toute la famille, donc ça aussi, ça aide. Quand j'étais à 36 kilos, on ne voulait pas les alerter. Donc on a un peu mis tout le monde de côté pour les « protéger ». Ils le voyaient, je pense, mais on ne leur a pas tout dit. Je ne voulais pas trop alerter toute la famille. Leur dire que ça ne va pas trop, que si ça se trouve, je vais me retrouver hospitalisé. Maintenant, je leur ai tout dit, de toute façon » (Participant 6)
- « Il n'y a pas grand monde qui est au courant. Je n'en ai jamais discuté avec ma mère, mais je sais qu'elle le savait » (Participant 10)

Le participant 2 évoque les moments de partage en famille qui s'articulent souvent autour du repas, le trouble alimentaire impactant alors fortement ces temps d'échanges privilégiés avec la famille, les proches : « Avec ma famille, j'ai l'impression que j'ai une sorte de pression. Parce que dans ma famille, c'est important de manger tous ensemble lors des repas ».

Pour le participant 8, les relations ont modifié les interlocuteurs privilégiés au sein de sa famille. Il décrit s'être rapproché de certains membres perçus comme plus compréhensifs et empathiques, mais également avoir vu sa relation se dégrader avec d'autres, du fait de leurs difficultés à comprendre les aspects psychologiques du trouble : « J'ai développé plus une relation avec ma mère. Mon père, il n'est pas très psychologique. Lui, c'est manger et c'est bon je suis guéri. Mais, voilà, avec ma mère, on était plus proches ».

b) *Analyse des questions Q3 et Q4 :*

Dans cette partie, nous allons détailler les données relatives à la prise en charge des participants. C'est pourquoi, nous avons décidé de regrouper l'analyse des questions 3 et 4 dans ce même paragraphe.

Pour rappel, ces questions traitent toutes les deux des modalités de prise en charge des participants :

- Q3 : *« De quelle manière êtes-vous entré dans les soins ? Comment s'est déroulé le diagnostic de trouble des conduites alimentaires ? »*
- Q4 : *« Quelle prise en charge vous a été proposée ? Quelles difficultés avez-vous rencontrées lors de votre prise en charge ? »*

Codes	Composantes	Sous composantes	Citations
Entrée dans les soins	Premières démarches de soins	Médecine générale	J'étais allé voir mon médecin de famille mais il m'a dit ne pas être en mesure de m'aider (1)
			Le lendemain j'avais un rendez-vous avec mon médecin traitant. Alors j'ai pu expliquer ce qu'il se passait à mon médecin : les TCA et les idées noires (2)
			Au tout début, je crois que je suis allé voir mon médecin traitant. Il a conseillé justement de faire de la psy, donc psychiatrie, psychanalyse (6)
			Au début de l'année, on a trouvé un médecin traitant. Au début, je lui avais fait part que je me sentais fatigué, que j'étais un peu stressé. Donc, était un peu sur une phase où j'avais un peu de stress. J'ai eu des anxiolytiques quelques mois. On parlait du poids. Des fois, je perdais un kilo en une semaine (9)
			Ma médecin généraliste a fait un mail à l'hôpital. Et dans la foulée, un mois après, j'ai eu un rendez-vous avec un psychiatre et j'ai été admis en hospitalisation quelques temps après (9)
			C'est ma médecin qui m'avait conseillé cette psychiatre. J'ai peu vu le médecin généraliste donc on n'en a pas trop parlé des problèmes d'alimentation (10)
Entrée dans les soins	Premières démarches de soins	Médecine générale en milieu étudiant	Je crois que j'ai d'abord vu un médecin à la faculté, un médecin généraliste. Je crois qu'elle m'a orienté vers le dispositif prenant en charge les personnes souffrant de TCA, CATCAR ⁷ . Je crois qu'elle m'a inscrit directement et après j'ai dû voir la nutritionniste et après la psychologue (5)
		Médecine générale en milieu étudiant	Le médecin que j'avais rencontré à la fac quand je suis arrivé à Strasbourg m'a juste mis sous antidépresseurs. Et un jour il m'a dit : si vous continuer comme ça dans deux semaines vous êtes mort (3)

⁷ Dispositif CATCAR : dispositif de soins destiné aux étudiants de l'université de Strasbourg concernés par des TCA : <http://www.camus67.fr/site/catcar/>

Entrée dans les soins	Premières démarches de soins	Médecins somaticiens	En fait, vu que j'ai perdu beaucoup de poids, à cause de la constipation, j'ai consulté d'abord le gastro (8)
			Je suis d'abord allé chez mon médecin généraliste qui m'a conseillé la nutritionniste. Cela ne convenait pas (1)
			Le médecin traitant a d'abord orienté vers, justement, un gastro-entérologue et tout ça. À cette période là aussi, j'ai fait l'endoscopie, les échographies et tout (6)
			J'ai fait les tests à la pharmacie, comme je vous ai dit, le truc à l'acidité. Parce qu'à un moment, ils croyaient que c'était l'acidité de l'estomac parce que j'avais des remontées acides, justement, quand j'avais la nausée. Il n'y a rien eu non plus (6)
		Urgences somatiques	J'ai fait une prise de sang au moment du Covid qui montrait une hyponatrémie. Je me suis senti très mal, c'est ça qui m'a amené aux soins. Je me suis présenté aux urgences, on m'a perfusé du sodium puis je suis rentré chez moi (4)
		Urgences psychiatriques	Mais chez moi, j'avais encore des trucs compliqués : des divagations, je disais n'importe quoi, je n'arrivais pas à faire des choses toutes simples, donc on m'a emmené aux urgences psychiatriques et j'ai été hospitalisé en psychiatrie pour un mois. On parle des problèmes de sodium, des problèmes médicaux mais on ne dit pas qu'on est hospitalisé en psychiatrie. C'était compliqué mais après coup je pense que c'est ce qu'il me fallait (4)
			Je suis allé aux urgences deux fois et la deuxième fois le psychiatre de garde a suggéré l'hospitalisation (3)
		Infirmières scolaires	D'une certaine manière, j'ai l'impression que c'est très récent, parce que quand bien même au lycée j'étais suivi par les infirmières, la prise en charge était vraiment inutile. À l'époque, c'était vraiment du chantage : si vous n'avez pas pris tant et tant de poids il y aura telle ou telle conséquence (3)

Entrée dans les soins	Premières démarches de soins	Psychologues	Moi je ne voulais pas qu'on me traite mon anorexie. Pour moi c'était une conséquence et non une cause. J'avais besoin plus de comprendre le désordre intérieur et le solutionner. Ce qui explique, que je me suis tourné vers des psys à cette époque, notamment vers le psychologue de l'université, qui à l'époque, m'avait dit à l'issue de la première consultation : je suis désolé mais j'ai l'impression que je ne peux rien pour vous (3)
			Avant ça, j'en ai vu deux autres, des psychologues, pas ici, mais ailleurs, qui ne me convenaient pas (7)
			J'ai vu pendant longtemps une psychologue et je sentais que ce n'était pas forcément suffisant (10)
			J'avais aussi essayé un psychologue, j'ai fait deux trois séances mais ça ne matchait pas. Donc, j'avais aussi abandonné le suivi (9)
		Diététiciens	Toute l'année 2023, je n'étais pas suivi. Je n'ai vu aucun médecin. Peut-être un diététicien dans l'année, mais je n'ai pas trop suivi ce qu'il m'a dit (9)
			Et en janvier, j'ai commencé avec une diététicienne. C'est elle qui m'a incité à faire l'hôpital du jour hors région et qui a continué à me suivre (8)
			C'est principalement la diététicienne qui a tout géré, qui m'a fait avoir l'électrochoc avec l'hospitalisation (8)
		Psychiatres libéraux	Alors, c'est un peu un corollaire du fait que j'ai commencé à voir la psychiatre pour des problèmes de cyclothymie. Donc, ça a vraiment commencé par ça. Avec la psychiatre, au début, ce qui était abordé, c'était surtout les problèmes d'humeur et d'hyperactivité. Les problèmes de troubles alimentaires, on ne les a quasiment pas abordés (10)
		Psychiatres libéraux	

			J'ai fait quasiment tous les cabinets de psychiatrie à Strasbourg. Je ne m'y suis pas retrouvé du tout parce que c'était des entretiens de 10 minutes et ça faisait comme dans les films. Je parlais et puis on me disait, bon, ça fera 60 euros (6)
		Psychiatres hospitaliers	J'étais déjà allé consulter, au tout début, en 2019, à l'hôpital universitaire de Strasbourg, un psychiatre qui a dit clairement que les garçons, ça ne souffrait pas d'anorexie. Il l'a dit à ma mère et à moi. Du coup, après, on a laissé un peu tomber. On est resté concentrés sur les gastros (8)
Histoires de prise en charge	Trajectoires dans les soins	Rôles des proches	Ma sœur m'a alors conseillé ma psychiatre actuelle. J'ai alors pris contact avec elle pour un premier rendez-vous (1)
			C'était un soir, où j'ai eu envie de passer à l'acte. Ça avait pris tellement d'ampleur que je ne voyais pas comment m'en sortir et je n'avais plus envie de vivre ça. J'ai quand même appelé ma maman pour lui expliquer que ça n'allait pas du tout. Elle est venue me chercher chez moi pour me ramener chez elle et le lendemain j'avais un rendez-vous avec mon médecin traitant (2)
			Ma mère, elle avait peur. Du coup, on est quand même aller consulter un psychiatre qui a dit clairement que les garçons, ça ne souffrait pas d'anorexie. Il l'a dit à ma mère et à moi. Du coup, après, on a laissé un peu tomber. On est resté concentrés sur les gastros (8)
Histoires de prise en charge	Trajectoires dans les soins	Rôles des proches	Et c'est cette année, au début de l'année, on (moi et ma copine) a trouvé un médecin traitant. Et on avait rendez-vous le même jour. Elle l'avait le matin et moi l'après-midi. Et du coup, c'est le matin où, quand elle l'a vu, elle a dit « cet après-midi, vous aurez mon copain qui vient et ça ne va pas. Et si vous pouvez, essayez de le faire parler pour l'aider » (9)

Histoires de prise en charge	Trajectoires dans les soins		C'est ma copine qui a pris rendez-vous avec le psychiatre et on est allés la voir ensemble (7)
			Il y a toute une période où c'était un déni complet... Et justement, il y a un an de ça, on parlait d'hospitalisation avec ma copine. Je disais, non, c'est mort (9)
			Ma mère a pris contact avec la psychiatre et je suis allé la voir. Ma mère a cherché une psychiatre spécialisée sur Internet, je crois....Et du coup, ils ont essayé de chercher un peu sur Internet tout ce qui existait. Justement, tout ce dont je vous parle, là, ce n'est pas forcément le médecin qui nous a tout dit non plus. On a aussi cherché à droite, à gauche sur Internet. Et du coup, c'est comme ça que j'ai atterri à la psychiatre et la diététicienne de l'hôpital de Strasbourg (6)
			Donc je suis allé aux urgences deux fois et la deuxième fois le psychiatre de garde a suggéré l'hospitalisation. Je n'étais pas tellement en mesure de juger les choses, mais mon compagnon m'a expliqué qu'il le fallait vraiment (3)
			Chez moi, j'avais encore des trucs compliqués : des divagations, je disais n'importe quoi, je n'arrivais pas à faire des choses toute simple, donc on m'a emmené aux urgences psychiatriques (4)
		Rôles du médecin généraliste Rôles du médecin généraliste	Mon médecin traitant a pris rendez-vous avec le psychiatre spécialisé. J'ai eu mon premier rendez-vous et quelques jours plus tard j'ai été hospitalisé (2)
			Le médecin généraliste a d'abord orienté vers, justement, un gastro-entérologue et tout ça. J'étais déçu de ne pas avoir de résultats sur les examens parce que mon truc, je le traîne. Donc, je préférerais qu'on me dise, en plus, je suis quelqu'un de scientifique, cartésien et tout. Je préférerais qu'on me dise, ben, c'est ça, tu fais ça, et puis c'est bon. Plutôt que, ben, c'est psychique. Il faut essayer de faire ci, ça. Et du coup, à l'époque, c'était très dur pour moi qu'ils me disent, ben, il n'y a rien. C'est dans la tête, d'accord mais ça ne m'aide pas (6)
			C'est ma médecin généraliste qui m'avait conseillé cette psychiatre (10)

		Et du coup, c'est avec mon médecin traitant qu'on a commencé un peu à discuter. Je lui ai dit, si je dois m'arrêter, je m'arrête, mais je vais à l'hôpital. Donc, elle a fait un mail au NHC. Et dans la foulée, un mois après, j'ai eu un rendez-vous avec un psychiatre et j'ai été admis en hospitalisation quelques temps après (9)
		La généraliste était inquiète quand même. C'est pour ça qu'elle me disait souvent, de revenir toutes les semaines. Il y a une période où je la voyais vraiment beaucoup (9)
		Je voyais un médecin de famille mais on en a très peu parlé. Quand il me pesait, il me disait que ce n'était pas forcément problématique, que des gens sont maigres mais en très bonne santé, ce qui est plus ou moins mon cas, je n'ai pas de problème de santé plus que ça. Je pense que d'entendre ça, cela m'a fait normaliser ma situation aussi (5)
		J'ai eu la chance de passer par le médecin traitant, parce que je pense que je ne savais même pas que tout ce que j'ai fait là était possible de faire. Je ne pensais même pas que c'était possible d'être dans une unité spécialisée, d'être suivi à temps plein, je ne pensais pas que ça existait. Donc j'ai eu quand même cette chance de me dire, mon médecin m'a orienté, il savait qu'il y avait ça. Il a été impliqué et réactif. (9)
		Mon médecin traitant, il était aussi très fin (corpulence), et du coup forcément, quand j'étais au plus mal, ça le choquait, mais je n'ai pas l'impression que ça le choquait, outre mesure. Ça n'a jamais été vraiment discuté avec lui (6)
	Rôles des services d'urgence psychiatrique	Mais chez moi, j'avais encore des trucs compliqués : des divagations, je disais n'importe quoi, je n'arrivais pas à faire des choses toutes simples, donc on m'a emmené aux urgences psychiatriques et j'ai été hospitalisé en psychiatrie pour un mois (4)
		Je suis allé aux urgences deux fois et la deuxième fois le psychiatre de garde a suggéré l'hospitalisation (3)

Histoires de prise en charge	Étapes de prise en charge	Pratiques alternatives	Donc, après, j'ai essayé un peu de magnétiseur, psychologue, hypnose, sophrologie en parallèle (8)
			J'ai aussi fait de la vraie hypnose. Donc avec la main qui agissait comme une télécommande. J'ai fait deux, trois séances à Strasbourg, en trois séances, c'était réglé (6)
			Après, j'ai vu des thérapeutes dans le style hypnose, autosuggestion. Ça m'a vraiment aidé puisqu'elle m'a donné des petites phrases à me répéter (6)
			J'ai vu pleins d'intervenants différents. J'ai même essayé le magnétisme aussi en Allemagne, mais ça, ça me donnait encore plus la nausée. On a cherché plein de méthodes alternatives comme l'acupuncture mais sans les aiguilles, aussi, avec les électrodes (6)
	Étapes de prise en charge	Coaching	En 2022, j'ai pris rendez-vous avec quelqu'un d'un peu spécialisé dans l'alimentation. Le contact passait bien, c'était juste à côté du collège. Ça m'a fait du bien mais le problème, c'est que je ne prenais pas de poids (6)
		Consultation de nutrition	C'est principalement la diététicienne qui a tout géré, qui m'a fait avoir l'électrochoc avec l'hospitalisation (8)
			Ma nutritionniste, je suis un peu déçue parce que j'avais l'impression que j'étais juste un client lambda qui devait juste avoir un suivi (5)
		Centre médico-psychologique universitaire	Je crois qu'elle m'a orienté vers le dispositif prenant en charge les personnes souffrant de TCA (dispositif CATCAR). Je crois qu'elle m'a inscrit directement et après j'ai dû voir la nutritionniste et après la psychologue (5)
Histoires de prise en charge	Étapes de prise en charge	Consultation psychiatrique spécialisée	Ma mère a cherché une psychiatre spécialisée sur Internet, je crois. Et du coup, c'est comme ça que j'ai atterri à la psychiatre et la diététicienne de l'hôpital (6)
			Au début, après l'hospitalisation, j'avais une prise en charge tri-disciplinaire, je voyais aussi une kiné et une nutritionniste en plus du psychiatre (4)

Histoires de prise en charge	Étapes de prise en charge		J'ai eu mon premier rendez-vous avec le psychiatre et quelques jours plus tard j'ai été hospitalisé (2)
			Ma sœur m'a alors conseillé ma psychiatre actuelle. J'ai alors pris contact pour un premier rendez-vous (1)
			En parallèle de ça, je crois que c'est en 2021, j'ai commencé les consultations avec un psychiatre spécialisé en TCA (8)
		Hospitalisation en psychiatrie générale	On m'a emmené aux urgences psychiatriques et j'ai été hospitalisé en psychiatrie pour un mois. Il y a une unité avec des anorexiques mais je n'étais pas là. J'étais le seul avec des TCA, les autres patients avaient d'autres problèmes (4)
			La kiné et la nutritionniste, je les voyais déjà quand j'étais hospitalisé puis j'ai poursuivi à la sortie (4)
		Hospitalisation en service psychiatrique spécialisé	On m'a proposé l'hospitalisation, c'était compliqué au début de se sentir légitime d'être hospitalisé (2)
			Pendant l'hospitalisation j'ai pu aller en kiné, ergothérapie. Il y avait aussi un groupe de parole avec un psychologue, un atelier avec la diététicienne et un groupe sur la gestion des émotions que je suis encore en train de suivre actuellement (9)
		Hospitalisation en service psychiatrique spécialisé	J'ai eu un rendez-vous avec un psychiatre et j'ai été admis en hospitalisation quelques temps après (9)
			Après l'addictologie, je suis passé en service spécialisé TCA et je suis resté un mois et trois semaines (3)
		Hospitalisation en service de nutrition	La prise en charge, entre guillemets, c'est vraiment là qu'avec l'hospitalisation en renutrition. Avant, c'était un peu aléatoire (8)

Histoires de prise en charge		Hospitalisation en SSR	J'ai aussi déjà été en SSR spécialisé il y a 2-3 ans. Mais ça s'était très, très mal passé. J'étais resté cinq jours. Le psychiatre qui me suit m'a dit c'est mieux pour moi que je sorte vu comme ça s'était mal passé (8)
		Hôpitaux de jour de nutrition	Il y a eu une période, en 2017-2018, je crois, où j'ai fait de l'hôpital de jour, à l'hôpital dans l'unité de nutrition, je crois. Et ils ont fait quelques petits tests, mais le problème c'est que je ne m'y retrouvais pas trop. Parce que là-bas, il y avait plus de personnes en cas d'obésité. C'était juste des tests. Je ne trouvais pas que c'était super adapté (6)
		Hôpitaux de jours hors région	Et en janvier, j'ai commencé avec une diététicienne. C'est elle qui m'a incité à faire l'hôpital du jour hors région et qui a continué à me suivre (8)
	Diagnostic	Diagnostic de TCA non explicité	Je n'ai pas vraiment eu de diagnostic posé, on ne m'a pas dit « voilà c'est ça » (2)
			Il n'y a pas eu tellement de diagnostic (7)
			Le psychiatre ne m'a pas parlé de trouble du comportement alimentaire. Elle n'a pas utilisé de terme précis mais elle parlait d'excès de sport. Je pense que ça renvoyait plutôt à la bigorexie, ce genre de choses. Le diagnostic de TCA n'a jamais été abordé tant que tel. Les mots de bigorexie, d'orthorexie n'ont pas été énoncés non plus. Il n'y a pas eu de terme précis posé (4)
		Diagnostic de TCA explicité	C'est le psychiatre qui a posé le diagnostic (8)
			C'est le psychiatre qui a posé le diagnostic (9)
			C'est le médecin de la médecine étudiante qui a posé le diagnostic (5)

		Il n'y avait pas vraiment de prise en charge. Le diagnostic en lui-même a été posé très récemment, au moment de l'hospitalisation. Moi je me débrouillais avec tout ça en percevant bien qu'il y avait un problème alimentaire mais entre cela et l'exprimer en termes de troubles alimentaires il y a eu un temps de latence énorme (3) Ça coïncidait aussi à la période où j'ai vu la psychiatre, je lui ai dit que je faisais 36 kilos.... C'est elle, ouais, qui m'a fait, en quelque sorte, le diagnostic (6) C'est quelque chose qu'on voit beaucoup sur les réseaux, partout. Et plus je voyais des choses, je lisais beaucoup de choses et tu t'y retrouves quand même beaucoup. Mais le problème, c'est que moi, je n'avais pas de diagnostic. Je n'avais pas vu de médecin. Personne ne m'avait vraiment mis face à la réalité des choses. Donc, j'avais encore peut-être cette difficulté à me dire, tu souffres d'anorexie. Et c'est pour ça, je pense qu'à partir du moment où j'ai eu ce cadre de soins, ça m'a peut-être aussi aidé à prendre conscience que ça n'allait pas (9)
--	--	--

Analyse de la question Q3 :

Cette question traite de l'arrivée dans les soins des participants, et ainsi que de leur accès au diagnostic. Nous souhaitons évaluer l'accessibilité aux soins et au diagnostic de cette population masculine.

Premières démarches :

Dans ce tableau, il est tout d'abord question des modalités d'entrée dans les soins relatives au TCA. Nous avons recueilli les premières démarches de soins des dix participants. Nous retrouvons dans ces récits la diversité des modalités d'accès aux soins et surtout des modalités de soins proposées par le réseau de soins actuel pour les TCA.

Pour cinq d'entre eux, donc ici la moitié des cas, le premier contact s'est fait avec le médecin généraliste. Étant donné son rôle central dans l'orientation et le suivi des patients, il est bien souvent le premier interlocuteur.

Dans quatre des cas, il a permis un relais vers les soins psychiques : adressage vers des professionnels de deuxième ligne, contact avec des structures spécialisées.

De plus, les consultations rapprochées de médecine générale permettent d'aborder régulièrement la question du poids et de l'alimentation (Participant 9). Cela peut contribuer à la levée de certains mécanismes de déni, ainsi qu'à faire émerger une demande de soins chez le patient. Pour le participant 9, la très bonne connaissance du réseau actuel de soins a permis la mise en place d'une prise en charge adaptée dans des délais raisonnables.

Alors que dans le cas du participant 1, la méconnaissance du trouble semble avoir déstabilisé le médecin généraliste. Cela peut contraindre le patient à s'orienter seul dans le système de soins et disperser la prise en charge.

En ce qui concerne les participants 6 et 8, les médecins généralistes ont réalisés des adressages vers des spécialistes somatiques en orientant les patients vers une consultation avec un gastro-entérologue.

Le parcours de soins du participant 6 illustre bien la difficulté que peut représenter ce type de situation pour un médecin généraliste. En effet, ce participant présente une forme atypique de TCA, associée à une très probable nosophobie (propos autour du port du masque très prolongé, de la crainte des germes dans les lieux publics..). Devant ce tableau complexe, le médecin généraliste a alors déployé deux pans de prises en charge : une proposition de prise en charge psychique et des bilans d'exploration somatique. Cette double proposition de prise en charge ne laisse aucun aspect de côté, permet une exploration sur plusieurs points simultanément et s'affranchit des idées reçues pouvant biaiser les diagnostics.

Ces situations révèlent les difficultés que l'on peut avoir à analyser des symptômes parfois aspécifiques (constipation, perte de poids..). Devant des tableaux cliniques parfois incomplets, des symptômes aspécifiques, et la coexistence d'autres symptômes (nosophobie, somatisation), un positionnement objectif et un interrogatoire précis sont essentiels afin de s'inscrire dans une démarche diagnostique la plus efficiente possible, malgré le challenge que peuvent représenter ces situations. En effet, une représentation féminine des TCA peut perturber le raisonnement du praticien et biaiser les hypothèses diagnostiques.

Deux participants sont passés par la médecine universitaire.

Par ce biais, le participant 5 a pu bénéficier d'une orientation vers un dispositif pluri-professionnel et spécialisé dans la prise en charge ambulatoire des TCA, mis en place par le centre d'accueil médico-psychologique universitaire. Le second ne rapporte pas d'orientation spécifique à la suite de ses consultations en médecine de santé étudiante.

Pour les situations les plus impérieuses, le recours aux services d'urgence, somatiques ou psychiatriques, constituent une porte d'entrée dans les soins.

Dans le cas du participant 4, le passage aux urgences somatiques n'a pas abouti à une prise en charge particulière. Après consultation aux urgences psychiatriques, les participants 3 et 4 ont été admis dans des services psychiatriques afin de débiter des soins rapidement.

Sur les dix participants, quatre se sont tournés dans un premier temps vers des psychologues libéraux. Les verbatim des participants 3, 7, 9 et 10 témoignent de l'expérience d'une prise en charge vécue comme peu adaptée aux troubles des conduites alimentaires. Cela concorde avec les recommandations actuelles qui s'accordent sur l'intérêt d'un suivi pluridisciplinaire. Notons le suivi psychologique dont bénéficie le participant 5, après avoir réalisé un bilan initial pluri professionnel.

Pour le participant 8, la prise en charge diététique a été vécue comme déterminante et permettant une orientation dans les soins.

Pour trois participants, le premier contact s'est fait avec un médecin psychiatre.

Le participant 10 explique qu'il a initié ce suivi dans le cadre de problématiques psychiques autres et que la problématique TCA reste pour le moment en suspens.

Le participant 6 s'est tourné vers plusieurs intervenants dont plusieurs médecins psychiatres, sans que cela n'aboutisse initialement : *« J'ai fait quasiment tous les cabinets de psychiatrie à Strasbourg. Je ne m'y suis pas retrouvé du tout parce que c'était des entretiens de 10 minutes et ça faisait comme dans les films. Je parlais et puis on me disait, bon, ça fera 60 euros ».*

Le cas du participant 8 expose tout particulièrement l'impact de la méconnaissance du trouble sur la trajectoire de soins des patients. Dans ce cas-ci, l'exclusion du diagnostic de TCA par le psychiatre l'a poussé à se tourner vers des soins physiques : *« J'étais déjà allé consulter, au*

tout début, en 2019, à l'hôpital universitaire de Strasbourg, un psychiatre qui a dit clairement que les garçons, ça ne souffrait pas d'anorexie. Il l'a dit à ma mère et à moi. Du coup, après, on a laissé un peu tomber. On est resté concentrés sur les gastros ». Ces propos ont provoqué une errance médicale significative et retardé l'accès à des soins appropriés.

Les premières démarches de soins sont variées mais certaines restent privilégiées.

Ici, il s'agit surtout du recours à la médecine générale, aux services d'urgence, aux médecins somaticiens et aux psychologues libéraux. Les données retrouvées reflètent bien notre système de santé actuel.

En France, il existe trois niveaux de soins : soins primaires (soins de proximité), soins secondaires (hospitaliers) et soins tertiaires (hôpitaux spécialisés). En ce qui concerne les TCA, les soins de premiers recours concernent, le plus souvent, les médecins généralistes, les psychiatres et psychologues libéraux, ou les pédiatres.

Notre étude identifie également le médecin généraliste comme étant un acteur central dans la prise en charge des patients atteints de TCA. Il est fréquemment la porte d'entrée dans les soins et peut proposer un accompagnement des patients dont la situation clinique et physique ne nécessite pas de prise en charge spécialisée. Le travail de thèse de L. Roth (67) s'intéresse au modèle de prise en charge bifocale, associant médecin généraliste et psychiatre, développé par le psychiatre Philippe Jeammet. Ce modèle permet d'assurer une prise en charge associant celle du corps et l'esprit. Le médecin généraliste est alors garant de l'intégrité physique du patient, mais également un soutien psychologique pour le patient et sa famille, et le psychiatre réalise ou oriente le travail de psychothérapie et les soins psychiatriques.

Le travail de thèse de L. Roth (67), met en évidence les différents freins et difficultés, en lien avec le patient ou le médecin, existants dans la prise en charge des patients atteints de TCA. Son étude met l'accent sur le manque de formation perçu aussi bien par les généralistes que par les psychiatres. Les professionnels interrogés expriment le besoin de formation plus exhaustif pour proposer une prise en charge sécurisante. Elle souligne cependant : « *un complexe des généralistes de se sentir incompetents dans cette pathologie plutôt que d'un véritable manque de connaissances* ». Il semble primordial de renforcer le sentiment de compétence des médecins généralistes afin qu'ils puissent dépister, diagnostiquer, traiter (traitement médicamenteux, psychothérapie de soutien), surveiller l'évolution et orienter vers des lieux de soins adaptés si la situation nécessite des soins spécialisés.

Ces données mettent en évidence le rôle capital de la formation des praticiens au sujet des troubles des conduites alimentaires. Si l'intervenant interroge les habitudes alimentaires et l'évolution pondérale, reconnaît et dépiste certains symptômes, le patient sera plus rapidement pris en charge.

Précisons aussi l'importance d'une approche neutre, dénuée de préjugés, des patients masculins concernés par des symptômes de TCA.

Il nous faut tout de même souligner la difficulté que représente la démarche diagnostique en ce qui concerne les TCA, particulièrement quand il s'agit de formes débutantes (tableaux atypiques, formes incomplètes, comorbidités fréquentes). Il s'agit d'un exercice complexe pour le clinicien, nécessitant d'explorer de nombreux aspects du patient.

En définitive, quel que soit le mode d'entrée dans les soins, on perçoit l'importance de la formation et de l'information du praticien, que ce soit sur le plan des signaux corporels et

psychiques, des recommandations de prise en charge, mais aussi sur le plan de la connaissance du réseau de soins. Si certains signes d'alerte sont évoqués lors d'une consultation de premier recours, l'intervenant doit pouvoir offrir ou, le cas échéant, orienter le patient vers des soins adéquats.

Trajectoires dans les soins :

La très grande majorité des participants, huit sur dix, mentionnent les rôles qu'ont pu avoir leurs proches dans leur prise en charge. Ces témoignages traduisent l'importance de l'entourage dans ces situations.

Que ce soit pour diriger vers les services d'urgence (participants 3 et 4), conseiller sur les intervenants à contacter (participant 1), aider à la prise de rendez-vous mais aussi accompagner aux rendez-vous (participants 2, 6, 7, 8 et 9).

Le participant 6 raconte avoir fait les recherches informatiques sur le réseau de soins, accompagné de sa famille. L'implication des proches dans le parcours de soins met en évidence le caractère systémique de ces troubles, qui impactent et impliquent le patient mais également son entourage.

Comme décrit précédemment, cinq participants reviennent sur le rôle de leur médecin généraliste dans leur parcours. Notamment sur leur rôle dans l'orientation et l'adressage (participants 2, 9 et 10).

Le verbatim suivant du participant 9 illustre parfaitement l'importance de cette responsabilité : *« J'ai eu la chance de passer par le médecin traitant, parce que je pense que je ne savais même pas que tout ce que j'ai fait là était possible de faire. Je ne pensais même pas que c'était possible d'être dans une unité spécialisée, d'être suivi à temps plein, je ne pensais*

pas que ça existait. Donc j'ai eu quand même cette chance de me dire, mon médecin m'a orienté, il savait qu'il y avait ça. Il a été impliqué et réactif. »

Les participants 5 et 6 témoignent d'une autre réalité. Ils expliquent avoir très peu abordé les questions alimentaires avec leur médecin, mais aussi la rationalisation autour de leur perte de poids. Ces comportements peuvent parfois contribuer à retarder la prise en charge du trouble.

Étapes de prise en charge :

Nous allons ici revenir sur les diverses étapes de prises en charge qu'ont pu traverser les différents participants.

Deux participants sur dix se sont dirigés, à un moment dans leur parcours, vers des pratiques dites alternatives (magnétisme, acupuncture, hypnose..) (participants 6 et 8). En ce qui les concerne, cela s'inscrit dans le cadre d'une longue errance thérapeutique, de multiples tentatives de prises en charge physiques et psychiques. Bien que cela ne soit pas l'unique facteur à prendre en compte, on entend, dans leur histoire, la difficulté à aboutir à un diagnostic et une prise en charge adaptée.

L'expérience du participant 5 met en évidence la pertinence des dispositifs mis en place par la médecine étudiante universitaire.

Lors de leur parcours, cinq participants sur dix ont rencontré un psychiatre spécialisé dans les TCA. Ces consultations sont le plus souvent arrivées après d'autres modalités de prise en charge, plus ou moins nombreuses, et plus ou moins adaptées (participants 4, 6 et 8).

Si l'on reprend l'histoire du participant 6, cette consultation intervient après une longue errance et de nombreux intervenants différents. Ces parcours complexes, bien que multiples, ne sont pas l'unique trajectoire possible pour les patients, certains récits, comme celui du

participant 2, nous montrent que les étapes peuvent également être traversées plus rapidement.

Parmi les quatre participants ayant été hospitalisé en psychiatrie, un seul d'entre eux a été pris en charge par un service de psychiatrie générale (participant 4). Les trois autres participants ont été admis dans un service psychiatrique spécialisé dans la prise en charge des troubles des conduites alimentaires (participants 2, 3 et 9).

Ces hospitalisations ont eu lieu, à parts égales, à la suite d'un passage aux urgences psychiatriques (participants 3 et 4) ou de consultation psychiatrique spécialisée (participants 2 et 9). Les verbatim des participants 4 et 9 permettent de mentionner l'offre de soins pluri-professionnels lors des hospitalisations.

Le participant 6 s'est vu proposé, dans son parcours, une période de soins en hôpital de jour de nutrition. Il décrit cette étape comme une période de tests plutôt qu'une période de soins :

« Il y a eu une période, en 2017-2018, je crois, où j'ai fait de l'hôpital de jour, à l'hôpital dans l'unité de nutrition, je crois. Et ils ont fait quelques petits tests, mais le problème c'est que je ne m'y retrouvais pas trop. Parce que là-bas, il y avait plus de personnes en cas d'obésité. C'était juste des tests. Je ne trouvais pas que c'était super adapté ».

Le participant 8 nous fait part d'un parcours riche, jalonné de plusieurs étapes de soins : hospitalisation en SSR spécialisé TCA, hospitalisation au sein d'un hôpital de jour hors de la région, puis hospitalisation en service de nutrition. Son expérience illustre les diverses possibilités de prise en charge. Il explique également avoir dû essayer de nombreuses pistes avant de trouver des soins qui lui correspondent :

- « *J'ai aussi déjà été en SSR spécialisé il y a 2-3 ans. Mais ça s'était très, très mal passé. J'étais resté cinq jours. Le psychiatre qui me suit m'a dit c'est mieux pour moi que je sorte vu comme ça s'était mal passé* ».
- « *La prise en charge, entre guillemets, c'est vraiment là qu'avec l'hospitalisation en nutrition. Avant, c'était un peu aléatoire* ».

Il est intéressant de souligner que malgré notre panel relativement restreint de dix participants, nous avons recueilli des récits évoquant tous les acteurs du réseau de soins TCA du territoire. Cette diversité permet aux patients d'accéder aux soins par différentes portes et facilite l'entrée dans les soins.

Il ne faut cependant pas minimiser les embûches que peuvent rencontrer certains patients avant de s'inscrire dans des soins adéquats.

Diagnostic :

À l'occasion de cette question, nous avons pu aborder la question diagnostique avec les participants. Huit d'entre eux nous ont parlé explicitement de leur diagnostic, du moment où il a pu leur être posé, et de la personne ayant formulé le diagnostic.

Pour cinq des participants, le diagnostic de TCA a été explicité : quatre d'entre eux par un psychiatre hospitalier et spécialisé, et pour un d'entre eux par le médecin généraliste de la médecine étudiante.

Trois des participants ne perçoivent pas avoir reçu un diagnostic explicite de TCA.

L'expérience du participant 4 à ce sujet est intéressante. Il se souvient avoir abordé ses troubles alimentaires dans des termes qu'il estime plutôt vagues, il ne se souvient pas avoir été confronté à des termes médicaux et diagnostiques précis : « *Le psychiatre ne m'a pas parlé*

de trouble du comportement alimentaire. Elle n'a pas utilisé de terme précis mais elle parlait d'excès de sport. Je pense que ça renvoyait plutôt à la bigorexie, ce genre de chose. Le diagnostic de TCA n'a jamais été abordé tant que tel. Les mots de bigorexie, d'orthorexie n'ont pas été énoncés non plus. Il n'y a pas eu de terme précis posé. »

Il nous semble également intéressante de nous arrêter sur l'expérience du participant 9. Il nous invite à penser cette question diagnostique à l'ère des réseaux sociaux avec une information médicale plus accessible, des partages d'expériences de patients, des récits de vie avec descriptif des différents symptômes et de leurs conséquences. Le participant explique cette impression de se reconnaître dans des histoires retrouvées sur internet, ces interrogations qui peuvent naître après des recherches d'informations en lien avec la santé mentale sur les réseaux sociaux. Mais malgré cette liberté d'accès à tout type d'informations, il en ressort quelque chose d'un peu confus. Dans son récit, il nous dit, entre autres, qu'un diagnostic explicité par un professionnel de santé semble avoir participé à une certaine levée du déni de la pathologie : *« C'est quelque chose qu'on voit beaucoup sur les réseaux, partout. Et plus je voyais des choses, je lisais beaucoup de choses et tu t'y retrouves quand même beaucoup. Mais le problème, c'est que moi, je n'avais pas de diagnostic. Je n'avais pas vu de médecin. Personne ne m'avait vraiment mis face à la réalité des choses. Donc, j'avais encore peut-être cette difficulté à me dire, tu souffres d'anorexie. Et c'est pour ça, je pense qu'à partir du moment où j'ai eu ce cadre de soins, ça m'a peut-être aussi aidé à prendre conscience que ça n'allait pas. »*

Nous allons désormais passer à l'analyse de la question Q4 :

« Quatrième question : Quelle prise en charge vous a été proposée ? Quelles difficultés avez-vous rencontrées lors de votre prise en charge ? »

Code	Composantes	Sous composantes	Citations
Prise en charge	Modalités de suivi actuel	Suivi psychiatrique spécialisé	À la sortie de l'hôpital, j'ai eu un suivi en ambulatoire avec la psychiatre que je vois tous les mois depuis (4)
			Actuellement dans ma prise en charge, il y a uniquement le suivi psychiatrique (1)
			J'ai eu alors un psychiatre et une nutritionniste jusqu'à ce que je passe les 54 kilos puis ça s'est arrêté. Actuellement je n'ai que le psychiatre. Je n'ai jamais été hospitalisé parce que je n'ai jamais voulu. J'avais peur de l'environnement hospitalier. Et du coup, la psychiatre m'a donné un espèce d'ultimatum, et donc entre chaque séance, il fallait que je prenne tant et tant de kilos (6)
		Hôpitaux de jour spécialisés	Je suis en hôpital de jour en début de semaine : je suis en activité en groupe avec la diététicienne et dans un groupe de parole avec une psychologue. Et j'ai aussi des rendez-vous individuels avec la diététicienne, psychologue, psychiatre et kinésithérapeute (2)
			J'ai accès à l'hôpital de jour avec la diététicienne, la kiné qui travaille essentiellement sur les TCA et l'ergothérapie (3)
			Il y a également le groupe ACT TCA basé sur l'autocompassion qui se base sur des éléments que je rattache à la philosophie orientale et cela me rassure beaucoup (3)
			Lors de l'hospitalisation j'ai pu aller en kiné, ergothérapie. Il y avait aussi un groupe de parole avec un psychologue, un atelier avec la diététicienne et un groupe sur la gestion des émotions... que je suis encore en train de suivre actuellement (9)
		Suivi ambulatoire pluridisciplinaire spécialisé	Au début, après l'hospitalisation, j'avais une prise en charge tri-disciplinaire, je voyais aussi une kiné et une nutritionniste en plus de la psychiatre (4)

Prise en charge	Modalités de suivi actuel	Suivi ambulatoire Pluridisciplinaire spécialisé	Actuellement, je suis suivi par le psychiatre. Je le vois une fois tous les mois ou tous les deux mois. Et la diététicienne, tous les deux ou trois semaines. J'ai commencé la kiné pour la rééducation anorectale (8)
		Suivi psychologique général	Depuis avec la psychologue, on essaye de trouver les racines, de savoir d'où ça vient. On a un peu parlé de mes traumatismes également, je ne sais pas si c'était forcément en lien avec mon TCA. Il y a quelques semaines, elle m'a parlé de séance d'EMDR je crois. C'est dommage qu'on ne permette pas aux étudiants d'avoir accès à ce genre de psychothérapie (5)
		Aucun suivi spécifique	Je n'ai pas rencontré de difficulté particulière comme il n'y a pas vraiment de prise en charge pour l'instant. Il reste encore un peu le vide avant le début du chantier (10)
	Difficultés	Légitimité envers les soins	On m'a proposé l'hospitalisation, c'était compliqué au début de se sentir légitime d'être hospitalisé (2)
			Je me trouvais trop gros pour être à l'hôpital par rapport aux autres patientes. Du coup je ne me sentais pas du tout légitime d'être pris en charge (2)
			Au début c'était difficile d'être entouré que de patientes mais en fin de compte j'ai compris qu'il y avait beaucoup de similitudes entre nous et je me sentais aussi légitime à être soigné comme elles (2)
		Évitement	La difficulté, je pense que ça a été le fait de parler de toutes ces choses (7)
			J'ai beaucoup de mal à parler de mes troubles avec les gens. C'est surtout cela qui est difficile, j'ai l'impression d'être seul (1)

Prise en charge	Difficultés	Vécu des soins	
			C'était compliqué aussi de faire confiance au corps médical, je n'ai pas l'habitude qu'on me prenne en charge. Je n'avais encore jamais rencontré de psychiatre auparavant, les entretiens pouvaient être compliqués aussi (2)
			L'hospitalisation, moi, je ne voulais pas y rester. C'était vraiment une prison, là-bas. C'était de la torture pour moi. Du coup, j'ai tout fait pour sortir le plus vite. J'ai tout fait pour dire que je faisais tout à la maison (8)
			J'avais envie de voir un psychologue mais j'avais peur aussi donc je ne me suis pas lancé. Donc le manque de prise en charge, c'était aussi un peu de mon choix. J'avais peur de livrer, d'avoir une personne qui m'observe quand je parle. J'avais peur de confirmer, ce que je savais, que j'avais un problème. Je pense que d'avoir commencé le développement personnel, d'avoir une meilleure estime de moi, plus confiance en moi, ça m'a aidé à aller voir les gens, les spécialistes (5)
			J'ai fait quasiment tous les cabinets de psychiatrie à Strasbourg. Je ne m'y suis pas retrouvé du tout parce que c'était des entretiens de 10 minutes et ça faisait comme dans les films. Je parlais et puis on me disait, bon, ça fera 60 euros (6)
			Après je suis allé voir plusieurs psychologues aussi où j'ai plus parlé. Bon, ça me faisait du bien sur le coup, mais en même temps du mal parce que ce n'est pas évident de ressasser tout ça. Mais je ne voyais pas non plus l'aspect bénéfique parce que ce qui m'angoissait, moi, c'était que j'avais un stress intense et c'était surtout ça ce qu'il fallait gérer (6)
			Mais j'ai eu des périodes vraiment compliquées à ce niveau-là psychologiquement parce que moi, j'en avais marre qu'on me dise qu'il n'y avait rien. C'est psychique, c'est juste toi. Ben oui, mais d'accord. Mais qu'est-ce que je dois faire concrètement ? (6)

Prise en charge	Difficultés	Vécu des soins	Au début, je pense que le plus dur, c'était le fait d'être éloigné, d'être un peu loin de tout, d'être coupé du jour au lendemain. Et donc, arrêter complètement et dire « bon, ben, voilà, maintenant tu es face à toi et à tes troubles ». Il fallait déjà changer les habitudes, changer tout, tout ce que j'avais mis en place depuis des années, prendre conscience que ce que je fais, ce n'est pas ce que tu dois faire (9) Ça a été difficile quand justement j'étais dans une phase où je commençais moi à aller de l'avant, à me poser moins de questions et avoir d'autres personnes autour de moi qui arrivaient justement à l'hôpital et qui étaient vraiment dans des phases compliquées. Par exemple quelqu'un qui dit « ah bah j'ai mangé de l'ananas, j'ai fait un excès », alors qu'à côté moi je finissais mon plateau complètement, j'avais tout mangé. Je me disais non je ne peux plus entendre ça, je ne peux plus entendre toutes ces remarques que j'ai pu aussi avoir. Je voyais que ça devenait même plutôt néfaste pour moi. Mais au début ça me faisait du bien, je me disais je suis encadré, je suis autour de personnes qui comprennent ce que je vis donc je peux avoir des peurs (9) Avant ça, j'en ai vu deux autres, des psychologues, pas ici, qui ne me convenaient pas. Ben, la première, elle était très liée au monde du travail, et même si j'ai eu des expériences de travail un peu négatives, ce n'était pas vraiment ce dont j'avais besoin de parler. Et la deuxième, je ne sais pas, elle ne me laissait pas beaucoup la parole, et en fait, elle me posait beaucoup de questions, ce qui peut être bien, mais du coup, je n'avais pas l'occasion de dire vraiment ce que j'avais besoin de dire (7)
-----------------	-------------	----------------	--

Prise en charge	Difficultés	Errance médicale	Après quand on a pris rendez-vous, j'ai pu voir le psychiatre assez vite. Mais, on va dire, le temps pour trouver, oui, il y a eu quand même un certain délai (7) J'ai vu pleins d'intervenants différents. J'ai même essayé le magnétisme aussi en Allemagne, mais ça, ça me donnait encore plus la nausée. Mon gros problème, c'était la nausée. J'en avais un peu marre d'avoir tous ces symptômes, et du coup, quand on me proposait des solutions, et qu'au bout de 3-4 jours, ça empirait, je n'avais pas envie de persévérer parce que j'étais dans un état où j'en avais ma claque alors que peut-être que si j'avais fait sérieusement pendant un mois, ça aurait un peu fait effet, mais c'était impensable de continuer. On a cherché plein de méthodes alternatives comme l'acupuncture mais sans les aiguilles, aussi, avec les électrodes. Enfin, j'ai essayé plein de choses, et il n'y a rien qui a vraiment fonctionné. J'ai fait au moins 3-4 échographies aussi (6)
		Accepter la place de patient	La principale difficulté cela a peut-être été d'accepter d'être dans le rôle du patient. J'ai cru percevoir être regarder un petit peu plus comme un malade, là c'était un petit peu désagréable d'être renvoyé à quelque chose de pathologique (3)
		Méconnaissance du trouble par le professionnel de santé	Ma mère, elle avait peur. Du coup, on est quand même aller consulter. Elle avait vu qu'il pouvait y avoir des TCA chez les hommes. Mais le psychiatre, qu'on avait vu en consultation nous avait dit que non, c'est une maladie mais non, les garçons ne souffrent pas d'anorexie. On s'est donc écarté de l'idée que cela puisse être un TCA jusqu'aux consultations avec l'autre psychiatre qui lui a dit que j'avais un TCA, mais atypique donc une anorexie atypique (8)

Prise en charge	Difficultés	Méconnaissance du trouble par le professionnel de santé	J'étais déjà allé consulter, au tout début, en 2019, à l'hôpital universitaire de Strasbourg, un psychiatre qui a dit clairement que les garçons, ça ne souffrait pas d'anorexie. Il l'a dit à ma mère et à moi. Du coup, après, on a laissé un peu tomber. On est resté concentrés sur les gastros (8)
			Oui mais j'ai changé de médecin traitant quand j'étais hospitalisé. Elle ne s'était pas rendu compte de mon état dégradé. Elle me faisait les certificats pour m'inscrire aux courses. Elle me pesait et me faisait faire des tests et ça ne l'inquiétait pas de voir que je pesais 48 kilos. J'ai alors décidé de changer. Rien n'avait été mis en place pour me mettre en garde. Elle n'a jamais interrogé la perte de poids (4)
			J'étais suivi par un médecin de famille mais on en a très peu parlé. Quand il me pesait, il me disait que ce n'était pas forcément problématique, que des gens sont maigres mais en très bonne santé, ce qui est plus ou moins mon cas, je n'ai pas de problème de santé plus que ça. Je pense que d'entendre ça, cela m'a fait normaliser ma situation aussi (5)
		Vécu du traitement médicamenteux	Et ensuite, la médication qui me posait un vrai cas de conscience au début mais dont je m'aperçois aujourd'hui qu'elle vient calmer et apaiser quelque chose de façon vraiment anodine. Cela m'aide beaucoup à être plus calme, à être moins angoissé. La médication n'est pas anodine quand elle est adaptée. Il m'est arrivé de me retrouver avec des traitements qui étaient anorexigènes. Mon psychiatre actuel a stoppé ces traitements. Il a pris beaucoup de temps avant de proposer un traitement qui lui semblait adapté (3)
			J'avais demandé à ce qu'il soit possible que je ne sois pas sous traitement médicamenteux (9)

Prise en charge	Difficultés	Symptômes persistants	La constipation, parce que ça, principalement, c'est les douleurs. J'ai toujours actuellement les problèmes de constipation et de douleurs (8)
		Aucune difficulté	Je ne pense pas avoir vraiment rencontré de difficultés lors de ma prise en charge. À partir du moment où j'ai été en capacité de reconnaître mes troubles, c'est allé assez vite (1)
			Je n'ai rencontré aucune difficulté lors de ma prise en charge (4)

Analyse de la question Q4 :

Cette question interroge les participants sur leur prise en charge actuelle ainsi que sur les difficultés rencontrées lors de cette prise en charge.

Modalités de suivi actuelles :

Dans un premier temps, la quatrième question aborde les modalités de suivi actuelles des dix participants.

Trois participants sont actuellement suivis uniquement par un psychiatre spécialisé en TCA (participants 1, 4 et 6). Pour deux d'entre eux, les participants 4 et 6, cela fait suite à une prise en charge pluri-professionnelle nécessaire pendant une période de ladite prise en charge.

Le participant 4 nous décrit très bien l'évolution des modalités de soins : hospitalisation en psychiatrie, puis suivi ambulatoire pluriprofessionnel spécialisé, et enfin suivi psychiatrique spécialisé seul : « *Au début, après l'hospitalisation, j'avais une prise en charge tri-disciplinaire, je voyais aussi une kiné et une nutritionniste en plus de la psychiatre* ». Il s'est dirigé, après les soins hospitaliers, vers un nouveau médecin généraliste qui occupe une place centrale dans sa prise en charge actuelle.

Le participant 6 nous raconte sa crainte de l'hospitalisation, ainsi que les prérequis au suivi ambulatoire : « *J'ai eu alors un psychiatre et une nutritionniste jusqu'à ce que je passe les 54 kilos puis ça s'est arrêté. Actuellement je n'ai que la psychiatre. Je n'ai jamais été hospitalisé parce que je n'ai jamais voulu. J'avais peur de l'environnement hospitalier. Et du coup, le psychiatre m'a donné un espèce d'ultimatum, et donc entre chaque séance, il fallait que je prenne tant et tant de kilos* ».

Trois participants sont, quant à eux, pris en charge en hôpital de jour spécialisé dans la prise en charge des TCA (participants 2, 3 et 9). À cette prise en charge est associée un suivi psychiatrique spécialisé. De plus, au moment de l'étude, un des participants est inscrit dans un suivi pluriprofessionnel extrahospitalier.

Dans ces trois situations, les soins ont été instaurés suite à un temps d'hospitalisation complète en service spécialisé. Le verbatim du participant 2 illustre le caractère pluridisciplinaire et complet de cette modalité de prise en charge : *« Je suis en hôpital de jour en début de semaine : je suis en activité en groupe avec la diététicienne et dans un groupe de parole avec une psychologue. Et j'ai aussi des rendez-vous individuels avec la diététicienne, psychologue, psychiatre et kinésithérapeute ».*

Les participants 3 et 9 évoquent les suivis individuels et les groupes thérapeutiques proposés au sein de l'hôpital, dont le groupe thérapeutique ACT TCA⁸ que le participant 3 mentionne et auquel le participant 9 fait allusion.

Le participant 8 est concerné par une proposition relativement comparable, un suivi ambulatoire pluridisciplinaire spécialisé sur un mode ambulatoire extrahospitalier.

Ces données permettent d'extraire deux informations remarquables.

Tout d'abord, nous avons une majorité de participants, sept sur dix, actuellement pris en charge par des intervenants spécialisés (participants 1, 2, 3, 4, 6, 8 et 9). Puis, nous observons qu'au total, six participants ont été concernés par des prise en charge pluridisciplinaire et que quatre le sont encore à l'heure actuelle (participants 2, 3, 8 et 9).

⁸ Groupe thérapeutique ACT TCA : Groupe thérapeutique ayant pour objectif l'identification et l'accueil des ressentis internes (pensées, émotions) afin de mettre en place des actions engagées vers les valeurs personnelles et la qualité de vie. Psychothérapie élaborée à partir des thérapies cognitivo-comportementales.

Si nous faisons le lien avec les données analysées précédemment, nous constatons que malgré des trajectoires parfois complexes, *in fine* la majorité des participants de l'étude a pu bénéficier d'une modalité de prise en charge correspondante aux recommandations actuelles.

À cette occasion, nous précisons quelques points sur les recommandations actuelles.

En premiers recours, les recommandations préconisent une prise en charge bifocale (psychiatrique/psychologique et somatique) qui implique généralement un psychiatre/psychologue et un médecin généraliste. Si durant les régulières réévaluations réalisées au cours des soins, la situation se détériore, se pérennise, alors il est recommandé d'orienter le patient vers des soins spécifiques spécialisés.

Désormais, le participant 5 dispose uniquement d'un suivi psychologique dans le cadre de l'offre de soins universitaires après avoir bénéficié d'un bilan médical initial et de consultations diététiques. Il déplore que certaines psychothérapies spécifiques ne soient pas accessibles faute de moyens financiers suffisants : « *Depuis avec la psychologue, on essaye de trouver les racines, de savoir d'où ça vient. On a un peu parlé de mes traumatismes également, je ne sais pas si c'était forcément en lien avec mon TCA. Il y a quelques semaines, elle m'a parlé de séance d'EMDR je crois. C'est dommage qu'on ne permette pas aux étudiants d'avoir accès à ce genre de psychothérapie* ».

Le patient 10 n'est, pour le moment, pas concerné par une prise en charge de ses troubles alimentaires. Il nous explique être actuellement suivi par un psychiatre en libéral pour des problématiques psychiques autres, dont la prise en charge impacte positivement son état général. Mais il souligne ne pas avoir encore abordé la question des TCA en particulier en suivi, malgré leurs caractéristiques sévères : « *Je n'ai pas rencontré de difficultés particulières* ».

comme il n'y a pas vraiment de prise en charge pour l'instant. Il reste encore un peu le vide avant le début du chantier ».

Difficultés :

Nous avons ensuite interrogé les participants sur les différentes difficultés qu'ils ont pu rencontrer au fil de leur prise en charge.

Tout d'abord, le participant 2 nous a partagé sa difficulté à se sentir légitime aux soins. Ce ressenti peut imprégner plusieurs aspects : légitimité à être pris en charge en tant qu'homme, légitimité à recevoir des soins, légitimité des troubles. Nous reviendrons plus tard sur les intrications que cela comporte, avec la difficulté de reconnaissance de ses troubles (participant 1), la levée de la difficulté à parler de difficultés personnelles et médicales (participant 1 et 7, mais aussi 2, 5 et 6), et la difficulté à accepter les modalités de soins spécifiques aux TCA (participants 6 et 8).

Les deux verbatim suivants, du participant 2, illustrent parfaitement ces notions : *« Je me trouvais trop gros pour être à l'hôpital par rapport aux autres patientes. Du coup je ne me sentais pas du tout légitime d'être pris en charge ». « Au début c'était difficile d'être entouré que de patientes mais en fin de compte j'ai compris qu'il y avait beaucoup de similitudes entre nous et je me sentais aussi légitime à être soigné comme elles ».*

Les préoccupations concernant la légitimité, notamment la légitimité aux soins, sont fréquentes dans les problématiques de troubles des conduites alimentaires. Ces pensées représentent des points d'achoppement pour de nombreuses patientes et patients. On constate, grâce à ces verbatim, la similitude de ce mécanisme, quel que soit le genre.

Un point analogue est traité par le participant 3. Il revient sur la difficulté qu'il a eu à accepter la place de patient lors des soins : le regard des soignants, les rapports soignants-soignés,

l'assimilation au statut de « malade ». Ces questionnements raisonnent avec bon nombre d'étude actuellement réalisé.

Un autre point soulevé par 6 des participants est celui du vécu des soins. Cet aspect prend plusieurs déclinaisons.

Deux participants nous décrivent les difficultés rencontrées lors de leur hospitalisation en milieu spécialisé.

Pour le participant 8, le cadre de soins hospitalier a été très mal vécu, ce qui a généré un sentiment d'enfermement et un désir d'échapper à cette modalité de soins.

Pour le participant 9, une des difficultés, pendant l'hospitalisation, a été de rompre brutalement avec le quotidien, les habitudes et comportements, et être confronté à ses mécanismes psychiques sous-jacents. Certaines difficultés mentionnées ici concernent le cadre contraignant des soins. Dans le cadre des modalités de prise en charge des TCA, il existe effectivement une dimension de contenance utile et nécessaire à la prise en charge (68).

Ce même participant revient sur un autre type de difficulté rencontré lors de ces soins à l'hôpital. Il s'agit de la cohabitation de patients à des niveaux disparates dans leurs processus de soins : *« Ça a été difficile quand justement j'étais dans une phase où je commençais moi à aller de l'avant, à me poser moins de questions et avoir d'autres personnes autour de moi qui arrivaient justement à l'hôpital et qui étaient vraiment dans des phases compliquées. Par exemple quelqu'un qui dit « ah bah j'ai mangé de l'ananas, j'ai fait un excès », alors qu'à côté moi je finissais mon plateau complètement, j'avais tout mangé. Je me disais non je ne peux plus entendre ça, je ne peux plus entendre toutes ces remarques que j'ai pu aussi avoir. Je voyais que ça devenait même plutôt néfaste pour moi ».*

Quant aux participants 6 et 7, ils décrivent la difficulté à trouver un intervenant qui peut nous correspondre. Tous les deux ont rencontré plusieurs soignants, psychiatres ou psychologues, avant de réussir à s'inscrire dans un suivi qu'ils investissent.

Toujours dans le registre du lien entre psychothérapeute et patient, le participant 2 amène sa difficulté à, dans un premier temps, aborder les entretiens en confiance avec les différents membres du corps médical.

Pour le participant 5, cette appréhension autour de la psychothérapie a différé l'initiation des soins : *« J'avais envie de voir un psychologue mais j'avais peur aussi donc je ne me suis pas lancé. Donc le manque de prise en charge, c'était aussi un peu de mon choix. J'avais peur de livrer, d'avoir une personne qui m'observe quand je parle. J'avais peur de confirmer, ce que je savais, que j'avais un problème. Je pense que d'avoir commencé le développement personnel, d'avoir une meilleure estime de moi, plus confiance en moi, ça m'a aidé à aller voir les gens, les spécialistes ».*

Ces propos font écho avec ceux du participant 6, qui s'est trouvé démuni lors de l'annonce de l'absence de substrat physique à ces troubles. On entend les appréhensions autour des pathologies psychiques et de leurs traitements : *« Mais j'ai eu des périodes vraiment compliquées à ce niveau-là psychologiquement parce que moi, j'en avais marre qu'on me dise qu'il n'y avait rien. C'est psychique, c'est juste toi. Ben oui, mais d'accord. Mais qu'est-ce que je dois faire concrètement ».*

Parmi les différentes difficultés évoquées, deux des participants ont été concernés par une errance significative durant leurs parcours (participants 6 et 7). Cette errance peut avoir différentes causes.

Le participant 7 évoque la difficulté à rechercher puis trouver un intervenant spécialisé.

Pour le participant 6, l'absence de proposition adaptée l'a poussé à multiplier les intervenants dans l'espoir de trouver une solution à sa problématique. Du fait de son parcours complexe, nous reprenons également plusieurs éléments anamnestiques :

- *« Au tout début, je crois que je suis allé voir mon médecin traitant. Il a conseillé justement de faire de la psy, donc psychiatrie, psychanalyse »*
- *« Le médecin généraliste a d'abord orienté vers, justement, un gastro-entérologue et tout ça. J'étais déçu de ne pas avoir de résultats sur les examens parce que mon truc, je le traîne. Donc, je préférerais qu'on me dise, en plus, je suis quelqu'un de scientifique, cartésien et tout. Je préférerais qu'on me dise, ben, c'est ça, tu fais ça, et puis c'est bon. Plutôt que, ben, c'est psychique. Il faut essayer de faire ci, ça. Et du coup, à l'époque, c'était très dur pour moi qu'ils me disent, ben, il n'y a rien. C'est dans la tête, d'accord mais ça ne m'aide pas »*
- *« J'ai fait quasiment tous les cabinets de psychiatrie à Strasbourg. Je ne m'y suis pas retrouvé du tout parce que c'était des entretiens de 10 minutes et ça faisait comme dans les films. Je parlais et puis on me disait, bon, ça fera 60 euros »*
- *« J'ai vu pleins d'intervenants différents. J'ai même essayé le magnétisme aussi en Allemagne, mais ça, ça me donnait encore plus la nausée. Mon gros problème, c'était la nausée. J'en avais un peu marre d'avoir tous ces symptômes, et du coup, quand on me proposait des solutions, et qu'au bout de 3-4 jours, ça empirait, je n'avais pas envie de persévérer parce que j'étais dans un état où j'en avais ma claque alors que peut-être que si j'avais fait sérieusement pendant un mois, ça aurait un peu fait effet, mais c'était impensable de continuer. On a cherché plein de méthodes alternatives comme l'acupuncture mais sans les aiguilles, aussi, avec les électrodes. Enfin, j'ai essayé plein*

de choses, et il n'y a rien qui a vraiment fonctionné. J'ai fait au moins 3-4 échographies aussi ».

- *« Ma mère a pris contact avec la psychiatre et je suis allé la voir. Ma mère a cherché une psychiatre spécialisée sur internet, je crois....Et du coup, ils ont essayé de chercher un peu sur Internet tout ce qui existait. Justement, tout ce dont je vous parle, là, ce n'est pas forcément le médecin qui nous a tout dit non plus. On a aussi cherché à droite, à gauche sur internet. Et du coup, c'est comme ça que j'ai atterri à la psychiatrie et la diététicienne de l'hôpital de Strasbourg »*

Ces verbatim témoignent du désarroi qu'a pu rencontrer ce participant en recherche d'aide et en souffrance. Le système et le réseau de soins sont vastes et complexes pour les personnes extérieures au milieu du soin, c'est pourquoi un accompagnement dans l'orientation par un professionnel renseigné est si important.

Outre les participants 1 et 6, les participants 4, 5 et 8 nous invitent à revenir sur une difficulté déjà évoquée précédemment. Il s'agit de l'impact de la méconnaissance du trouble par le professionnel de santé. Dans ces trois situations, les patients se sont dirigés vers des médecins, psychiatres et médecins généralistes, qui n'ont pas décelé ou qui ont invalidé les troubles alimentaires.

Le participant 4 nous raconte que, pendant plusieurs mois, le professionnel de santé qu'il consultait n'a pas interrogé sa perte de poids, ce qui a retardé significativement la mise en place des soins. En effet, nous rappelons que ce participant a été hospitalisé en psychiatrie dans les suites différées d'un passage aux urgences pour malaise avec hyponatrémie : *« Oui mais j'ai changé de médecin traitant quand j'étais hospitalisé. Elle ne s'était pas rendu compte de mon état dégradé. Elle me faisait les certificats pour m'inscrire aux courses. Elle me pesait*

et me faisait faire des tests et ça ne l'inquiétait pas de voir que je pesais 48 kilos. J'ai alors décidé de changer (de médecin). Rien n'avait été mis en place pour me mettre en garde. Elle n'a jamais interrogé la perte de poids ».

L'expérience du participant 5 est très similaire : *« J'étais suivi par un médecin de famille mais on en a très peu parlé. Quand il me pesait, il me disait que ce n'était pas forcément problématique, que des gens sont maigres mais en très bonne santé, ce qui est plus ou moins mon cas, je n'ai pas de problème de santé plus que ça. Je pense que d'entendre ça, cela m'a fait normaliser ma situation aussi ».*

Dans le cas du participant 8, cette méconnaissance l'a égaré, lui et ses proches. Cette information les a poussés à considérer que les symptômes étaient uniquement d'origine physique. Nous gardons en tête le parcours de ce participant, décrit plus haut, jalonné de nombreuses étapes de prise en charge, avec un délai de trois ans entre le début des troubles et la mise en place d'un suivi adapté : *« Ma mère, elle avait peur. Du coup, on est quand même aller consulter. Elle avait vu qu'il pouvait y avoir des TCA chez les hommes. Mais le psychiatre, qu'on avait vu en consultation nous avait dit que non, c'est une maladie mais non, les garçons ne souffrent pas d'anorexie. On s'est donc écarté de l'idée que cela puisse être un TCA jusqu'aux consultations avec l'autre psychiatre qui lui a dit que j'avais un TCA, mais atypique donc une anorexie atypique ».*

Cette catégorie expose une lourde difficulté mettant en exergue les failles dans la formation des soignants et les difficultés à établir le diagnostic. Ces récits nous confrontent aux conséquences néfastes de ces infirmations et errances diagnostiques. On perçoit la nécessité de former les praticiens pour favoriser le diagnostic, raccourcir le délai diagnostique, déstigmatiser ces patients et faciliter leur prise en charge. Ce travail de thèse s'inscrit dans

cette volonté de sensibiliser les soignants à l'existence et l'expression des TCA chez les hommes.

Dans leur récit, deux participants évoquent la place du traitement médicamenteux dans leur prise en charge. Ils relatent deux expériences dissemblables.

Pour le participant 3, l'acceptation et l'adaptation du traitement ont été un défi de taille lors des soins : « *Et ensuite, la médication qui me posait un vrai cas de conscience au début mais dont je m'aperçois aujourd'hui qu'elle vient calmer et apaiser quelque chose de façon vraiment anodine. Cela m'aide beaucoup à être plus calme, à être moins angoissé. La médication n'est pas anodine quand elle est adaptée. Il m'est arrivé de me retrouver avec des traitements qui étaient anorexigènes. Mon psychiatre actuel a stoppé ces traitements. Il a pris beaucoup de temps avant de proposer un traitement qui lui semblait adapté* ». Il nous informe également du risque de prescription en cas de comorbidité pour les patients atteints de TCA. En effet, les traitements utilisés en psychiatrie ont souvent des effets sur l'appétit et le poids.

Bien que, l'effet soit le plus souvent de nature orexigène et plus rarement anorexigène, il semble intéressant de prendre en compte ces retentissements sur les signaux corporels de faim et sur les possibles variations pondérales.

Une attention particulière doit alors être portée sur ces effets secondaires afin de proposer au patient un traitement cohérent avec ses problématiques. Nous devons tout de même préciser que la question du traitement médicamenteux n'a pas été posée explicitement lors des entretiens semi-dirigés, mais la question a été systématiquement abordée dans le questionnaire initial, aussi les éléments retrouvés concernant une prescription médicamenteuse ne sont pas exhaustifs et ne permettent pas de retracer des historiques de

prescription, ou des refus de prescriptions qui auraient pu être préconisées dans le cadre du suivi.

Le participant 9 a, pour sa part, stipulé à l'équipe soignante qu'il était opposé à cette forme de traitement et souhaitait investir d'autre modalité de soins.

Quand on l'interroge sur les difficultés rencontrées, le participant 8 nous partage l'expérience de son quotidien avec des symptômes persistants, des douleurs toujours présentes malgré la prise en charge actuelle. Il mentionne ici, la chronicité de ces troubles mais également leurs impacts sur la qualité de vie.

Sur les dix participants à l'étude, deux d'entre eux estiment ne pas avoir rencontré de difficulté particulière dans leur prise en charge (participants 1 et 4).

Le verbatim du participant 1 met en lumière l'impact du déni sur l'entrée dans les soins : *« Je ne pense pas avoir vraiment rencontré de difficultés lors de ma prise en charge. À partir du moment où j'ai été en capacité de reconnaître mes troubles, c'est allé assez vite »*.

Dans l'ensemble, l'analyse des différentes difficultés rencontrées par les participants lors de leur prise en charge nous permet de constater que sur les sept sous-composantes dégagées (est exclu de ce décompte l'item « absence de difficulté »), cinq correspondent à des difficultés sans lien avec le genre du patient.

En effet, ici les enjeux autour de la légitimité, de la place de patient, du traitement médicamenteux, de la persistance de symptômes ou du vécu de soins sont des enjeux communs aux patients atteints de TCA, qu'importe leur genre.

Il est tout de même important de noter, qu'en plus de ces difficultés, les patients masculins souffrant de TCA semblent plus exposés à un sur-risque d'errance médicale et de méconnaissance de leur trouble, avec les répercussions que cela peut engendrer.

Par ailleurs, il est important de préciser que certaines des difficultés présentes lors de la prise en charge du trouble peuvent être en lien avec les spécificités psychopathologiques des troubles des conduites alimentaires.

En effet, un des mécanismes psychopathologiques à l'œuvre dans les TCA est le déni. Ce déni peut porter sur les troubles, leur gravité, sur la perception des ressentis psychiques et physiques, sur la nécessité des soins et leurs modalités. Le déni est un mécanisme de défense décrit en 1940 par Freud: « *Au lieu d'une unique attitude psychique, il y en a deux l'une, la normale, tient compte de la réalité alors que l'autre, sous l'influence des pulsions, détache le moi de cette dernière* » (69). En 1997, Ionescu, Jacquet et Lothe publient leur ouvrage « *Les Mécanismes de défense* » et proposent alors cette définition du déni : « *action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le Moi* » (70).

Comme le précise M. Davidson dans son travail de thèse, ce déni peut entraver les soins car « *s'il n'y a pas de pathologie, pas de vécus internes désagréables, ni de dégradation de l'état physique alors il n'y a rien à traiter* » (68). De ce fait, ce mécanisme de défense peut devenir un obstacle dans les soins et générer un défaut d'adhésion ou bien un refus total des soins. Ce déni, bien qu'il touche principalement la personne concernée par les troubles, peut s'étendre à la sphère familiale et médicale. Le déni des troubles peut être partagé par le patient et son médecin ce qui retarde et altère significativement les soins. L'article écrit par M. Riegert et O. Putois, s'intéresse à cet enjeu et déplie la notion de « communauté de déni »,

puis l'intérêt des entretiens familiaux joints afin de prendre ce déni en considération et d'œuvrer pour le réduire (71).

D'autres versions de ces difficultés sont l'expression du refus de certaines modalités de soins, telles que l'hospitalisation elle-même notamment, ou les spécificités d'une hospitalisation spécialisée orientée par les notions de cadre de soins ou de contrainte dans les soins, ou encore le refus de la place d'un traitement médicamenteux pour les comorbidités associées au TCA. Plus généralement et *a minima*, les difficultés rencontrées dans l'expression des difficultés (difficulté ou refus de parler, ou difficulté à accepter de recourir à une consultation psychothérapique), tout comme les mécanismes d'évitement de pensée, sont des mécanismes associés au déni et au refus.

Ainsi, les TCA sont des troubles dont la prise en charge est complexe, une part de cette complexité est directement en lien avec les mécanismes du trouble.

c) Analyse des questions Q5 et Q6 :

Dans cette partie, nous allons décrire les données reliant genre masculin et trouble des conduites alimentaires. Dans ce dernier paragraphe, nous avons regroupé l'analyse des questions 5 et 6. Pour rappel, ces deux questions abordent la même thématique du genre masculin dans les TCA :

- Q5 : « *Pensez-vous avoir été considéré/traité différemment du fait de votre genre ? Si oui, comment cela s'est exprimé ?* »
- Q6 : « *Y-a-t-il, selon vous, des spécificités aux troubles du comportement alimentaire chez les hommes ? Selon vous, quelles seraient les spécificités à apporter à la prise en charge des TCA chez l'homme ?* »

Code	Composantes	Sous - composantes	Citations
Vécu lié au genre	Milieu médical	Pas de discussion / enjeux autour du genre	Je me suis toujours autorisé à parler de moi au masculin ou au féminin, cela n'a jamais été relevé comme un problème. Le psychiatre m'a signifié qu'il avait bien noté tout cela mais cela n'a jamais été à aucun moment un sujet de discussion ou même perçu comme quelque chose de déterminant (3) Dans ce qui est proposé ici pour accompagner les TCA la question de ce qui est strictement féminin n'apparaît pas. Ce qui est intéressant c'est que la question des TCA en elle-même est centrale dans le fait qu'on soit intégré à ces thérapies mais dans le contenu des thérapies il n'est pas question de se centrer sur le TCA. Donc toute la question du devenir femme, des menstruations cela apparaît très peu en réalité (3) Je ne pense pas qu'on ait fait de différences pendant mon hospitalisation (2) Pas du tout. Je n'avais vraiment pas du tout ce sentiment. Enfin, c'est quand même plus rare d'avoir des cas diagnostiqués masculins mais je ne me suis pas dit une seule fois « comme t'es pas une fille, tu rentres moins dans la catégorie normale de la prise en charge ». On m'a traité vraiment bien. Moi, j'avais ces visions : l'anorexie, c'est les jeunes filles, c'est elles qui sont les mieux traitées... Alors que non, pas du tout. J'étais toujours bien traité (9) A l'hôpital, je n'ai pas senti de jugement ni de discrimination (4) Ça fait un peu bizarre de dire « je suis là, j'ai 23 ans, je suis un gars, je suis un homme, je me retrouve autour de quasiment que des jeunes femmes ». Mais, non, je ne me suis pas senti mal. J'étais surtout là à vouloir aider, à tirer un peu tout le monde vers le haut. Je n'étais pas là à me dire, il y a des filles, il y a des garçons.. On est des patients, c'est tout ça, en fait. On est des patients qui ont besoin d'aide, juste. n'y avait pas de distinction spécifique (9)
		Vécus inconfortables	Oui, il y avait quand même un peu de différence entre les soignants. Je ne sais pas. C'était un peu moins compréhensif, je trouve. A l'hôpital, on était deux hommes et j'étais traité un peu bizarrement. (8)

Vécu lié au genre	Milieu médical	Vécus inconfortables	Je n'étais clairement pas à ma place là-bas. Parce que moi je mangeais. Les autres, ils ne savaient pas manger. Ils ne mangeaient pas du tout (8)
			Je pense que je ne l'ai pas réalisé, mais que ça a été le cas. Ça, c'est parce que j'ai un peu une conscience sociale quand même vis-à-vis de ces enjeux-là. Donc, c'est pour ça que j'ai un peu cette certitude qu'il y a eu des différences (10)
		Méconnaissance du TCA	Ma médecin généraliste m'a expliqué que c'était une maladie qui touchait très rarement les hommes (2)
			A l'hôpital non plus on n'a pas évoqué l'anorexie ou un autre trouble (4)
			Rien que le fait que mon médecin de famille qui n'a pas forcément remarqué (5)
			Malgré tout je pense qu'effectivement chez le garçon, on cherche plus la cause physique plutôt que psychique. On ne pense pas à l'anorexie alors que chez les femmes on y pense plus facilement (6)
		Pas de vécu problématique lié au genre dans les soins	Il y a juste, par habitude, comme il y a rarement des garçons, c'était conjugué au féminin mais ce n'était pas quelque chose qui m'a dérangé (2)
			Ça ne me dérangerait pas d'être dans un groupe de parole qu'avec des femmes mais je pense que je pourrais me questionner sur « est-ce que c'est pertinent ce que j'allais dire ? » (7)
			S'il existait un groupe de parole j'irai même si j'étais le seul homme du groupe (1)
			Je suis actuellement, le seul garçon dans un groupe de parole où il n'y a que des filles, ce n'est pas quelque chose qui me dérange en soi. Les thématiques abordées en groupe de parole se réfèrent aussi à moi (2)
			Non, ça ne me dérangerait pas d'être le seul homme dans un groupe de parole. Justement, après, je me disais que ça peut être bien, ça peut permettre de voir que ça ne touche pas que des femmes (9)

Vécu lié au genre	Milieu médical	Pas de vécu Problématique lié au genre dans les soins	Personnellement, ça ne me gênerait pas d'être dans un groupe exclusivement féminin. Parce que j'ai beaucoup d'amies féminines. Et même, je préférerais peut-être, être plutôt entouré de filles. Je me sentirais moins jugé, en tout cas de manière différente (10)
		Difficultés dans les soins liées au genre	Actuellement dans les groupes à l'hôpital de jour il y a un autre homme. Si j'avais été le seul j'aurais peut-être l'impression d'être une imposture, de ne pas avoir ma place là, ou de mettre mal à l'aise les autres. Je pense que quand on est le seul garçon au milieu d'un groupe de filles on peut avoir peur de venir brusquer une sorte de besoin d'être entre elles, de vouloir se sentir en sécurité. Parce qu'on sait bien ce que cela peut renvoyer comme image et je n'ai pas envie de générer ce malaise-là (3)
			Le seul homme dans un groupe, c'est un peu compliqué parce qu'il n'y a personne qui peut vraiment s'assimiler à lui. Après, si on est en sous-effectif, je pense qu'il n'y a pas de souci. Mais peut-être le seul, ouais, c'est un peu compliqué, je pense (6)
			C'était un peu bizarre, parce qu'à l'hôpital ce n'était que des femmes (8)
			Ce ne sont pas les groupes de parole qui m'aident. Là où j'étais, on avait des groupes de parole toutes les semaines. J'étais le seul homme. Ce n'était pas mon truc parce que je ne me reconnaissais pas. C'était moi qui animais le groupe de parole principalement, parce que les autres, ils ne parlaient pas. Les groupes de parole, c'était un peu des jeunes de 17, 18 ans. Moi, j'en ai 24 bientôt. Et puis j'étais un peu le seul qui savait, qui était sur la voie de la guérison, tandis que les autres étaient encore bien dans le trouble (8)
	Société	Stigmatisation des troubles psychiques	J'ai l'impression qu'il y a encore une étiquette sur les pathologies psychologiques. Cela peut aussi, être aux yeux de certaines personnes, une marque de faiblesse de ne pas réussir à contrôler ses pulsions alimentaires ou sportives (1)
			Et puis finalement, je me suis dit que je n'en parlerai pas, car cela m'épuise psychologiquement de toujours devoir me justifier, expliquer (1)

Vécu lié au genre	Société	Stigmatisation / méconnaissance des TCA	Je pense que quand on parle d'anorexie, on pense tout de suite à quelqu'un qui fait des crises de boulimie ou qui va se faire vomir ou qui se regarde tout le temps et qui se trouve trop gros (4)
			Je connais plusieurs garçons autour de moi, pas forcément homosexuels d'ailleurs, qui ont des TCA et il n'est pas question pour eux d'aller consulter. Néanmoins ils sont impactés (3)
			Cela fait bizarre en tant qu'homme de dire : je suis anorexique et boulimique. Dans la société, c'est plutôt les femmes qui souffrent de ces pathologies. Cela me pousse encore moins à en parler avec les gens (1)
			Après c'est sûr qu'il y a des biais, je pense que si l'on s'imagine que les femmes sont plus concernées c'est aussi parce que les femmes ont plus tendance à consulter (3)
			C'est assez atypique. C'est souvent lié à l'hyperactivité physique (8)
			Même moi, j'ai appris il y a seulement quelques années que les TCA pouvaient également toucher les hommes. J'avais cette idée reçue que c'était uniquement les femmes. Je pense que j'ai même un peu peur du jugement en réalité (5)
			J'en ai vite fait parler à mon meilleur ami. Il est très maladroit, je ne lui en veux pas, mais il n'y a pas eu de vraie conversation. Il est juste impressionné par ce que je mange, mais je pense qu'il ne prend pas conscience que ça peut être plus grave (7)
			Un des trucs où on verrait la différence homme-femme, c'est justement, parfois dans l'imaginaire collectif, les troubles du comportement alimentaire, c'est plus un truc de fille (10)
		Valorisation des TCA	Les TCA dans le sport pendant longtemps on n'en parlait pas. On mettait plutôt en avant le fait de, par exemple, remplacer la viande rouge par du poulet, de manger des légumes et des pâtes complètes. C'était valorisé. Il y a tous les programmes (sport et alimentation) ... (4)

Vécu lié au genre	Société	Stéréotypes de genre	J'ai quand même grandi, mes frères aussi, dans une éducation, ben « on est des hommes ». Du coup, il faut être fort, sûr de soi. C'était vraiment une éducation un peu genrée (7)
-------------------	---------	----------------------	---

Analyse de la question Q5 :

A l'occasion de cette question, les participants partagent leur vécu en lien avec leur genre et leur trouble. Nous les interrogeons sur un ressenti d'existence, d'une différence de considération entre eux et une personne féminine atteinte de TCA.

Milieu médical :

Dans le tableau, il est avant tout question du vécu lié au genre dans les soins, au sein du milieu médical, puis nous discuterons du vécu lié au genre au sein de la société. Les dix participants nous ont partagé leurs ressentis de personnes de sexe masculin atteintes de troubles des conduites alimentaires.

Quatre des dix participants ne pensent pas que leur genre masculin ait représenté un enjeu particulier durant leurs soins.

Les participants 2 et 4 précisent qu'ils n'ont perçu aucun jugement, ressenti aucune discrimination ni de différence de traitement de la part de l'équipe soignante et médicale.

Le participant 3 précise que les prises en charge proposées, même groupales, s'adressent de manière indifférenciée aux hommes et aux femmes : *« Dans ce qui est proposé ici pour accompagner les TCA la question de ce qui est strictement féminin n'apparaît pas. Ce qui est intéressant c'est que la question des TCA en elle-même est centrale dans le fait qu'on soit intégré à ces thérapies mais dans le contenu des thérapies il n'est pas question de se centrer sur le TCA. Donc toute la question du devenir femme, des menstruations cela apparaît très peu en réalité ».*

Nous retrouvons un propos similaire chez le participant 9 : *« Pas du tout. Je n'avais vraiment pas du tout ce sentiment. Enfin, c'est quand même plus rare d'avoir des cas diagnostiqués masculins mais je ne me suis pas dit une seule fois « comme t'es pas une fille, tu rentres moins*

dans la catégorie normale de la prise en charge ». On m'a traité vraiment bien. Moi, j'avais ces visions : l'anorexie, c'est les jeunes filles, c'est elles qui sont les mieux traitées... Alors que non, pas du tout. J'étais toujours bien traité ».

Leurs récits respectifs bouleversent l'image genrée des soins dans les TCA, c'est-à-dire une prise en charge évoquant fortement des enjeux féminins (modification du corps à l'adolescence, apparitions des formes féminines, discussion autour des menstruations, de la maternité...). Ces propos nous invitent à rompre avec cette représentation erronée qui risquerait d'être limitante quand on envisage d'inclure un patient masculin dans un groupe thérapeutique. Actuellement, la majeure partie des soins proposés dans la prise en charge des TCA permet de travailler sur la pluralité des enjeux psychopathologiques, sans lien avec le genre : l'estime de soi, les liens familiaux, la rigidité psychique, les difficultés émotionnelles et l'alexithymie, le vécu et l'expression corporels, les biais cognitifs, etc.

Le participant 9 précise : *« Ça fait un peu bizarre de dire « je suis là, j'ai 23 ans, je suis un gars, je suis un homme, je me retrouve autour de quasiment que des jeunes femmes ». Mais, non, je ne me suis pas senti mal. J'étais surtout là à vouloir aider, à tirer un peu tout le monde vers le haut. Je n'étais pas là à me dire, il y a des filles, il y a des garçons.. On est des patients, c'est tout ça, en fait. On est des patients qui ont besoin d'aide, juste. n'y avait pas de distinction spécifique ».* On comprend que d'après lui ce qui rassemble les patients dans les lieux de soins, c'est d'abord le partage d'une expérience, d'une souffrance commune, et que les points de singularité sont propres à chaque histoire personnelle mais n'ont pas à voir avec le genre de la personne.

Dans un registre similaire, cinq des dix participants ne rapportent pas de vécu particulièrement problématique lié à leur genre lors de leurs soins.

Plusieurs abordent la question de groupes thérapeutiques, les participants 1, 2, 7, 9 et 10 ne seraient (ou ne sont) pas dérangés par le fait d'être le seul homme dans un groupe :

- « *S'il existait un groupe de parole j'irai même si j'étais le seul homme du groupe* ». (Participant 1)
- « *Je suis actuellement, le seul garçon dans un groupe de parole où il n'y a que des filles, ce n'est pas quelque chose qui me dérange en soi. Les thématiques abordées en groupe de parole se réfèrent aussi à moi* ». (Participant 2)
- « *Ça ne me dérangerait pas d'être dans un groupe de parole qu'avec des femmes mais je pense que je pourrais me questionner sur « est-ce que c'est pertinent ce que j'allais dire ? »* » (Participant 7)
- « *Non, ça ne me dérangerait pas d'être le seul homme dans un groupe de parole. Justement, après, je me disais que ça peut être bien, ça peut permettre de voir que ça ne touche pas que des femmes* ». (Participant 9)
- « *Personnellement, ça ne me gênerait pas d'être dans un groupe exclusivement féminin. Parce que j'ai beaucoup d'amies féminines. Et même, je préférerais peut-être, être plutôt entouré de filles. Je me sentirais moins jugé, en tout cas de manière différente* ». (Participant 10)

Le participant 2 note tout de même l'habitude des équipes à prendre en charge des patientes atteintes de TCA et à quel point cette habitude peut teinter le discours : « *Il y a juste, par habitude, comme il y a rarement des garçons, c'était conjugué au féminin mais ce n'était pas quelque chose qui m'a dérangé* ». Pour lui cela n'a pas représenté une difficulté particulière. Cependant, l'usage général d'un discours neutre semble être intéressant afin de ne pas exclure du discours une partie des patients concernés.

Le participant 10, quant à lui, nous partage sa conviction d'avoir été traité différemment du fait de son genre au regard des stéréotypes de genre présents généralement dans la société et les soins. D'après lui, même s'il ne l'a pas perçu directement, son genre a impacté sa prise en charge et le regard que l'on porte sur son trouble.

Quatre des participants reviennent sur la méconnaissance des TCA masculins chez les professionnels de santé :

- « *Ma médecin généraliste m'a expliqué que c'était une maladie qui touchait très rarement les hommes* ». (participant 2)
- « *A l'hôpital non plus on n'a pas évoqué l'anorexie ou un autre trouble* ». (participant 4)
- « *Rien que le fait que mon médecin de famille qui n'a pas forcément remarqué* ». (participant 5)
- « *Malgré tout je pense qu'effectivement chez le garçon, on cherche plus la cause physique plutôt que psychique. On ne pense pas à l'anorexie alors que chez les femmes on y pense plus facilement* ». (participant 6)

Ces participants perçoivent une différence dans la démarche diagnostique du fait de leur genre, notamment des recherches somatiques plus poussées, un défaut de recours au diagnostic de TCA chez les hommes du fait de sa rareté, une difficulté à reconnaître les symptômes de TCA en tant que tels chez les hommes. Dans le cas de ces participants, leur genre a influencé la démarche diagnostique des médecins et a empêché une réflexion médicale optimale.

Pour un participant sur dix, le participant 8, son genre masculin a participé à un vécu inconfortable des soins. Il perçoit avoir été traité différemment du fait de son genre. Il a notamment eu le sentiment que cela mettait les soignants en difficulté et il a pu se sentir mal à l'aise lors de sa prise en charge de ce fait : *« Oui, il y avait quand même un peu de différence entre les soignants. Je ne sais pas. C'était un peu moins compréhensif, je trouve. A l'hôpital, on était deux hommes et j'étais traité un peu bizarrement ».*

Pour trois des dix participants, leur genre masculin peut être source de difficultés dans la prise en charge.

Le participant 3 s'interroge sur ce que sa présence dans les soins pourrait provoquer chez certaines patientes. Il s'inquiète de rompre un équilibre qu'auraient les patientes entre elles : *« Actuellement dans les groupes à l'hôpital de jour il y a un autre homme. Si j'avais été le seul j'aurais peut-être l'impression d'être une imposture, de ne pas avoir ma place là, ou de mettre mal à l'aise les autres. Je pense que quand on est le seul garçon au milieu d'un groupe de filles on peut avoir peur de venir brusquer une sorte de besoin d'être entre elles, de vouloir se sentir en sécurité. Parce qu'on sait bien ce que cela peut renvoyer comme image et je n'ai pas envie de générer ce malaise-là ».*

Les participants 8 et 6, quant à eux, ne sont pas à l'aise avec l'idée d'être le seul homme dans un groupe thérapeutique. Notamment par appréhension de n'avoir personne d'autre à qui s'identifier ou qui traverserait des problématiques similaires. Ils craignent alors de se sentir à part du groupe et isolé : *« Le seul homme dans un groupe, c'est un peu compliqué parce qu'il n'y a personne qui peut vraiment s'assimiler à lui. Après, si on est en sous-effectif, je pense qu'il n'y a pas de souci. Mais peut-être le seul, ouais, c'est un peu compliqué, je pense »* (participant 6).

Société :

Plusieurs participants ont ensuite évoqué leur vécu lié au genre, mais aussi aux troubles au sein de la société.

Le participant 1 nous partage d'abord un ressenti plus général. D'après lui, les personnes souffrant de troubles psychiques sont encore nettement stigmatisées dans la société : « *J'ai l'impression qu'il y a encore une étiquette sur les pathologies psychologiques. Cela peut aussi, être aux yeux de certaines personnes, une marque de faiblesse de ne pas réussir à contrôler ses pulsions alimentaires ou sportives* ». Les personnes concernées par des troubles psychiques pâtiennent des clichés liés aux troubles, particulièrement de leur supposé manque de volonté. Cette stigmatisation a des conséquences tangibles. Par, exemple, le participant 1 a décidé de ne plus s'exprimer sur son trouble par crainte d'être confronté à un discours jugeant, et par lassitude de devoir régulièrement argumenter autour de sa maladie.

Le participant 7, quant à lui, revient sur des stéréotypes de genre plus généraux : « *J'ai quand même grandi, mes frères aussi, dans une éducation, ben « on est des hommes ». Du coup, il faut être fort, sûr de soi. C'était vraiment une éducation un peu genrée* ». Cette vision de l'homme comme solide, qui ne doit pas faire preuve de sensibilité, peut participer à entretenir le déni autour des troubles psychiques, peut empêcher de libérer la parole des hommes sur les sujets de santé psychique. Même si l'on constate en consultation que cela semble évoluer positivement, tous ces mécanismes peuvent entraver les patients masculins dans leurs démarches thérapeutiques.

Dans son dernier livre « *Tu devrais voir quelqu'un* », la journaliste Maud Le Rest étudie la sous-représentation des hommes dans les lieux de soins psychiques et leur moindre accessibilité à la psychothérapie (42). Ce type de recherche permet de faire de la santé psychique des

hommes un sujet de débat public, d'aborder ces questions plus largement dans le but de déconstruire certains clichés limitants.

Parmi les dix participants, sept nous parlent de la stigmatisation et de la méconnaissance autour des troubles des conduites alimentaires, que ce soit d'un point de vue général ou en lien avec la forme masculine des troubles.

Les participants 4 et 7 rapportent les stéréotypes sociétaux autour des TCA et les représentations erronées de ce qu'est un trouble des conduites alimentaires.

Le participant 4 nous parle notamment des symptômes surreprésentés, d'après lui, dans l'imaginaire collectif : *« je pense que quand on parle d'anorexie, on pense tout de suite à quelqu'un qui fait des crises de boulimie ou qui va se faire vomir ou qui se regarde tout le temps et qui se trouve trop gros »*.

Le participant 7, lui, perçoit dans l'attitude de ses proches une compréhension partielle de ce qu'implique un TCA, notamment du caractère pathologique et dangereux de certains comportements : *« j'en ai vite fait parlé à mon meilleur ami. Il est très maladroit, je ne lui en veux pas, mais il n'y a pas eu de vraie conversation. Il est juste impressionné par ce que je mange, mais je pense qu'il ne prend pas conscience que ça peut être plus grave »*.

Le participant 8 insiste lui sur les atypicités des formes masculines de TCA, supposées ou vraies : *« c'est assez atypique. C'est souvent lié à l'hyperactivité physique »*.

Quatre participants nous parlent de l'image très féminine des TCA au sein de la société, ils font écho à la méconnaissance dans les lieux de soins décrite précédemment :

- *« Je connais plusieurs garçons autour de moi, pas forcément homosexuels d'ailleurs, qui ont des TCA et il n'est pas question pour eux d'aller consulter. Néanmoins ils sont impactés... Après c'est sûr qu'il y a des biais, je pense que si l'on s' imagine que les*

femmes sont plus concernées c'est aussi parce que les femmes ont plus tendance à consulter ». (participant 3)

- *« Cela fait bizarre en tant qu'homme de dire : je suis anorexique et boulimique. Dans la société, c'est plutôt les femmes qui souffrent de ces pathologies. Cela me pousse encore moins à en parler avec les gens ».* (participant 1)
- *« Même moi, j'ai appris il y a seulement quelques années que les TCA pouvaient également toucher les hommes. J'avais cette idée reçue que c'était uniquement les femmes. Je pense que j'ai même un peu peur du jugement en réalité ».* (participant 5)
- *« Un des trucs où on verrait la différence homme-femme, c'est justement, parfois dans l'imaginaire collectif, les troubles du comportement alimentaire, c'est plus un truc de fille ».* (participant 10)

Ces stéréotypes autour des TCA peuvent renforcer la gêne ou la honte ressenties régulièrement par les patients concernés par les TCA. On comprend que l'image féminine du trouble peut provoquer un jugement concernant leur masculinité, et que certains patients préfèrent alors masquer leur trouble afin de ne pas être la cible de jugement déplacé.

Les propos du participant 3 nous permettent d'évoquer la question de la sexualité des patients concernés par des TCA. En effet, la recherche s'interroge sur son potentiel rôle de facteur prédisposant au développement de TCA. Certaines données de la littérature identifient l'homosexualité comme facteur de risque pour un homme de développer un TCA (72), d'autres contredisent cette donnée (73). La corrélation homosexualité/bisexualité et boulimie apparaît plus marquée que l'association homosexualité/bisexualité et anorexie (74). Cependant, aucun consensus n'est possible actuellement.

Le participant 4 nous permet d'aborder un point intéressant, celui de la valorisation des TCA dans notre société occidentale : « *Les TCA dans le sport pendant longtemps on n'en parlait pas. On mettait plutôt en avant le fait de, par exemple, remplacer la viande rouge par du poulet, de manger des légumes et des pâtes complètes. C'était valorisé. Il y a tous les programmes (sport et alimentation)* ». Il fait référence à des propos échangés entre sportifs sur des applications permettant de contrôler ses performances et ses apports. Dans ce modèle, plus la personne a une alimentation parfaite et plus ses performances sont bonnes, plus elle fera l'objet d'encouragements et de félicitations de la part de la communauté. Cependant, ce genre d'outils peut contribuer à valoriser des comportements nocifs, voire dangereux, et peuvent devenir des facteurs prédisposants ou d'entretien d'un TCA.

Enfin nous allons aborder les résultats relatifs à la question Q6 :

« Y-a-t-il, selon vous, des spécificités aux troubles du comportement alimentaire chez les hommes ? Selon vous, quelles seraient les spécificités à apporter à la prise en charge des TCA chez l'homme ? »

Codes	Composantes	Sous - composantes	Citations
Spécificité TCA chez l'homme	Clinique commune	Symptomatologie similaire	Il n'y a pas vraiment de différence, je trouve (2)
			Je ne sais vraiment pas, parce qu'il y avait beaucoup de similitudes avec les autres patientes. Je me retrouvais beaucoup dans les problèmes qu'elles devaient surmonter (2)
			Quand je vois certains hommes très sportifs, je vois aussi l'inquiétude qu'ils ont par rapport à cela, ils se rendent malades s'ils ont raté une séance de sport, s'ils ont l'impression d'avoir pris du gras. Je retrouve toujours le même processus que dans les TCA (3)
			Pendant les groupes de parole je me retrouvais sensiblement dans ce qui était dit par les autres participantes. Plus sur tout ce qui était les comportements, les façons d'être, de réagir... (9)
			En fait, simplement, j'ai l'impression que le cheminement de l'apparition de l'anorexie sont un peu différents, c'est propre à chacun, mais toutes les répercussions dans les attitudes, les comportements, c'est assez similaire (9)
		Singularité des TCA	Non, je ne pense pas que le genre ai trop à voir. Je pense que même deux femmes, elles auront vécu des choses différentes (7)
			C'est difficile de répondre à la question, parce que... le problème, c'est que je pense que l'anorexie, comme c'est mental, c'est propre à chacun, je pense. Chacun a ses causes (9)
	Clinique spécifique	Expression du trouble	Ma préoccupation c'était plus un souci de renvoyer quelque chose de beau physiquement à l'inverse, les autres patientes c'était plus d'avoir une sorte de mérite sur le fait de manger (2)

Spécificité TCA chez l'homme	Clinique spécifique	Expression du trouble	Je pense qu'il y a une différence dans les symptômes. Nous les hommes, c'est plutôt des troubles orientés vers la prise de muscle ou performance sportive (4)
			Je pense plutôt que les hommes vont manger beaucoup de protéines pour gagner en masse musculaire, manger sainement pour ne pas avoir de problème à l'entraînement (4)
			Je pense que la plus grande spécificité, c'est surtout l'hyperactivité physique (8)
			Je pense qu'il y a plus d'hyperactivité physique chez les hommes que chez femmes. Hormis cela je ne vois pas trop d'autres différences. Pour moi chez les hommes, c'est plutôt de la boulimie chez des hommes qui ne bougent pas et de l'anorexie mentale, chez ceux qui ont de l'hyperactivité physique. Quand on parle d'anorexie mentale, c'est plutôt l'hyperactivité physique (8)
			Sur tout ce qui est les répercussions physiques, c'est sûr que ce n'est pas pareil. On n'a pas ses règles, donc c'est sûr.. (9)
			J'ai un peu l'impression que les conséquences sont peut-être plus graves chez les femmes, ou juste peut-être plus perceptibles (9)
			Je pense qu'il y a des différences. Sur des petites choses... Pour les hommes, il y a plus de stigmatisation. Et peut-être sur des symptômes, comme le fait de se percevoir différemment. Je ne serais pas étonné que ce soit plus le cas chez les femmes que chez les hommes (10)
		Causes du trouble	Je ne pense pas qu'il y ait de si grandes différences. Je pense que les différences peuvent venir des causes. Par exemple, les femmes, elles en prennent un peu plus sur la gueule... Les femmes, elles ont plus d'injonctions sur tout (7)
			Parce que l'homme, là, en ce moment, c'est quand même un peu le culte de l'apparence. Là on est dans une ère où tout le monde a envie d'être musclé, de plus en plus baraqué (6)

Spécificité TCA chez l'homme	Clinique spécifique	Symptômes perçus comme féminins	Je ne pense pas qu'il y ait des hommes qui se voient gros dans le miroir et souhaitent perdre, qui se font vomir.. (4)
			C'est compliqué parce que hélas, je ne connais pas beaucoup de gens dans ces cas-là. Peut-être que je dis n'importe quoi, mais j'ai l'impression qu'il y a moins d'hommes qui font de l'anorexie. Je pense que ça existe, mais souvent, quand j'entends qu'un homme a un trouble alimentaire, c'est de la boulimie (7)
	Prise en charge	Spécificités de la prise en charge	Peut-être plus ciblé directement sur le psychique, on va penser que c'est uniquement lié au physique pour les hommes (6)
			L'encadrement de l'activité, peut-être. Des coachs sportifs qui sont spécialisés dans les TCA. Ou même avec des coachs mais qui connaissent la maladie, parce qu'il ne faut pas que ça soit n'importe qui. Parce que je vois dans ce métier, tout le monde se présente coach alors qu'ils n'ont pas les diplômes. Et puis, ça peut être dangereux dans ce genre de trouble parce que ça peut mettre le corps en jeu. Il faudrait structurer l'activité physique et les connaissances sur la maladie (8)
		Manque d'espace de parole	Des fois, je rencontre certaines personnes qui sont à l'écoute et je pense que c'est ce qui m'aide le plus pour décomplexer par rapport à cette pathologie (1)
			Ce qui me manque beaucoup, c'est de pouvoir en parler vraiment (1)
		Formation des médecins généralistes	Que les généralistes s'intéressent à ce genre de question. Je pense que comme c'est peu abordé, c'est compliqué à traiter (4)
			J'ai été surpris de la réaction de mon médecin traitant qui me disait « il faut manger, vous ne pouvez pas rester dans cette situation » (1)
	Société	Information	Pour amener les gens vers les soins, il faudrait des publications, des travaux, en parler (4)

Spécificité TCA Chez l'homme	Société	Information	J'ai vu par la suite des sportifs professionnels qui parlaient de ça... (à savoir la valence addictive dans les TCA) (4)
			Pour moi on a eu beaucoup d'œuvres sur ce qu'est la femme, comment on devient une femme, ce qui est très intéressant mais pour moi si on fait avancer la femme il faut aussi qu'on fasse avancer l'homme (5)
			Je perçois des masculinités très toxiques autour de moi, des jeunes hommes très conservateurs sur les valeurs homme/femme et pour moi on ne questionne pas assez comment faire avancer la masculinité, comment la définir également. On dit qu'on « déconstruit » mais qu'est-ce que l'on construit derrière. C'est quoi l'homme ? Pour moi il faut aborder ces questions-là dans les suivis. Il faut qu'on demande aux patients ce qu'ils veulent devenir, quel homme ils veulent devenir ? (5)
		Compréhension	Ce qui manque c'est une compréhension au niveau de la société surtout (1)
			Donc, les grands amis que j'ai, je leur ai vraiment tout dit. Et il n'y a personne qui n'a pas compris par rapport à ce que lui connaît de l'anorexie, et que pour lui, c'est que les filles, des trucs comme ça. C'est plus la peur de vomir qu'ils ne comprennent pas (6)
		Méconnaissance / clichés	La preuve c'est que l'homme fort, viril, qui va au sport et qui suit un régime qui est parfois délirant, lui on ne le rapporte pas à des TCA (3)
			Je crois que la sexualité est un prétexte, je crois que c'est plus un rapport à la dichotomie force et faiblesse. Je pense que cela n'est pas étonnant chez les femmes parce que traditionnellement notre culture patriarcale nous a fait imaginer que les femmes étaient plus faibles. Et de la même manière, la même société patriarcale nous a fait imaginer que les personnes homosexuelles étaient plus faibles que des hommes, c'est peut-être à ce moment-là que le critère sexuel intervient mais plus pour être un marqueur de faiblesse qu'un marqueur de sexualité (3)

Spécificité TCA Chez l'homme	Société	Méconnaissance / clichés	Parce qu'on s'imagine un peu qu'une personne homosexuelle est peut-être plus du côté féminin même si une personne hétérosexuelle peut aussi avoir des difficultés dans leur rapport à leur corps (3) Et les hommes, j'en ai parlé plusieurs fois, mais c'est vraiment, il est parfois conditionné à ne pas parler de ses problèmes. Tous mes amis masculins, impossible de parler de leurs problèmes. Ils les gardent pour eux soit ils le gèrent, comme ils peuvent, mais souvent, ça fait juste un effet boule de neige. À un moment, ça éclate, et du coup, beaucoup de gens disent que les hommes, ils sont un peu contrôlés par la colère, mais je pense que ça vient de ça, c'est parce qu'on se conditionne, à cause de notre éducation, à juste ne pas parler de nos problèmes (7) L'anorexie, c'est se faire vomir. À la télé, c'est toujours se faire vomir (6) En fait, c'est surtout de me dire que c'est une maladie où il y a beaucoup de clichés. Donc, c'est que, non, ce n'est pas une maladie qui touche que des jeunes filles (9) Peut-être que si, on minimise un peu plus pour les hommes (10)
---	----------------	---------------------------------	--

Analyse de la question Q6 :

Finalement notre dernière question nous a permis d'interroger les participants sur leurs perceptions de la spécificité des TCA masculins en nous intéressant aussi bien à leur représentation de la forme du trouble qu'à leurs suggestions de spécificités dans les prises en charge de patients masculins.

Clinique commune :

Parmi les dix participants interrogés, trois d'entre eux décrivent une symptomatologie similaire, qu'importe le genre de la personne (participants 2, 3 et 9).

Il semble important de noter que ces trois participants sont, ou ont été, pris en charge dans des groupes thérapeutiques mixtes, cette expérience semble avoir eu un impact sur leurs représentations de leur trouble :

- « *Je ne sais vraiment pas, parce qu'il y avait beaucoup de similitudes avec les autres patientes. Je me retrouvais beaucoup dans les problèmes qu'elles devaient surmonter* » (participant 2)
- « *Pendant les groupes de parole je me retrouvais sensiblement dans ce qui était dit par les autres participantes. Plus sur tout ce qui était les comportements, les façons d'être, de réagir...* » (participant 9)

À l'occasion de leur prise en charge, ils ont constaté la similarité des problématiques traversées, des modalités de fonctionnement. Ces données nous autorisent à penser que la mixité des groupes semble participer à une forme de déstigmatisation.

L'histoire du participant 9 est particulièrement représentative de ce postulat. En réponse à la question N°5, il nous précise qu'il avait « *ces visions : l'anorexie, c'est les jeunes filles, c'est elles qui sont les mieux traitées...* ». D'après sa réponse à cette dernière question, on

comprend l'effet qu'a eu l'échange avec les autres patientes. On entend la levée de certains apriori suite aux échanges entre patients de genre différent.

Les participants 7 et 9 précisent que d'après eux, chaque situation est singulière et que cette singularité est propre au trouble et à chacun, et non au genre :

- « *Non, je ne pense pas que le genre ait trop à voir. Je pense que même deux femmes, elles auront vécu des choses différentes* » (participant 7)
- « *C'est difficile de répondre à la question, parce que... Le problème, c'est que je pense que l'anorexie, comme c'est mental, c'est propre à chacun, je pense. Chacun a ses causes* » (participant 9)

Ces deux participants évoquent la singularité de chaque situation aussi bien sur le plan symptomatologique qu'étiopathogénique. D'après eux, cette singularité n'est pas en lien avec le genre de la personne atteinte. Nous avons effectivement retrouvé, grâce aux tableau 1 et 2, la richesse des histoires de vie, et de l'expression variée de symptômes que l'on retrouve également dans les formes féminines de TCA.

Clinique spécifique :

La moitié de nos participants (cinq sur les dix) perçoivent des spécificités propres aux formes masculines, particulièrement en ce qui concerne les formes d'expressions symptomatiques du trouble.

Pour les participants 4 et 8, la spécificité concerne principalement les questions sportives et la recherche de musculature :

- « *Je pense qu'il y a une différence dans les symptômes. Nous les hommes, c'est plutôt des troubles orientés vers la prise de muscle ou performance sportive* » (participant 4)

- « *Je pense plutôt que les hommes vont manger beaucoup de protéines pour gagner en masse musculaire, manger sainement pour ne pas avoir de problème à l'entraînement* » (participant 4)
- « *Je pense que la plus grande spécificité, c'est surtout l'hyperactivité physique* » (participant 8)

Le participant 8 insiste encore plus particulièrement sur la place prépondérante de l'hyperactivité physique dans les formes masculines de TCA. Ce participant identifie l'activité physique comme un critère diagnostique permettant de différencier les différentes formes de TCA de l'homme : « *Je pense qu'il y a plus d'hyperactivité physique chez les hommes que chez femmes. Hormis cela je ne vois pas trop d'autre différence. Pour moi chez les hommes, c'est plutôt de la boulimie chez des hommes qui ne bougent pas et de l'anorexie mentale, chez ceux qui ont de l'hyperactivité physique. Quand on parle d'anorexie mentale, c'est plutôt l'hyperactivité physique* ».

L'hyperactivité physique, bien que non décrite comme surreprésentée dans les formes masculines, semblent constituer, au même titre que dans les formes féminines, un enjeu particulier pour plusieurs participants de notre étude. En effet, tout au long du questionnaire, six participants sur dix ont évoqué la question du sport et/ou de la musculature.

Dans ce contexte, il paraît intéressant d'apporter un point d'attention particulier autour de la question de l'activité physique lors des entretiens d'évaluation du comportement alimentaire.

Pour le participant 9, une des spécificités réside dans les répercussions physiques du trouble : « *Sur tout ce qui est les répercussions physiques, c'est sûr que ce n'est pas pareil. On n'a pas ses règles, donc c'est sûr..* »

On entend dans ces propos, la place encore importante de l'aménorrhée dans l'image collective de l'anorexie. Ce participant perçoit également des enjeux physiques plus graves en ce qui concerne les formes féminines, puis apporte une nuance en introduisant la question de la perception du trouble : *« J'ai un peu l'impression que les conséquences sont peut-être plus graves chez les femmes, ou juste peut-être plus perceptibles »*.

En effet, certains récits de notre étude nous montrent à quel point il peut être difficile de percevoir un TCA chez un homme, quand bien même il en présenterait des caractéristiques qui interrogeraient rapidement chez une femme (IMC bas voire très bas, perte de poids rapide et s'inscrivant dans la durée ..).

Le participant 10 identifie deux endroits de différence entre les formes masculines et féminines : *« Je pense qu'il y a des différences. Sur des petites choses... Pour les hommes, il y'a plus de stigmatisation. Et peut-être sur des symptômes, comme le fait de se percevoir différemment. Je ne serais pas étonné que ce soit plus le cas chez les femmes que chez les hommes »*. Dans la représentation de ce participant, on retrouve ici l'idée d'une dysmorphophobie plus présente chez les femmes que chez les hommes.

Le participant 2 retrouve une spécificité autour de la nature des pensées qui sous-tendent le trouble : *« Ma préoccupation c'était plus un souci de renvoyer quelque chose de beau physiquement à l'inverse, les autres patientes c'était plus d'avoir une sorte de mérite sur le fait de manger »*. Dans son expérience personnelle, l'anorexie des patientes étaient plutôt liée à une forme d'ascétisme et de contrôle moral, alors que lui met en lien son trouble avec la recherche de minceur, critère de beauté prépondérant dans notre société occidentale.

Pour deux des participants, la spécificité des formes masculines concerne particulièrement les causes à l'origine des troubles :

- « *Je ne pense pas qu'il y ait de si grandes différences. Je pense que les différences peuvent venir des causes. Par exemple, les femmes, elles en prennent un peu plus sur la gueule... Les femmes, elles ont plus d'injonctions sur tout* » (participant 7)
- « *Parce que l'homme, là, en ce moment, c'est quand même un peu le culte de l'apparence. Là on est dans une ère où tout le monde a envie d'être musclé, de plus en plus baraqué.* » (participant 6)

Ils insistent tous les deux sur les injonctions sociétales pouvant participer à l'émergence du trouble. Le participant 7 pense que les femmes sont soumises à plus d'injonctions, principalement corporelles, et que cela favoriserait particulièrement l'émergence d'un TCA. Le participant 6 nous parle du pendant masculin de ces injonctions, il perçoit une majoration des préoccupations corporelles chez les hommes, principalement concentrées sur la musculature.

Ces propos font écho aux conclusions de la thèse de Dr Morel-Portelette qui, bien qu'elle ne conclut pas à la surreprésentation de l'hyperactivité physique dans les formes masculines de TCA, met en évidence la place particulièrement qu'occupe la musculature chez les patients atteints d'anorexie (7). D'après cette étude de 2002, une spécificité des formes masculines d'anorexie résiderait dans l'aspiration qui sous-tend la perte de poids : les hommes atteints d'anorexie ne rechercheraient pas précisément la maigreur mais la mise en évidence de leur musculature (75).

Cette préoccupation particulière autour de la musculature et l'hyperactivité physique qui l'accompagne ne sont pas nécessairement synonyme de TCA à type d'anorexie. Depuis 2011, l'OMS reconnaît un trouble spécifique : le trouble dysmorphique musculaire communément appelé bigorexie. Ce trouble a été décrit en 1993 et a d'abord été présenté comme une « anorexie mentale inverse » (76), avant d'être individualisé et relié dans le DSM-5 avec les dysmorphophobies corporelles plutôt qu'avec les troubles des conduites alimentaires (32). Ces changements nosographiques permettent de poser des diagnostics de plus en plus précis et de différencier les différents types de TCA. D'après l'INSERM, 4% des Français présenterait un sur-risque de développer une bigorexie, le genre masculin ferait partie des facteurs de risque (77).

Ces précisions cliniques et diagnostiques permettent de ne pas sur diagnostiquer des TCA atypiques chez certains patients présentant principalement une hyperactivité physique associée à dysmorphophobie principalement musculaire.

Deux des participants s'attardent sur certains symptômes précis, qu'ils perçoivent comme étant plutôt féminins :

- *Je ne pense pas qu'il y ait des hommes qui se voient gros dans le miroir et souhaitent perdre, qui se font vomir.. (participant 4)*
- *C'est compliqué parce que hélas, je ne connais pas beaucoup de gens dans ces cas-là. Peut-être que je dis n'importe quoi, mais j'ai l'impression qu'il y a moins d'hommes qui font de l'anorexie. Je pense que ça existe, mais souvent, quand j'entends qu'un homme a un trouble alimentaire, c'est de la boulimie (participant 7)*

Pour le participant 7, un homme souffrant de TCA serait plutôt concerné par la boulimie que par l'anorexie. On voit à quel point l'anorexie occupe une place à part au sein des TCA et surtout, à quel point le genre féminin lui est lié.

Pour le participant 4, la différence entre les formes féminines et masculines concernerait plutôt l'expression symptomatique. Ce participant faisait déjà référence à la place prépondérante de l'hyperactivité physique dans la forme masculine. Il décrit alors deux expressions distinctes du trouble : la forme féminine avec dysmorphophobie, préoccupation pondérale importante, volonté de perte de poids, vomissements provoqués, et la forme masculine avec restriction alimentaire et hyperactivité physique.

À la lumière de ces premiers éléments d'analyse, il nous semble qu'un point particulier mérite d'être souligné. En effet, en interrogeant les participants sur leur perception des spécificités des TCA chez les hommes, nous constatons que certains éléments de réponses sont pris dans leurs propres représentations de ces maladies mentales, et peuvent faire tout particulièrement écho aux problématiques qu'ils traversent ou ont traversé (hyperactivité physique, dysmorphophobie, ascétisme, etc...).

Ainsi parmi les participants de cette étude, on retrouve des représentations et points de vue contradictoire. La diversité des profils et des représentations des participants inclus dans l'étude nous a permis d'avoir accès à un contenu suffisamment riche contribuant à notre saturation des données.

Prise en charge :

À propos des spécificités des prises en charge des formes masculines, deux des participants nous partagent leurs impressions.

Pour le participant 6, la prise en charge devrait se concentrer sur les aspects psychiques du trouble et moins sur les aspects physiques : « *Peut-être plus ciblés directement sur le psychique, on va penser que c'est uniquement lié au physique pour les hommes* ». Ce souhait de ne pas essentialiser les TCA masculins à leur expression physique s'inscrit dans un parcours de soins jalonnés de nombreux examens physiques et d'un retard diagnostique notable.

Le participant 8 insiste plutôt sur la question de l'activité physique : « *L'encadrement de l'activité, peut-être. Des coachs sportifs qui sont spécialisés dans les TCA. Ou même avec des coachs mais qui connaissent la maladie, parce qu'il ne faut pas que ça soit n'importe qui. Parce que je vois dans ce métier, tout le monde se présente coach alors qu'ils n'ont pas les diplômes. Et puis, ça peut être dangereux dans ce genre de trouble parce que ça peut mettre le corps en jeu. Il faudrait structurer l'activité physique et les connaissances sur la maladie* ».

Au-delà de la question de l'activité physique, qu'il perçoit comme prépondérante chez les patients masculins, cette citation sensibilise surtout sur les risques de dérives dans les prises en charge. Ce qu'il met en évidence est une problématique importante actuellement. A l'ère des réseaux sociaux, n'importe qu'elle personne peut se présenter comme coach sur les plateformes (Instagram, TikTok), cela ne garantit en rien la formation effective de la personne. Le risque est que des « coachs » non formés proposent à des personnes en situation de vulnérabilité un discours inadapté, voire néfaste. Cela peut non seulement renforcer le trouble, mais aussi retarder l'accès à des soins adaptés. Le participant 8 formule alors l'importance de soins physiques structurés et adaptés afin de garantir une activité physique compatible avec les enjeux liés aux troubles.

Le participant 1 déplore le manque d'espace de parole accessible : *« Des fois, je rencontre certaines personnes qui sont à l'écoute et je pense que c'est ce qui m'aide le plus pour décomplexer par rapport à cette pathologie....Ce qui me manque beaucoup, c'est de pouvoir en parler vraiment ».*

En Alsace, l'association ARTTA propose des groupes d'échange et de soutien à Strasbourg et à Colmar, que ce soit pour les patients ou pour les proches, animés par une psychologue. Le participant 1 déplore l'absence de groupe de proximité. Pour certains patients vivant à distance de ces grandes villes, l'accès à la diversité de l'offre de soins est limité car compliqué. Tous les patients ne sont pas en mesure de faire les trajets nécessaires pour profiter des soins. Dans l'idée de pallier au mieux à ces manques, des groupes en distanciel ont été mis en place il y a 1 an. Bien que cela ne se substitue pas à des temps de rencontre en présentiel, cela permet tout de même d'échanger avec des personnes concernées par les mêmes problématiques que soi, échanges régulés par un professionnel de santé.

Sur les dix participants, deux évoquent les enjeux autour de la formation des médecins généralistes. Ces propos font écho aux enjeux de formation des acteurs de santé de premier recours, détaillés à partir de la question N°3.

Les participants 1 et 4 perçoivent un manque de formation des médecins généralistes, ce qui peut impacter leurs manières de prendre en charge le trouble :

- *« Que les généralistes s'intéressent à ce genre de question. Je pense que comme c'est peu abordé, c'est compliqué à traiter »* (participant 4)
- *« J'ai été surpris de la réaction de mon médecin traitant qui me disait « il faut manger, vous ne pouvez pas rester dans cette situation » »* (participant 1)

Le peu de temps alloué à la formation autour des TCA renforce le vécu de complexité de prise en charge du trouble. Les questions N°3 et N°6, nous permettent de constater que la demande de formation émane aussi bien des professionnels que des patients concernés.

Société :

À l'occasion de cette question, trois des participants nous parlent du manque d'information générale à propos des TCA, et surtout à propos des formes masculines.

Le participant 4 insiste sur l'importance de la recherche, sur l'accessibilité aux informations scientifiques et sur le partage de témoignages. La démocratisation de l'accès aux données scientifiques pourrait, d'après lui, sensibiliser le grand public et alors favoriser l'accès aux soins : « *Pour amener les gens vers les soins, il faudrait des publications, des travaux, en parler..* », « *J'ai vu par la suite des sportifs professionnels qui parlaient de ça... (à savoir la valence addictive dans les TCA)* ».

En effet, il paraît important de pouvoir relayer au plus grand nombre des informations solides et vérifiées, mais également des témoignages de personnes concernées. Cela pourrait conduire certaines personnes à s'interroger sur leurs comportements alimentaires et leurs rapports au corps, et les inciter à consulter pour évaluer la situation.

Le participant 5 exprime son souhait d'avoir accès à plus de références sur la masculinité : « *Pour moi on a eu beaucoup d'œuvres sur ce qu'est la femme, comment on devient une femme, ce qui est très intéressant mais pour moi si on fait avancer la femme il faut aussi qu'on fasse avancer l'homme* ». Il poursuit : « *Je perçois des masculinités très toxiques autour de moi, des jeunes hommes très conservateurs sur les valeurs homme/femme et pour moi on ne questionne pas assez comment faire avancer la masculinité, comment la définir également.*

On dit qu'on « déconstruit » mais qu'est-ce que l'on construit derrière ? C'est quoi l'homme ? Pour moi il faut aborder ces questions-là dans les suivis. Il faut qu'on demande aux patients ce qu'ils veulent devenir, quel homme ils veulent devenir ? ».

Ce participant déplore un manque de théorisation de différentes formes de masculinités, ce qui renforcerait une forme d'inégalité des sexes. Ce défaut de réflexions sur les masculinités restreint les identifications possibles et renforcent les stéréotypes de genre.

Nous aborderons plus loin dans cette partie le rapport à la masculinité des participants (voir page 210).

À propos de la compréhension des troubles psychiques, le participant 1 note un défaut de compréhension au niveau sociétal. Ce point participe aux renforcements de certaines idées stigmatisantes autour des troubles psychiques. La répétition de propos invalidants, stigmatisants, peut décourager certains patients à évoquer leurs difficultés, que ce soit avec leurs proches ou auprès des différents soignants rencontrés. On comprend que l'incompréhension, la honte et la dissimulation sont des mécanismes qui s'alimentent les uns et les autres, et qui entretiennent des visions erronées des troubles psychiques.

Le participant 6, quant à lui, note que dans son entourage, personne n'a eu de difficulté à comprendre son anorexie malgré le fait qu'il soit un homme. Cependant, ce même participant a perçu certaines difficultés de compréhension de la part de ce même entourage à propos de certains symptômes moins connus comme l'émétophobie : *« Donc, les grands amis que j'ai, je leur ai vraiment tout dit. Et il n'y a personne qui n'a pas compris par rapport à ce que lui connaît de l'anorexie, et que pour lui, c'est que les filles, des trucs comme ça. C'est plus la peur de vomir qu'ils ne comprennent pas ».*

Dans cette situation, la difficulté de compréhension est très liée à l'absence d'information : d'après ce participant, ce que les proches comprennent le moins bien, c'est ce qu'ils ne connaissent pas. Ce lien fort entre information et compréhension nous amène encore une fois à souligner l'importance d'une information de qualité diffusée largement.

Parmi nos dix participants, cinq d'entre eux nous parlent de la méconnaissance et des clichés autour des formes masculines de TCA.

Les participants 3 et 7 concentrent moins leurs propos sur les troubles des conduites alimentaires et plutôt sur le genre masculin et la sexualité.

Le participant 3 revient sur une notion déjà abordée précédemment, le lien entre anorexie masculine et homosexualité. Lors des recherches réalisées pour cette étude, nous avons constaté le nombre notable d'articles s'intéressant à la sexualité, et surtout à l'orientation sexuelle des patients présentant des TCA, alors que l'orientation sexuelle des patientes TCA est rarement interrogée. L'orientation sexuelle comme facteur de risque de développer un TCA reste un sujet largement débattu. C'est autour de cette thématique, de la place particulière de l'orientation sexuelle chez les patients masculins, que le participant 3 articule sa réflexion : *« Je crois que la sexualité est un prétexte, je crois que c'est plus un rapport à la dichotomie force et faiblesse. Je pense que cela n'est pas étonnant chez les femmes parce que traditionnellement notre culture patriarcale nous a fait imaginer que les femmes étaient plus faibles. Et de la même manière, la même société patriarcale nous a fait imaginer que les personnes homosexuelles étaient plus faibles que des hommes, c'est peut-être à ce moment-là que le critère sexuel intervient mais plus pour être un marqueur de faiblesse qu'un marqueur de sexualité », « parce qu'on s' imagine un peu qu'une personne homosexuelle est peut-être plus du côté féminin même si une personne hétérosexuelle peut aussi avoir des difficultés dans*

leur rapport à leur corps ». Le participant comprend cette interrogation plus importante de la sexualité des hommes atteints de TCA que celle des femmes, mais aussi la remise en question de la masculinité des patients TCA comme des moyens de maintenir le cliché du lien historique entre TCA et féminité.

Les propos du participant 7 reviennent sur les clichés liés à la performance du genre masculin, à savoir une virilité sous-tendue par une communication difficile, l'absence d'expression d'émotions et le recours plus important à la colère ou à l'agressivité : « *Et les hommes, j'en ai parlé plusieurs fois, mais c'est vraiment, il est parfois conditionné à ne pas parler de ses problèmes. Tous mes amis masculins, impossible de parler de leurs problèmes. Ils les gardent pour eux soit ils le gèrent, comme ils peuvent, mais souvent, ça fait juste un effet boule de neige. À un moment, ça éclate, et du coup, beaucoup de gens disent que les hommes, ils sont un peu contrôlés par la colère, mais je pense que ça vient de ça, c'est parce qu'on se conditionne, à cause de notre éducation, à juste ne pas parler de nos problèmes* ».

Dans un registre similaire, le participant 3 identifie une certaine rationalisation autour de comportements problématiques mais s'inscrivant dans une quête de virilité souvent glorifiée socialement : « *La preuve c'est que l'homme fort, viril, qui va au sport et qui suit un régime qui est parfois délirant, lui on ne le rapporte pas à des TCA* ».

Cette image aliénante de la virilité⁹ semblent impacter certains aspects des troubles des conduites alimentaires : renforcement du déni, du contrôle, de la rationalisation et difficulté de verbalisation pouvant retarder, voire empêcher l'accès aux soins.

⁹ Définition virilité (Le Robert) : Ensemble des attributs et caractères physiques, mentaux et sexuels de l'homme. Synonymes : énergie, fermeté, poigne, puissance. Contraires : féminité, impuissance, froideur, mollesse.

Deux participants (participants 9 et 10) évoquent les clichés et la méconnaissance liés aux TCA et aux formes masculines des TCA :

- « *En fait, c'est surtout de me dire que c'est une maladie où il y a beaucoup de clichés. Donc, c'est que, non, ce n'est pas une maladie qui touche que des jeunes filles* » (participant 9)
- « *Peut-être que si, on minimise un peu plus pour les hommes* » (participant 10)

Le participant 10 pressent une minimisation, au sein de notre société actuelle, de l'impact des diktats physiques et des troubles alimentaires et corporels des hommes.

Le participant 6 perçoit un cliché autour de la représentation de l'anorexie dans les médias :

« *L'anorexie, c'est se faire vomir. À la télé, c'est toujours se faire vomir* ».

On constate effectivement que la représentation cinématographique des TCA, et plus particulièrement de l'anorexie, est très stéréotypée et offre peu de diversités. Par exemple, les films comme « *Je vais bien ne t'en fait pas* », « *To the bone* », ou « *Polisse* » ne présentent que des formes féminines d'anorexie (des femmes blanches et plutôt jeunes) et des séries telles que « *Skins* », « *Pretty Little Liars* », ou « *Gossip Girl* » insistent essentiellement sur le recours aux vomissements afin de faire comprendre aux spectateurs que le personnage souffre de TCA. Cette répétition de représentations stéréotypées participe à renforcer les clichés autour des TCA.

d) Analyse du questionnaire autour de « *l'Idéal de masculinité* » :

À l'occasion du premier entretien, le participant 1 s'est exprimé sur des points relatifs à la masculinité. Recueillir leurs définitions et leurs rapports à la masculinité apparaissait comme très pertinent, au vu de nos interrogations autour du genre. Nous avons alors décidé de

rajouter une question subsidiaire à ce premier entretien, à savoir : « quel serait votre idéal de masculinité ? ». Cette question a ensuite été intégrée à l'entretien, et a été posée à tous les participants en fin d'entretien, principalement à l'occasion de la question 6, où cette thématique a émergé spontanément chez plusieurs participants.

À cette question, neuf participants ont eu des réponses concernant l'aspect physique :

- « *Avant, mon souhait s'était d'être athlétique maintenant, je pense plutôt qu'il faut être bien dans son corps* » (participant 1)
- « *C'est un homme qui est poilu musclé et tout ça* » (participant 2)
- « *Un homme doit être fort soit physiquement et dans ses prises de décisions. Il y a une recherche de masculinité ou de compétition plus marquée. Et les filles c'est plutôt... comme des mannequins..* » (participant 4)
- « *C'est une personne athlétique, conforme physiquement et mentalement* » (participant 8)
- « *Dernièrement, je me suis fait pousser la barbe et on m'a dit que ça me rendait viril* » (participant 5)
- « *L'idéal masculin physiquement : déjà beaucoup plus musclé que moi. J'associe vraiment l'idée d'être normal et l'idée d'être musclé. D'avoir des bras deux fois plus grands, un corps deux fois plus grand mais pas forcément de la graisse. Avoir 10-15 kilos de plus, être plus en forme, plus massif* » (participant 5)
- « *J'ai cette idée de prendre du poids pour moi mais aussi pour les autres. Je ressens encore ce jugement. J'ai l'impression que je dois encore faire partie d'un idéal masculin pas psychologiquement (je suis fière de ma masculinité psychologique) mais physiquement plutôt* » (participant 5)

- « *J'ai toujours des problèmes, moi, avec mon physique. Mes parents me disent que je suis beau. Mais en fait, il n'y a personne vraiment qui m'a dit que j'étais beau en dehors d'eux. Donc, ça fait très mal, c'est compliqué* » (participant 6)
- « *J'ai des problèmes d'hypospadias. Et vers les 7-8 ans, j'ai refait une opération. Donc voilà, je m'en souviens et ça n'a pas marché. Et donc ça aussi, ça me travaille parce que, honnêtement, ce n'est pas grand-chose, mais psychologiquement, je me dis que je suis différent à cause de ça* » (participant 6)
- « *Il y a le moi qui verrait bien un peu cette utopie de l'homme qui est l'image du bon vivre ensemble et l'autre moi qui a l'impression qu'il faut être quand même un peu athlétique, s'habiller bien aussi. Enfin que des choses très visuelles* » (participant 7)
- « *Être un homme, c'est déjà ce que j'ai toujours voulu avoir : un corps bien, un ventre plat, pas trop musclé* » (participant 9)
- « *Un Ryan Gosling dans Barbie. Il est fait pour correspondre à tous les archétypes sociaux, quoi. Même si ce n'est pas quelque chose auquel j'aspire, en tout cas* » (participant 10)

La quasi-totalité des participants s'exprime sur leur perception de l'idéal masculin physique. Cette image d'Épinal correspond souvent à une aspiration (participants 1, 5, 9, 10). La musculature occupe une place importante dans leurs représentations, elle est abordée explicitement par la moitié des participants. Cela confirme l'importance de prendre en compte cet enjeu pour évaluer le rapport au corps des patients masculins. Des questions essentiellement tournées autour de la graisse ou de la maigreur pourraient biaiser l'évaluation et sous-estimer le trouble de l'image corporelle. La prise en considération de la dysmorphie musculaire permettrait une évaluation plus fine et plus adaptée aux patients masculins (55).

Quatre participants décrivent des idéaux d'ordre psychologique, c'est-à-dire accès sur les traits de personnalité, le rapport au monde et à autrui :

- « *Ouais, un homme, c'est quelqu'un qui prend la place qu'il doit avoir, sans trop non plus s'imposer, mais ne pas s'effacer. Je pense que j'ai eu tendance à m'effacer* » (participant 9)
- « *Mentalement, aussi, je pense qu'un homme, ça doit être quelqu'un qui est ouvert d'esprit, quelqu'un qui communique. La communication, c'est quelque chose d'important pour moi, je pense. Quelqu'un qui écoute et qui est disponible* » (participant 9)
- « *Mentalement, il doit aussi gérer. Pas trop se laisser abattre. Je suis un homme, il faut aussi que je sois là pour ma compagne. Il faut que je sois suffisamment solide pour qu'elle aussi, elle puisse avoir des moments où ça ne va pas. Ne pas toujours se dire que c'est à elle d'assumer le couple ou d'assumer la charge mentale* » (participant 9)
- « *Il faut être bien dans son corps. Il peut être de toutes les formes. Enfin, tant qu'on n'en souffre pas, je trouve qu'il n'y a pas de problème. Même en souffrir, c'est un problème qu'on peut essayer de guérir, mais ce n'est pas quelque chose à juger. Et juste, je ne sais pas, avoir du bon sens et être un peu réfléchi* » (participant 7)
- « *J'ai l'impression de me sentir bête, par exemple, parce que j'ai l'impression qu'il faut aussi un peu de culture* » (participant 7)
- « *Selon mon côté plus sombre : c'est qu'il faudrait être un peu intouchable, sur tous les sujets, sur tout. Ne pas avoir de vulnérabilité. Quelqu'un qui a très confiance en lui, qui règle tous ses problèmes et qui n'en a pas* » (participant 7)

- « *L'idéal masculin pour moi c'est être bien dans son corps et être bien dans sa tête. C'est être posé et être compréhensif, avoir un corps qui permettent de faire ce qu'on a envie de faire. Et essayer de se défaire des contraintes ou des images que la société nous jette à la figure : comme par exemple être musclé, ne pas avoir de gras* » (participant 1)
- « *Ce n'est pas tellement au niveau corporel, c'est plutôt quelqu'un qui sait prendre des décisions, qui sait ce qu'il veut* » (participant 4)

Bien que l'on retrouve des valeurs plutôt générales, voire même plutôt identifiées comme « féminines » (communication, acceptation de soi, culture), certaines valeurs comme la force, l'absence de vulnérabilité restent encore des stéréotypes de genre oppressants pour certains participants.

Trois participants parlent de leur rapport au genre, de leur identification et de leur vision négative de certains traits considérés comme masculin :

- « *J'aspire à quelque chose de plus gender fluid, une masculinité un peu plus apaisée* » (participant 10)
- « *Il y a des critères représentatifs de la masculinité mais pour moi je le mets de manière assez négative. Par exemple quelqu'un d'un peu macho. Mais un petit peu ce genre de... en fait comme Ken quoi, je parle vraiment du personnage, au-delà du physique. Je pense qu'il y a un petit peu de ça dans la vision de l'idéal masculin. Mais ce n'est pas positif* » (participant 10)
- « *Je n'ai jamais voulu ressembler à un homme au sens décrit. J'ai toujours voulu avoir un aspect androgyne. Je pense que ça a aussi joué dans mes TCA, je voulais être quelqu'un de svelte, imberbe* » (participant 2)

- « *Au collège, je me suis interrogé sur mon identité de genre. Et puis en fait, je suis à l'aise en tant que garçon mais physiquement je me plais mieux dans un corps androgyne* » (participant 2)
- « *Vis-à-vis de la masculinité, il est clair que depuis le lycée je suis beaucoup plus attiré vers un style androgyne, qui est à la limite sans être vraiment très féminin. Mais la masculinité ça n'a jamais été quelque chose que j'ai recherché* » (participant 3)
- « *Excepter, au moment où la première phase d'anorexie est passée là j'ai eu besoin au contraire de m'affirmer comme une personne virile. J'ai eu une petite période dans ma vie où j'ai eu besoin d'exprimer une forme de virilité qui était pour le coût totalement artificielle et qui est passée par des choses délirantes par exemple je voulais m'engager dans l'armée* » (participant 3)

Plusieurs participants se détachent de l'identification au genre masculin tel que décrit. Ils décrivent une recherche d'androgynie, motivée par la non reconnaissance de marqueurs de masculinité perçus comme négatifs (machisme, virilité exacerbée).

Pour quatre participants, le rapport à la masculinité renvoie à la transmission, la filiation et surtout à l'identification :

- « *Mon grand-père, il était gendarme. Du coup, il était très athlétique. Mes frères, c'est des... je ne vais pas le dire comme ça, mais c'est des bombes. Et moi, je suis un peu le gros de la famille. Je ressemble surtout à mon beau-père et mon père et je ne veux pas leur ressembler. Enfin, physiquement, pour l'instant, je ne peux rien faire* » (participant 7)
- « *Mon père est très différent, il est dans une masculinité archaïque et moi beaucoup plus moderne* » (participant 5)

- « *J'ai surtout eu des modèles féminins* » (participant 2)
- « *Je crois qu'il n'y a aucun homme, dans ma jeunesse, tout comme après, qui a pu être pour moi un critère d'identification. Au contraire je me suis beaucoup plus identifié à des personnes féminines* » (participant 3)
- « *Aucun homme n'a jamais été une source de référence pour moi. J'ai toujours perçu ça au contraire comme quelque chose de très grossier, de brutal, assez peu ouvert aux autres, assez effacé et peu impactant dans ma vie. Je les perçois plutôt comme des personnes qui n'ont pas beaucoup d'incidence autour d'eux et qui ont plus tendance à se laisser vivre, à réfléchir peu* » (participant 3)
- « *Il y avait vraiment de la force, du choix, de l'émancipation parce qu'être une femme à l'époque actuelle ce n'est pas une chose évidente. Et être une femme forte, j'ai l'impression qu'on a dépassé tout un tas de choses vis-à-vis de soi-même. Pour moi les femmes ont toujours été plus une preuve de liberté, de dépassement, de réappropriation. Les hommes m'ont toujours paru beaucoup plus incapables de retour sur eux-mêmes, d'introspection* » (participant 3)

Ces verbatim mettent en avant le rôle important des figures d'identifications masculines.

Selon les expériences des participants, la perception de la masculinité est impactée par l'expression de la masculinité des hommes environnants lors de leur construction.

Deux des participants (2 et 3) expriment explicitement avoir essentiellement eu des modèles d'identifications féminins et s'être donc construit en regard de ces modèles. Pour les deux autres participants (5 et 7), certaines figures masculines, jugées négatives, ont motivé une construction dissemblable afin de ne pas être associés à ces hommes perçus comme des « contre-modèles ».

On ressent également la différence générationnelle entre les participants, pour la plupart nés dans les années 90, et leurs pères, nés dans les années 60.

Ces données permettent de constater que certains points restent très liés à la masculinité : musculature, force. Cependant, les participants ont aussi beaucoup décrit des modèles de masculinité divers, une vision moins dichotomique (opposition féminin/masculin), un rapport à la masculinité plus assoupli.

D. Discussion

1. Synthèse de la recherche

Actuellement, peu d'études portent sur les formes masculines de l'anorexie mentale et de la boulimie. Le *sex ratio* féminin étant nettement supérieur, les recherches et la littérature se sont évidemment penchées en premier lieu sur la forme féminine de ces troubles, au détriment des formes masculines. Par étapes, l'évolution des critères diagnostiques a permis de poser des diagnostics à une population plus large, qui n'appartient pas forcément à la description archétypale de la jeune patiente qui souffre de TCA, de sorte à permettre un diagnostic plus précoce et pour toute la population.

Ainsi, depuis 2013, les nosographies permettent, par exemple, de poser le diagnostic d'anorexie sans biais de genre. Ces évolutions facilitent théoriquement la reconnaissance du trouble chez les patients masculins. Malgré cette avancée notable, peu de données récentes traitant des hommes et des TCA sont disponibles.

De plus, dans les représentations collectives, les TCA sont encore considérés comme des troubles largement, voire uniquement féminins. Ces idées inactuelles renforcent non seulement la stigmatisation autour des patients, mais peuvent surtout générer un retard de diagnostic et de prise en charge, dont on sait que l'effet peut être très délétère. On le retrouve dans notre étude avec une majorité de participants ayant des parcours de soins longs et complexes, parfois en lien avec la prise en charge inadaptée proposée par le milieu médical et soignant.

À notre connaissance, il n'existe pas pour le moment d'autre étude qualitative portant sur les formes masculines d'anorexie mentale et de boulimie et abordant les thématiques de la clinique, de la prise en charge et du vécu en lien avec le genre. Il existe cependant une revue de la littérature récente sur laquelle nous allons nous baser pour confronter nos résultats (7).

L'étude met en avant plusieurs résultats. Tout d'abord d'un point de vue diagnostique : au sein de notre cohorte nous retrouvons une nette prépondérance des diagnostics d'anorexie mentale par rapport aux diagnostics de boulimie nerveuse : huit participants atteints d'anorexie mentale contre deux participants atteints de boulimie nerveuse. Cette surreprésentation de l'anorexie par rapport à la boulimie interroge. En effet, ces résultats ne correspondent pas à ce que l'on pourrait s'attendre à retrouver en clinique. Au regard du *sex ratio* homme/femme nettement inférieur dans l'anorexie par rapport à celui de la boulimie, on s'attendrait plutôt à retrouver une majorité de participants atteints de boulimie. Une des interprétations possibles de ce décalage entre données statistiques et données cliniques serait un défaut d'accès et de recours aux soins des hommes présentant des troubles boulimiques, encore plus prononcé que dans l'anorexie mentale. Ce défaut de recours aux soins nous invite également à présumer une sous-estimation des données épidémiologiques en ce qui concerne les formes masculines de TCA.

En ce qui concerne la clinique, notre étude ne retrouve pas de différence notable entre la clinique décrite chez les patientes féminines et la clinique des hommes interrogés à l'occasion de cette étude. Les mêmes symptômes types ont été retrouvés : restriction alimentaire, boulimie, volonté de perte de poids, trouble de l'image du corps, faible estime de soi, stratégies de contrôle du poids, distorsions cognitives, déni, symptômes anxieux, trouble de l'humeur, manifestations physiques, addictions, etc.

Ces données sont compatibles avec la littérature récente. En 2020, la revue de la littérature de M. Morel-Portelette « *Anorexie mentale masculine : revue de la littérature* », retrouve des résultats similaires : « *Concernant l'expression symptomatologique de la maladie : nos*

recherches n'ont pas mis en évidence de différence majeure dans la présentation de la maladie entre les genres, mais les données retrouvées sont très limitées » (7).

Dans notre étude, les symptômes les plus retrouvés sont la restriction alimentaire et la volonté de perte de poids. A la différence d'autres études qui retrouvent une fréquence plus importante de l'hyperactivité en population masculine (78), l'hyperactivité physique concerne moins de la moitié de notre population. Cependant une majorité de participants est concernée par des préoccupations concernant leur musculature, ce qui apparait moins en population féminine, mais qui semble correspondre aux standards de beauté inhérents à chaque sexe. Ces données correspondent à une étude précédemment citée qui décrit également cette spécificité des formes masculines d'anorexie : la démarche esthétique qui sous-tend la volonté de perte de poids serait plutôt la mise en évidence de la musculature pour les hommes et plutôt la recherche de maigreur pour les femmes (75). Toutefois, ces symptômes, d'hyperactivité et de préoccupations autour de la musculature ne sont pas nécessairement synonymes d'anorexie mentale et peuvent être l'expression d'un autre trouble du comportement ou d'une addiction qui concerne principalement les hommes : la bigorexie (voir page 202). Ce diagnostic différentiel représente un défi pour le clinicien dont la démarche diagnostique se doit d'être la plus fine possible pour parvenir à différencier ces différentes formes d'un TCA d'expression clinique parfois très similaire.

Dans notre étude, une des seules stratégies de contrôle du poids évoquée est le recours aux vomissements provoqués, aucun participant n'a relaté faire usage de produits tels que des laxatifs ou des diurétiques. Aucun des participants ne présentait de symptomatologie psychotique, ce qui vient encore une fois mettre à mal l'hypothèse d'un trouble psychotique sous-jacent chez les patients masculins atteints de TCA.

Avec ce travail, nous souhaitons dégager un modèle étiopathogénique des troubles des conduites alimentaires de l'homme. En effet, même si certaines études soulignent la similitude de la clinique entre patients masculins et patientes féminines, ces dernières concluent également à une différence des mécanismes psychiques à l'œuvre entre les formes masculines et les formes féminines (45).

En ce qui concerne notre travail, nous ne retrouvons pas de différence notable. Les données extraites sont compatibles avec le modèle étiopathogénique intégratif dorénavant décrit pour les TCA (79). Nous retrouvons également une origine multifactorielle avec : la même richesse de facteurs prédisposants (facteurs familiaux, facteurs environnementaux, facteurs individuels), la même diversité de facteurs précipitants (puberté, évènements de vie stressants, survenue d'un trouble psychiatrique, activité centrée sur l'apparence) et la même pluralité de facteurs pérennisants (dénutrition, restriction alimentaire/crise de boulimie/hyperactivité, effets positifs initiaux et effets négatifs sur le long terme).

Dans la revue de la littérature citée plus haut (7), certains facteurs de risque de l'anorexie ont été identifiés comme particulièrement présents en population masculine : « *surpoids ou obésité pré-morbides (considérés comme facteur de risque particulièrement chez les hommes), trouble anxieux, trouble dépressif, et sont suggérés les antécédents familiaux de troubles psychiatriques ou addictologiques* ». Bien que nous retrouvions tous ces points (surpoids, trouble anxieux, trouble de l'humeur) dans le récit des participants, notre étude qualitative ne permet pas de conclure sur le poids de ces facteurs et leur lien particulier avec le genre masculin. À propos des comorbidités psychiatriques présentes chez nos participants, les troubles retrouvés (trouble anxieux, addiction, trouble de l'humeur) ne diffèrent pas des comorbidités généralement associées aux TCA.

Quand on interroge les participants sur leur parcours de soins et les difficultés rencontrées, on prend la mesure du travail d'information qu'il reste encore à effectuer. Il nous semble important d'insister sur la nécessité de former tous les acteurs de santé, spécialement ceux intervenants en première ligne, à chercher et reconnaître le trouble, pour ensuite le prendre en charge. Notre étude a pour objectif de sensibiliser les professionnels au dépistage et à la prise en charge des TCA. Notre étude ne montre pas de différence particulière entre la clinique féminine et masculine, nous considérons que la recherche des symptômes alimentaires peut être effectuée chez le patient masculin comme on le ferait plus classiquement chez une patiente. Ces symptômes alimentaires, une fois mis en avant, seront à considérer de manière équivalente quel que soit le genre du patient. Les symptômes alimentaires et/ou la perte de poids ne sont pas uniquement en lien avec un trouble somatique chez un homme, et inversement, les mêmes symptômes chez une femme ne doivent pas faire l'économie d'un bilan excluant tout trouble physique.

Ces troubles ont souvent pour réputation d'être des troubles complexes à prendre en charge (prise en charge globale et parfois chronique, incluant souvent la famille, très chronophage, soins entravés par le déni, par le refus, etc.). Il est vrai que la prise en charge de ces troubles nécessite de faire intervenir plusieurs professionnels afin de pouvoir proposer une prise en charge pluridisciplinaire, répondant aux problématiques multiples de ces troubles. Tout de même, il est important de souligner que plusieurs des participants de l'étude ont pu bénéficier de soins de premier recours adéquats auprès de leur médecin généraliste, aussi bien sur le plan de la prise en charge que celui de l'orientation dans le système de soins.

Actuellement, les recommandations validées pour la prise en charge des formes féminines de TCA sont également celles recommandées pour la prise en charge des formes masculines (7).

Il existe très peu de recherches évaluant l'efficacité thérapeutique précise en population masculine à l'heure actuelle, la recherche conclut qu'il n'existe pas de recommandations particulières à la prise en charge des formes masculines de TCA, les patients peuvent donc se voir proposer les mêmes lieux, les mêmes groupes de prise en charge que les patientes.

Il reste à évaluer le vécu du patient (et des patientes) quant à la mixité, parfois très limitée, au sein des groupes thérapeutiques.

Dans notre étude, qui évalue le ressenti des participants, on constate deux types de vécus : ceux qui ont ressenti et souffert d'avoir été traités différemment du fait de leur genre ou qui se sont sentis à part, moins concernés par la prise en charge, versus ceux qui n'ont pas rencontré de problématiques particulières lors des soins et n'ont pas perçu de différence de traitement entre eux et les autres patientes. Nous remarquons qu'une plus faible proportion de participants, quatre sur dix, n'a pas constaté d'enjeu particulier du fait de leur genre masculin durant leurs soins. Ce constat met en évidence les problématiques d'inclusion et de stigmatisation encore largement persistantes (plus de la moitié des participants de cette étude concernés).

Afin d'essayer d'améliorer ce point de vécu des patients, un de nos moyens d'action est de travailler à l'inclusion de ces patients dans le but d'éviter toute stigmatisation. L'espace de soins se doit d'accueillir ses patients avec la même sollicitude et compréhension que les patientes.

Nous constatons que dans notre étude, lorsque l'on interroge les participants sur la spécificité de la prise en charge des TCA chez l'homme, leurs réponses contiennent majoritairement des

demandes générales et globales autour de l'information, de la formation, de la compréhension, de la lutte contre les clichés existants. Peu d'entre eux ressentent le besoin d'une prise en charge particulière, la plupart adressent surtout une volonté de déstigmatisation et de considération, que ce soit d'un point de vue médical ou social. Ils perçoivent que cela pourra se faire grâce à la représentation, la communication, et la recherche.

2. Forces :

Une des forces de cette étude est le choix de sa méthode. La méthode qualitative a permis d'explorer des discours, des vécus subjectifs, mais également la dimension sociétale de notre sujet.

Nous avons choisi de recueillir nos données grâce à des entretiens semi-dirigés individuels. Ce format d'entretien offre une adaptabilité qui permet de s'ajuster en continu aux patients durant les échanges. Les données ainsi recueillies restent au plus proche du discours initial du participant. Les échanges en individuel permettent d'éviter l'effet de contamination que l'on peut retrouver au sein des échanges en groupe.

Nous pouvons souligner une autre force de notre étude, à savoir le niveau important d'engagement ainsi que la qualité coopérative des participants. En effet, tous les participants se sont particulièrement livrés lors des entretiens, ce qui nous confère une qualité et une richesse de contenu remarquable. Cet important recueil de données permet de proposer une analyse plus fiable et plus détaillée, quoique parfois dense.

La double analyse (directrice de thèse et investigatrice) permet de réduire les biais individuels mais également d'enrichir le recueil et l'analyse des données. La triangulation des données,

entre la revue de la littérature et la double analyse, renforce la validité interne de nos résultats.

3. Limites :

Nous allons désormais aborder les différents biais et limites liés à l'étude.

a) *Subjectivité du chercheur*

Tout d'abord, un biais directement lié à la subjectivité du chercheur. En effet, ayant un positionnement actif au sein de l'étude, la subjectivité propre du chercheur peut avoir des effets, notamment sur les techniques d'entretien, mais également sur le recueil et l'analyse des données. La subjectivité du chercheur ne peut être inexistante, mais elle peut être limitée grâce à la réflexivité à laquelle invite la méthode qualitative (80).

Il s'agit alors pour le chercheur de percevoir l'influence de sa propre subjectivité sur le recueil et l'analyse des données, mais surtout d'identifier ses préjugés. Le risque étant de chercher à confirmer une idée préconçue, et de ne pas inclure les idées divergentes mise à l'évidence au cours de la recherche.

Nous pouvons également mentionner dans cette partie, le risque de circularité. C'est un risque inhérent à la méthodologie qualitative. Il s'agit du risque de ne percevoir, dans le matériel, que ce que l'on sait déjà. Le risque est que les données théoriques entravent l'analyse des données recueillies.

De ce fait, dans cette étude, l'investigatrice a opté pour une posture réflexive afin de limiter ces biais et d'être la plus neutre possible dans l'interprétation des données. Un autre moyen de limiter ces biais a été de réaliser une double lecture des données.

b) Biais de sélection

Il existe un autre biais important au sein de cette étude, le biais de sélection, lié à nos modalités de recrutement.

Malgré nos tentatives pour inclure des participants avec des parcours de soins divers et variés, la plupart des participants de l'étude (sept participants sur dix) ont été recrutés et adressés *via* les praticiens assurant des consultations spécialisées pour TCA au CHU de Strasbourg.

Ce biais peut s'expliquer par notre méthode de recrutement. Nous avons, dans un premier temps, adressé nos demandes de recrutement aux praticiens des centres hospitaliers en Alsace offrant des consultations spécialisées pour TCA. Puis, ayant constaté l'influence du lieu d'adressage sur le discours des participants, nous avons cherché à minimiser ce biais en sollicitant largement des professionnels libéraux. Nous n'avons malheureusement eu qu'un seul retour.

Nous devons également préciser que bien que nous ayons contacté le psychiatre exerçant au sein du service de nutrition à Strasbourg, nous n'avons pas contacté les médecins somaticiens du service. Nous avons principalement diffusé notre étude auprès de psychiatres ou autres professionnels de santé psychiques.

Nous n'avons pas sollicité les médecins généralistes ou somaticiens, car un des enjeux pour ce travail était de recruter des patients majeurs ayant des diagnostics principaux ou secondaires de TCA allant de F50.0 à F50.3 de la classification CIM-10. Nous avons opté pour ces critères d'inclusion précis, afin de pouvoir recruter des patients ayant des situations d'anorexie mentale ou de boulimie caractéristiques, dont la problématique TCA était centrale, avec des diagnostics francs.

Ainsi, l'organisation des modalités de soins actuelles, pour les patients souffrant de TCA en Alsace, ont pu participer au biais de recrutement.

En effet, il n'existe à ce jour que trois pôles de soins spécialisés, ce qui explique que les patients puissent être regroupés sur peu de lieux de soins différents. La surreprésentation de participants pris en charge au sein d'une structure spécialisée a impacté les résultats de l'étude, tout particulièrement sur les données en lien avec les modalités et vécus de la prise en charge actuelle. Il serait intéressant de recueillir plus de données de patients concernés par des prises en charge non spécialisées, et d'analyser l'impact que cela peut avoir sur le déroulé de leur prise en charge et la stigmatisation.

c) Biais de déclaration

Il faut également noter un biais de déclaration ou biais de mémorisation. En effet, les données sont collectées à partir de l'analyse du discours des participants. Ce discours est recueilli lors d'un entretien, ce qui permet au participant de parler de son vécu librement.

Cependant, ce discours reste subjectif. Les participants peuvent omettre ou déformer la réalité, volontairement ou involontairement. Les données ainsi recueillies peuvent être à nuancer.

Une autre forme de biais peut également influencer le contenu du discours des participants : le biais de désirabilité sociale. Cela correspond au fait d'orienter les réponses en fonction de ce qu'on pense correspondre à une norme sociale.

Ce biais de déclaration peut également être induit par certaines difficultés psychopathologiques connues des TCA. Le discours des participants peut être influencé par des processus psychopathologiques comme le déni des troubles, une tendance à la

dénégation, des difficultés, voire un refus d'adhésion aux soins, des difficultés d'acceptation de la nature des troubles. Le discours manifeste des participants peut alors recouvrir des réalités psychiques différentes.

4. Perspectives

a) Formation :

Dans cette étude, nous avons pu constater l'impact majeur de la méconnaissance de la forme masculine des TCA par certains professionnels de santé. Les patients y ayant été confrontés témoignent de l'errance médicale et de la difficulté à accéder à des soins adaptés. Lors d'un colloque¹⁰ organisé par la FFAB (Fédération Française Anorexie-Boulimie), le Dr Corinne Blanchet a abordé le recours aux soins plus tardifs chez les hommes, mais aussi l'absence d'évocation du diagnostic de TCA en médecine de premier recours, et des explorations somatiques retardant l'accès aux soins spécialisés. Or, le repérage et une prise en charge précoce des troubles permettent de « *prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales* » comme nous le rappellent les recommandations de 2010 de la HAS (24).

L'idée selon laquelle ces troubles sont exclusivement féminins ne devrait plus persister dans les discours soignants, médicaux, et encore moins parmi les psychiatres eux-mêmes.

Des professionnels sensibilisés et informés seront plus à même de dépister, soigner et orienter le plus précocement possible les patients. Un des enjeux futurs sera donc de proposer une formation sur les TCA incluant les formes masculines, afin d'ébranler les idées reçues tenaces les concernant. Il nous apparaît primordial de communiquer largement sur les TCA afin de permettre aux soignants d'identifier les patients atteints, puis de les orienter au mieux.

¹⁰ Colloque du 10 octobre 2023 : « L'anorexie et le boulimie sont-elles genrées ? » : <https://www.ffab.fr/505-replay-colloque-fsc-ffab-10-octobre-2023>

Cette communication et formation doit bien évidemment concerner les internes en psychiatrie, mais également les médecins de toutes spécialités. Du fait de leurs importantes répercussions physiques, tout médecin (généraliste, urgentiste, gastro-entérologue, endocrinologue...) peut être amené à rencontrer une personne atteinte de TCA. Afin de sensibiliser un large public, l'existence et la présentation des formes masculines de TCA devraient être abordées dès le 2^{ème} cycle des études médicales.

Bien que cela reste encore insuffisant, certaines initiatives permettent d'entamer la discussion autour de ce sujet. On peut par exemple citer le colloque d'octobre 2023 organisé par la FFAB intitulé : « L'anorexie et la boulimie sont-elles genrées ? ».

Des communications similaires doivent être encouragées afin de lever le voile sur ce sujet.

b) Prise en charge :

Une partie importante de notre étude traite de la prise en charge des patients atteints de TCA. A l'heure actuelle, on considère que les modalités de prise en charge, recommandées pour les patientes, sont également efficaces pour les patients. Cette population peut donc être prise en charge dans les mêmes espaces de soins que les patientes et se voir proposer les mêmes thérapies et les mêmes modalités de prise en charge : prise en charge bifocale psychologique et somatique avec psychiatre/psychologue et médecin généraliste en première intention, prise en charge pluriprofessionnelle spécialisée de recours pour les formes graves ou complexes.

Cela reste sous-tendu par la possibilité d'accueillir le patient dans un environnement bienveillant. Pour ce faire, le personnel soignant doit être formé à l'accueil et à la prise en charge des patients masculins. De plus, les thérapies proposées doivent également être pensées pour être non-genrées. Un point de vigilance doit être porté aux discours proposés

aux patients, c'est-à-dire éviter de genrer les propos en lien avec les TCA exclusivement au féminin lors des soins afin de ne pas exclure les patients des échanges. Au-delà de l'accueil des patients et de la formation des soignants, nos outils doivent être adaptés à cette population pour permettre un dépistage et une évaluation efficaces des troubles. Comme nous l'avons vu précédemment, nos outils de dépistage actuels ont été pensés et validés principalement en population féminine. Certaines formulations sont peu adaptées aux patients, cela peut impacter la fiabilité des questionnaires en population masculine. L'élaboration d'outils de dépistage et d'évaluation fiables en ce qui concerne les formes masculines de TCA représente un enjeu de taille. Un premier travail est en cours d'élaboration : le questionnaire EDAM (*Eating Disorder Assessment for Men*) (55). Malgré cette innovation, des travaux interrogeant la validité des différents outils et des différentes modalités de prise en charge en population masculine doivent encore être menés afin d'offrir une prise en charge adaptée à ces patients. Un autre point saillant de notre travail se réfère aux lieux de rencontre et de parole. En effet, plusieurs participants formulent une demande particulière à propos de ces lieux d'échange entre patientes et patients. Ils déplorent la rareté de ces espaces, qui leur apparaissent comme salutaires pour lutter contre le sentiment de solitude lié au trouble. Une perspective intéressante, et répondant directement aux besoins des patients, serait de déployer ces lieux d'échanges pour permettre aux personnes touchées, quel que soit leur genre, de partager leurs vécus au sein d'un espace privilégié.

c) Visibilité et déstigmatisation :

Cette étude a également pour perspective de contribuer à la déstigmatisation des patients atteints d'anorexie mentale ou de boulimie. Il persiste de nombreux a priori concernant les troubles alimentaires qu'il nous semble fondamental de rectifier. Bien souvent la stigmatisation découle d'un manque de représentation. Par conséquent, il semble nécessaire

de diversifier les représentations associées aux TCA, afin de rompre avec son image d'Épinal : maladie de jeune femme aisée occidentale.

Plusieurs initiatives récentes s'inscrivent dans cette perspective. Par exemple, lors de la journée mondiale des troubles des conduites alimentaires du 2 juin 2022, une affiche de prévention représentant un jeune homme a été diffusée à large échelle. La visibilité importante de cette campagne permet de sensibiliser un plus large public à la diversité des profils pouvant être touchés par les TCA.

De plus, il est désormais possible d'avoir accès, *via* la plateforme Youtube, à divers témoignages d'hommes atteints de troubles des conduites alimentaires. La grande popularité des médias partageant ces témoignages (Brut, Konbini, Doctissimo) permet à ces récits d'être largement visionnés par un public jeune.

Dans un registre similaire, une chaîne du service public a diffusé en 2022 une émission ayant pour titre : « *Hyperphagie, anorexie, orthorexie, ces troubles qui touchent aussi les hommes* ». On y entend des hommes concernés partager leur vécu concernant le trouble et les soins. C'est également le cas dans divers podcasts audio tel que « Dingue », « Les maux bleus », ou « Contre-addiction », qui attirent l'attention de leur audience sur cette thématique.

Bien que les recommandations décrivent la prévention primaire comme peu opérante en ce qui concerne les troubles des conduites alimentaires, il semblerait tout de même intéressant d'envisager une sensibilisation et des actions de prévention des risques, notamment en milieu sportif, car nous savons qu'une activité centrée sur le physique peut constituer un facteur précipitant d'émergence de TCA. Ces actions pourraient être menées virtuellement avec le partage de témoignages et d'informations *via* les réseaux sociaux, et physiquement avec la sensibilisation et la formation des intervenants en milieu sportif. Cela permettrait une large

diffusion d'informations à un public qui peut être concerné par des troubles des conduites alimentaires.

D'autres mesures seront essentielles pour poursuivre le travail de déstigmatisation des patients atteints de TCA. Une représentation diversifiée et une visibilité importante aideront à rompre les préjugés concernant les TCA. Ces démarches ne peuvent qu'aider à minimiser le sentiment de honte, très présent dans ces troubles.

VI. Conclusion

Les troubles des conduites alimentaires (TCA), toutes formes confondues, sont des troubles fréquents. Actuellement, la part de cas masculins concernant l'anorexie est de l'ordre de 10%, et de l'ordre de 30% concernant la boulimie. Ces chiffres nous poussent à constater la part des hommes concernés par les TCA. Pourtant, en population clinique ils ne représentent que 5 à 11 % des cas. Leur recours aux soins reste effectivement très bas.

Par ailleurs, du côté de la clinique, on constate que les patients atteints d'anorexie ou de boulimie sont progressivement plus nombreux à se diriger vers des lieux de soins, et cela nous confronte aux lacunes existantes actuellement : difficulté à reconnaître et identifier le trouble chez un homme, manque de référentiels psychopathologiques et d'évaluation disponibles, manque de recherches incluant les patients masculins.

Ces dernières années, des travaux ont permis de nuancer les descriptions d'abord très stéréotypées des TCA et de commencer à s'intéresser à la population masculine concernée. Malgré cette amorce de progression, il reste encore un travail important de recherche, mais aussi de lutte contre la stigmatisation à effectuer.

Dans la littérature, les données sont rares et hétéroclites. Certains auteurs défendent la similarité des tableaux, quel que soit le sexe. Pour d'autres auteurs, les formes masculines de TCA présentent des particularités. La littérature distingue certaines atypicités : une hyperactivité physique plus fréquente et plus importante, une préoccupation plus importante concernant la musculature, une obésité ou un surpoids pré-morbide plus fréquent, une surreprésentation de l'homosexualité, plus de comorbidités psychiatriques, ou encore un retentissement somatique plus marqué. Cependant, les données sont peu fiables, et ne

permettent actuellement pas de trancher en faveur d'une similarité ou en faveur d'une différenciation.

Notre travail permet, grâce à sa méthode qualitative, d'aborder ce sujet d'une manière jusqu'alors peu explorée. L'interrogation et la participation des patients concernés a été l'élément central, afin de mener à bien nos différents objectifs.

De par cette étude, nous avons souhaité préciser le contexte et l'expression symptomatique des troubles anorexiques et boulimiques au sein de la population masculine, mais aussi évaluer l'état actuel des prises en charge proposées. Notre postulat étant qu'une meilleure compréhension des formes masculines de TCA permettrait d'améliorer l'accès au diagnostic, aux soins, et finalement, d'adapter au mieux la prise en charge.

Bien que les limites de notre étude ne permettent pas de conclure de manière tranchée, nous pouvons tout de même noter que les données recueillies retrouvent la même richesse étiopathogénique et clinique selon le genre : notre étude est plutôt en faveur d'une similarité étiopathogénique, psychopathologique et clinique dans les formes masculines ou féminines d'anorexie mentale et de boulimie et de la pertinence d'un modèle étiopathogénique intégratif commun. Des études épidémiologiques et psychopathologiques de plus grande ampleur seront essentielles pour obtenir des données précises et fiables.

De même, le modèle de soins actuellement recommandé apparaît pertinent quel que soit le genre. En revanche, nous avons mis en évidence la nécessité d'améliorer la sensibilisation et l'information des professionnels de santé afin de dépister, soigner et orienter les patients le plus précocement possible et ne plus méconnaître les formes masculines de TCA. L'élaboration en cours d'outils de dépistage et d'évaluation fiables en ce qui concerne les formes masculines favorisera cela. Nous avons également dégagé différentes perspectives et

modalités contribuant à réduire la stigmatisation des patients atteints d'anorexie mentale ou de boulimie, via notamment une représentation diversifiée, une amélioration de la visibilité de ces troubles, une sensibilisation des professionnels de santé, mais aussi dans certains milieux, le milieu sportif en particulier.

Ainsi, au-delà des objectifs médicaux et thérapeutiques, notre volonté est de lutter contre la stigmatisation de ces patients, que ce soit au sein de la sphère médicale ou sociétale.

Nous prenons le parti d'un travail se voulant pédagogique, dans l'espoir qu'il puisse avoir une portée préventive. Nous aspirons à sensibiliser les lecteurs sur les stéréotypes associés aux troubles des conduites alimentaires, afin de limiter leurs impacts sur les patients, et leurs interférences avec les soins.

Compte tenu du taux de mortalité élevé, de la gravité et de la complexité de ces troubles, une attention particulière doit encore être portée à la recherche et la prévention des formes masculines des TCA, dans la perspective d'une amélioration des pratiques et du devenir des patients.

VU et approuvé
Strasbourg, le **21 MARS 2025**
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILIA



VU
Strasbourg, le **20/3/25**

Le président du jury de thèse

Professeur BERTSCHY



VII. Annexes

1. Décision du Comité d'éthique pour la recherche



Mme RIEGERT Myriam

Pôle de psychiatrie de l'adulte
Hôpital universitaire de Strasbourg
1 place de l'hôpital
67000 Strasbourg

Eric FLAVIER

Président du comité d'éthique
pour la recherche

Strasbourg, le 27/10/2023

Objet : Décision du comité d'éthique pour la recherche (CER)
Référence dossier : 2023-42

Madame Riegert, Chère collègue,

Vous avez déposé le projet intitulé « Les troubles des conduites alimentaires de l'homme » pour évaluation par le comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Strasbourg.

Affaire suivie par :

David HAESSIG

Chargé d'appui au Comité
d'éthique pour la recherche
Direction de la recherche et de la
valorisation
david.haessig@unistra.fr
+33 (0)3 68 85 10 18

Le Comité d'éthique pour la recherche Unistra déclare par la présente :

que le résultat de l'examen éthique de ce projet de recherche est POSITIF.

Votre projet est désormais enregistré par le comité d'éthique pour la recherche sous un numéro d'accréditation unique que vous pourrez communiquer à toute entité vous le demandant :

Unistra/CER/2023-42

Si une entité vous demande d'apporter des modifications administratives à la version finale d'un document qui a été approuvé par notre CER, veuillez vous entendre avec cette entité afin que notre CER reçoive une copie dudit document modifié indiquant clairement les modifications apportées. Si notre CER juge que ces modifications administratives affectent l'acceptabilité éthique du projet, il suspendra son approbation éthique pour l'entité en cause.

Les membres du comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Strasbourg vous souhaitent un travail de recherche fructueux.

Le président du comité d'éthique pour la recherche,

Eric FLAVIER



Université de Strasbourg

4 rue Blaise Pascal
CS 90032
F-67081 STRASBOURG cedex
Tél. : +33 (0)3 68 85 00 00
www.unistra.fr

2. Formulaire de consentement de participation du participant

**SERVICE DE PSYCHIATRIE II**

1, place de - B.P. 426
F-67091 STRASBOURG Cedex
☎ : 03 88 11 66 48 Fax : 03 88 11 62 92

Professeur Gilles BERTSCHY

Chef de service ☎ 03 88 11.65.48
Unité d'hospitalisation 3013
Consultations troubles de l'humeur et TDAH

Docteur Jean-Georges ROHMER

Praticien Hospitalier ☎ 03.88.11.64.05
Centre ressource auteurs de violences sexuelles
Consultations

Docteur. Vincent FONTAA

Praticien Hospitalier (0,20) ☎ 03.88.11.62.16
Consultation troubles des conduites alimentaires

Docteur Myriam RIEGERT

Praticien Hospitalier ☎ 03.88.11.65.41
Hôpital de jour, Unité d'hospitalisation 3013
Consultation troubles des conduites alimentaires
Centre d'accueil médico-psychologique de
l'Université de Strasbourg (Directrice Médicale)

Docteur Sébastien WEIBEL

Praticien Hospitalier ☎ 03.88.11.51.57
Unité d'hospitalisation 3006
Hôpital de Jour – CAREST- GREMOPASS
Consultation troubles de l'humeur et TDAH

Docteur Jean-Baptiste CAUSIN

Praticien Hospitalier ☎ 03.88.11.61.52
Centre ressource auteurs de violences sexuelles
Centre d'accueil médico-psychologique de
l'Université de Strasbourg

Docteur Elise GAUGLER

Praticien Hospitalier (addictologue) ☎ 03.88.11.52.10
Unité d'hospitalisation 3006 – Consultations

Docteur Pierre Olivier BOUSSUGE

Chef de Clinique-Assistant ☎ 03.88.11.51.68
Unité d'hospitalisation 3013 - Consultations

Praticiens attachés :

- Consultation troubles des conduites
alimentaires : ☎ 03.88.11.66.65

Docteur Elisabeth VUILLEMIN

- Consultation TDAH : ☎ 03.88.11.66.65
Docteur Shams AHMADOVA

Cadres de santé :

Mme Valérie POUSSARDIN – UF Hôpital de jour
M. Arthur MICHON – UF 3006
M. Adel ALALOUT -UF 3013

Psychologues :

Centre ressource auteurs de violences sexuelles
Mme Nolwenn SCHOLLER ☎ 03.88.11.51.07
Hôpital de jour – CAREST-GREMOPASS
Mme Luisa WEINER (PU) ☎ 03.88.11.65.11
M. Olivier PUTOIS (MCU) ☎ 03.88.11.66.56
M. André TUDORACHE (MCU) ☎ 03.88.11.58.58
M. Enzo LACHAUX (PAST) ☎ 03.88.11.51.88
Mme Emilie CHARLES ☎ 03.88.11.81.87
Mme Lucile DOMY ☎ 03.88.11.52.87
M. Valentin DE NICOLA ☎ 03.88.11.53.17
Mme Marie LICAUSI ☎ 03.88.11.53.58
M. Alexis PAQUEREAU ☎ 03.88.11.52.87
Mme Marie. WAGNON ☎ 03.88.11.52.41

Assistante sociale :

Mme Michèle CLAUSS ☎ 03 88 11 66 56
Mme Louise PAULIN ☎ 03 69 55 09 21

Unités d'hospitalisation :

Unité 3006 ☎ 03 88 11 66 52
Unité 3013 ☎ 03 88 11 66 53
Hôpital de jour – CAREST-GREMOPASS
Unité 3018 ☎ 03 88 11 60 10

Adresses emails : prénom.nom@chru-strasbourg.fr

**Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg****PÔLE de PSYCHIATRIE, SANTÉ MENTALE
& ADDICTOLOGIE****Consentement de participation du patient****Accord pour participer à l'étude Unistra/CER/2023-42 :****Thèse de médecine : Les troubles des conduites alimentaires chez
l'homme**

Nom de naissance :

Prénom :

Date et lieu de naissance

Adresse :

Tél. :

Il m'a été proposé de participer à une étude sur les troubles du comportement alimentaire chez l'homme.

L'investigatrice Madame Myriam Riegert, m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et compris les informations suivantes :

- 1) Je pourrai à tout moment interrompre ma participation si je le désire, sans avoir à me justifier.
- 2) Je pourrai prendre connaissance des résultats de l'étude dans sa globalité lorsqu'elle sera achevée.
- 3) Les données recueillies demeureront strictement confidentielles.

Compte-tenu des informations qui m'ont été transmises :

J'accepte librement et volontairement de participer à la recherche sur les troubles du comportement alimentaire chez l'homme.

Cocher les cases appropriées en fonction de votre volonté :

Oui ☐

Non ☐

Date :

Signature du participant :

Date :

Signature de l'investigateur :

Signature en double exemplaire :

Pôle de Psychiatrie, de Santé Mentale et d'Addictologie

Chef de Pôle
Pr Gilles BERTSCHY
☎ 03.88.11.65.48

Cadre de Santé du Pôle
Mme C. FIRN-HAESSIG
☎ 03.88.11.66.54

Contrôleur de Gestion
Quentin VARREY
☎ 03.69.55.01.20

3. Notice d'information à destination du participant



Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

PÔLE de PSYCHIATRIE, SANTÉ MENTALE
& ADDICTOLOGIE

SERVICE DE PSYCHIATRIE II

1, place de - B.P. 426
F-67091 STRASBOURG Cedex
☎ : 03 88 11 66 48 Fax : 03 88 11 62 92

Professeur Gilles BERTSCHY

Chef de service ☎ 03 88 11.65.48
Unité d'hospitalisation 3013
Consultations troubles de l'humeur et TDAH

Docteur Jean-Georges ROHMER

Praticien Hospitalier ☎ 03.88.11.64.05
Centre ressource auteurs de violences sexuelles
Consultations

Docteur Vincent FONTAA

Praticien Hospitalier (0,20) ☎ 03.88.11.62.16
Consultation troubles des conduites alimentaires

Docteur Myriam RIEGERT

Praticien Hospitalier ☎ 03.88.11.65.41
Hôpital de jour, Unité d'hospitalisation 3013
Consultation troubles des conduites alimentaires
Centre d'accueil médico-psychologique de
l'Université de Strasbourg (Directrice Médicale)

Docteur Sébastien WEIBEL

Praticien Hospitalier ☎ 03.88.11.51.57
Unité d'hospitalisation 3006
Hôpital de Jour – CAREST- GREMOPASS
Consultation troubles de l'humeur et TDAH

Docteur Jean-Baptiste CAUSIN

Praticien Hospitalier ☎ 03.88.11.61.52
Centre ressource auteurs de violences sexuelles
Centre d'accueil médico-psychologique de
l'Université de Strasbourg

Docteur Elise GAUGLER

Praticien Hospitalier (addictologue) ☎ 03.88.11.52.10
Unité d'hospitalisation 3006 – Consultations

Docteur Pierre Olivier BOUSSUGE

Chef de Clinique-Assistant ☎ 03.88.11.51.68
Unité d'hospitalisation 3013 - Consultations

Praticiens attachés :

- Consultation troubles des conduites
alimentaires : ☎ 03.88.11.66.65

Docteur Elisabeth VUILLEMIN

- Consultation TDAH : ☎ 03.88.11.66.65
Docteur Shams AHMADOVA

Cadres de santé :

Mme Valérie POUSSARDIN – UF Hôpital de jour
M. Arthur MICHON – UF 3006
M. Adel ALALOUT – UF 3013

Psychologues :

Centre ressource auteurs de violences sexuelles
Mme Nolwenn SCHOLLER ☎ 03.88.11.51.07
Hôpital de jour – CAREST-GREMOPASS
Mme Luisa WEINER (PU) ☎ 03.88.11.65.11
M. Olivier PUTOIS (MCU) ☎ 03.88.11.66.56
M. Andréi TUDORACHE (MCU) ☎ 03.88.11.58.58
M. Enzo LACHAUX (PAST) ☎ 03.88.11.51.88
Mme Emilie CHARLES ☎ 03.88.11.81.87
Mme Lucile DOMY ☎ 03.88.11.52.87
M. Valentin DE NICOLA ☎ 03.88.11.53.17
Mme Marie LICAUSI ☎ 03.88.11.53.58
M. Alexis PAQUEREAU ☎ 03.88.11.52.87
Mme Marie. WAGNON ☎ 03.88.11.52.41

Assistante sociale :

Mme Michèle CLAUSS ☎ 03 88 11 66 56
Mme Louise PAULIN ☎ 03 69 55 09 21

Unités d'hospitalisation :

Unité 3006 ☎ 03 88 11 66 52
Unité 3013 ☎ 03 88 11 66 53
Hôpital de jour – CAREST-GREMOPASS
Unité 3018 ☎ 03 88 11 60 10

Adresses emails : prénom.nom@chru-strasbourg.fr

Projet de thèse : Les troubles des conduites alimentaires chez
l'homme.

Notice d'information à destination du patient :

Strasbourg, le / /

Monsieur,

Nous vous sollicitons dans le cadre du projet de recherche sur les troubles du comportement alimentaire chez l'homme, projet soutenu par les Hôpitaux universitaires de Strasbourg. Il s'agit d'un projet de thèse de médecine et plus précisément d'une étude en psychiatrie réalisée par Mme Charlotte GARDON sous la responsabilité scientifique du Dr Myriam RIEGERT (patricien hospitalier aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg).

L'étude porte sur les symptômes que présentent les patients masculins souffrant de trouble du comportement alimentaire, du contexte de vie au moment de l'apparition du trouble mais également sur l'offre et l'accès aux soins.

L'idée de ce projet est née de la tendance à l'augmentation du nombre de demandes de consultations pour des troubles du comportement alimentaire de type anorexie mentale et/ou boulimie chez des hommes. Cependant, il existe encore très peu d'études et donc de données portant sur la population masculine. Une meilleure compréhension du trouble chez l'homme permettrait d'améliorer la formation des professionnels de santé, d'adapter l'offre de soin, mais également de déstigmatiser les patients.

Nous nous adressons à vous car vous êtes pris en charge ou avait été pris en charge par un psychiatre pour un trouble du comportement alimentaire, de type anorexie et/ou boulimie. Nous aimerions vous proposer de participer à deux entretiens d'environ 2 heures chacun. Nos questions porteront sur votre contexte de vie lors de l'apparition des troubles, des symptômes que vous avez présentés, de votre parcours de soins et du vécu associé. Lors des entretiens, nous vous proposerons également trois questionnaires afin d'évaluer le trouble alimentaire lui-même et l'anxiété.

Votre participation à ce programme sera anonyme et les informations recueillies confidentielles et utilisées dans le cadre strict de cette étude. Les résultats finaux pourront vous être communiqués sur simple demande à l'adresse suivante :

Myriam.riegert@chru-strasbourg.fr

Nous nous tenons disponibles pour répondre à toutes vos questions sur cette recherche. N'hésitez pas à nous contacter en utilisant l'adresse électronique ci-dessus. Un échange téléphonique pourra également vous être proposé.

Si vous acceptez de participer à ce programme, Mme Gardon définira avec vous une date selon vos disponibilités afin de réaliser les deux entretiens au

Pôle de Psychiatrie, de Santé Mentale et d'Addictologie

Chef de Pôle
Pr Gilles BERTSCHY
☎ 03.88.11.65.48

Cadre de Santé du Pôle
Mme C. FIRN-HAESSIG
☎ 03.88.11.66.54

Contrôleur de Gestion
Quentin VARREY
☎ 03.69.55.01.20

sein du service de psychiatrie de l'hôpital civil de Strasbourg ou alors par visioconférence, si les soins ne se déroulent pas aux HUS.

Un délai de 8 jours est prévu entre la prise de connaissance du projet avec la lettre d'information, et votre signature de consentement. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, merci de remplir la rubrique « consentement du patient » et de nous l'adresser par mail : myriam.riegert@chru-strasbourg.fr, ou par courrier, Dr Riegert Myriam, Service de psychiatrie II, 1 place de l'hôpital 67 000 STRASBOURG. Une copie du document de consentement vous sera remise.

Nous vous garantissons que votre participation sera totalement anonyme et que ce projet a obtenu une accréditation (projet Unista/CER/2023-42) par le comité d'éthique de la recherche de l'université de Strasbourg

Les données recueillies ne serviront que dans le cadre de cette étude et seront traitées uniquement par le Dr Myriam Riegert et Mme Charlotte Gardon.

Vous avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment sans avoir à donner de justification. Par simple demande par mail vous pouvez demander à accéder à votre dossier, demander à le rectifier ou demander sa suppression.

En espérant une réponse positive de votre part, nous vous remercions de l'attention que vous porterez à notre demande.

Pour toutes informations relatives à ce programme, vous pouvez contacter les responsables à l'adresse suivante : myriam.riegert@chru-strasbourg.fr ; charlotte.gardon@etu.unistra.fr

Dr Myriam Riegert

4. Notice d'information destinée aux professionnels



Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

PÔLE de PSYCHIATRIE, SANTÉ MENTALE
& ADDICTOLOGIE

Strasbourg, le 21/11/2023

SERVICE DE PSYCHIATRIE II

1, place de - B.P. 426
F-67091 STRASBOURG Cedex
☎ : 03 88 11 66 48 Fax : 03 88 11 62 92

Professeur Gilles BERTSCHY

Chef de service ☎ 03 88 11.65.48
Unité d'hospitalisation 3013
Consultations troubles de l'humeur et TDAH

Docteur Jean-Georges ROHMER

Praticien Hospitalier ☎ 03.88.11.64.05
Centre ressource auteurs de violences sexuelles
Consultations

Docteur Vincent FONTAA

Praticien Hospitalier (0,20) ☎ 03.88.11.62.16
Consultation troubles des conduites alimentaires

Docteur Myriam RIEGERT

Praticien Hospitalier ☎ 03.88.11.65.41
Hôpital de jour, Unité d'hospitalisation 3013
Consultation troubles des conduites alimentaires
Centre d'accueil médico-psychologique de
l'Université de Strasbourg (Directrice Médicale)

Docteur Sébastien WEIBEL

Praticien Hospitalier ☎ 03.88.11.51.57
Unité d'hospitalisation 3006
Hôpital de Jour – CAREST- GREMOPASS
Consultation troubles de l'humeur et TDAH

Docteur Jean-Baptiste CAUSIN

Praticien Hospitalier ☎ 03.88.11.51.52
Centre ressource auteurs de violences sexuelles
Centre d'accueil médico-psychologique de
l'Université de Strasbourg

Docteur Elise GAUGLER

Praticien Hospitalier (addictologue) ☎ 03.88.11.52.10
Unité d'hospitalisation 3006 – Consultations

Docteur Pierre Olivier BOUSSUGE

Chef de Clinique-Assistant ☎ 03.88.11.51.68
Unité d'hospitalisation 3013 – Consultations

Praticiens attachés :

- Consultation troubles des conduites
alimentaires : ☎ 03.88.11.66.65

Docteur Elisabeth VUILLEMIN

- Consultation TDAH : ☎ 03.88.11.66.65
Docteur Shams AHMADOVA

Cadres de santé :

Mme Valérie POUSSARDIN – UF Hôpital de jour
M. Arthur MICHON – UF 3006
M. Adel ALALOUT – UF 3013

Psychologues :

Centre ressource auteurs de violences sexuelles
Mme Nolwenn SCHOLLER ☎ 03.88.11.51.07
Hôpital de jour – CAREST-GREMOPASS
Mme Luisa WEINER (PU) ☎ 03.88.11.65.11
M. Olivier PUTOIS (MCU) ☎ 03.88.11.66.56
M. Andreï TUDORACHE (MCU) ☎ 03.88.11.58.58
M. Enzo LACHAUX (PAST) ☎ 03.88.11.51.88
Mme Emilie CHARLES ☎ 03.88.11.81.87
Mme Lucile DOMY ☎ 03.88.11.52.87
M. Valentin DE NICOLA ☎ 03.88.11.53.17
Mme Marie LICAUSI ☎ 03.88.11.53.58
M. Alexis PAQUEREAU ☎ 03.88.11.52.87
Mme Marie. WAGNON ☎ 03.88.11.52.41

Assistante sociale :

Mme Michèle CLAUSS ☎ 03 88 11 66 56
Mme Louise PAULIN ☎ 03 69 55 09 21

Unités d'hospitalisation :

Unité 3006 ☎ 03 88 11 66 52
Unité 3013 ☎ 03 88 11 66 53
Hôpital de jour – CAREST-GREMOPASS
Unité 3018 ☎ 03 88 11 60 10

Adresses emails : prenom.nom@chru-strasbourg.fr

Projet de thèse sur les troubles des conduites alimentaires chez
l'homme

Docteur,

Nous nous permettons de vous contacter afin de vous informer de notre projet de recherche sur les troubles des conduites alimentaires, anorexie mentale et boulimie, chez l'homme.

Il s'agit d'un projet de thèse de médecine et plus précisément d'une étude en psychiatrie réalisée par Mme Charlotte GARDON sous la responsabilité scientifique du Dr Myriam RIEGERT (praticien hospitalier aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg).

Nous avons pour projet de réaliser une étude qualitative nominale construite sur le modèle des études de cas à l'aide d'entretiens semi-structurés. Les entretiens auront pour objectif de préciser la psychopathologie du trouble des conduites alimentaires chez l'homme, d'étudier l'expression symptomatique des conduites anorexiques/boulimiques chez l'homme mais également de faire l'état des lieux des propositions de soins. Notre objectif est d'aboutir à une meilleure compréhension de ces troubles alimentaires chez l'homme afin d'adapter l'offre de soin.

L'inclusion au sein de ce projet de recherche concerne des patients majeurs, actuellement en soin ou ayant été inscrit dans un parcours de soin ces deux dernières années et dont l'état physique n'engage pas le pronostic vital à court terme.

Nous proposerons 2 entretiens semi-dirigés d'environ 2h par patient. Parmi ces 4h d'entretien, nous proposerons également la passation de trois questionnaires (questionnaire EAT, échelle d'anxiété et Hamilton et questionnaire EDA). Les entretiens auront préférentiellement lieu au sein de la clinique psychiatrique à l'hôpital civil de Strasbourg. Cependant, si les patients ne peuvent se déplacer, il est possible de proposer de réaliser les entretiens en visio-consultation. A l'issue du projet, il sera possible de demander à recevoir les résultats de l'étude par mail.

Si vous comptez, parmi votre patientèle, des patients susceptibles de correspondre aux critères d'inclusion vous pouvez les orienter vers ce projet de recherche.

Nous vous joignons la fiche d'information à délivrer aux patients pour leur fournir les informations nécessaires à la compréhension du projet. Pour toutes informations relatives à ce programme, vous pouvez contacter les responsables à l'adresse suivante : myriam.riegert@chru-strasbourg.fr; charlotte.gardon@etu.unistra.fr

En vous priant de croire à l'expression de nos salutations distinguées.

Merci pour votre collaboration.

Dr Myriam RIEGERT
Charlotte GARDON

Pôle de Psychiatrie, de Santé Mentale et d'Addictologie

Chef de Pôle
Pr Gilles BERTSCHY
☎ 03.88.11.65.48

Cadre de Santé du Pôle
Mme C. FIRN-HAESSIG
☎ 03.88.11.66.54

Contrôleur de Gestion
Quentin VARREY
☎ 03.69.55.01.20

6. Questionnaire « *Eating Disorder Inventory – 2* »**Eating Disorder Inventory - 2**

Garner, D.M. (1991). *EDI 2 : Eating Disorder Inventory 2. Professional Manuel*. Psychology Assessment Resources. P.O. Box 998 Odessa Florida 33556 USA.

Les questions portent sur vos attitudes, vos sentiments et votre comportement. Certaines ont trait à la nourriture et à votre comportement alimentaire, et d'autres concernent les sentiments que vous éprouvez à votre sujet. Pour chaque question, décidez si l'affirmation est vraie pour vous...

Toujours, en général, souvent, quelquefois, rarement ou jamais.

et mettez une croix dans la case correspondante. Répondez à toutes les questions en vous assurant que vous avez placé la croix à la bonne place.

1. Je mange des sucreries et des hydrates de carbone sans crainte.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

2. Je trouve mon ventre trop gros.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

3. J'aimerais pouvoir recouvrer la sécurité de mon enfance.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

4. Je mange quand je suis ému(e) / bouleversé(e) / contrarié(e).

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

5. Je me gave de nourriture.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

6. J'aimerais pouvoir être plus jeune.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

7. Je pense à faire un régime alimentaire.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

8. J'ai peur quand mes sentiments sont trop intenses.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

9. Je trouve mes cuisses trop grosses.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

10. Je me sens incapable.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

11. Je me sens extrêmement coupable quand j'ai trop mangé.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

12. Je trouve que mon ventre est juste à la bonne taille.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

13. Seules les performances exceptionnelles sont reconnues dans ma famille.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

14. La période la plus heureuse de la vie, c'est quand on est enfant.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

15. Je montre ouvertement mes sentiments.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

16. Je très peur de prendre du poids.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

17. Je fais confiance aux autres.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

18. Je me sens seul(e) au monde.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

19. Je suis satisfait(e) de la forme de mon corps (de ma silhouette).

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

20. Globalement, j'ai le sentiment de maîtriser les choses, dans ma vie.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

21. J'ai de la difficulté à reconnaître mes émotions.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

22. Je préfère être un adulte, plutôt qu'enfant.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

23. Je peux facilement communiquer avec autrui.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

24. J'aimerais être quelqu'un d'autre.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

25. J'exagère l'importance de mon poids.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

26. Je peux clairement identifier les émotions que je ressens.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

27. Je me sens inadéquat(e).

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

28. J'ai eu des crises de frénésie alimentaire, avec l'impression que je ne pourrais plus jamais m'arrêter.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

29. Enfant, je faisais de grands efforts pour ne pas décevoir mes parents et enseignants.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

30. J'établis des relations assez proches.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

31. J'aime bien la forme de mes fesses.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

32. Je suis préoccupé(e) par le désir d'être plus mince.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

33. Je ne sais pas ce qui se passe en moi.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

34. J'ai de la peine à exprimer mes émotions à autrui.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

35. Les exigences de l'âge adulte sont trop élevés.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

36. Je déteste ne pas être parmi les meilleur(e)s dans tout ce que j'entreprends.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

37. Je me sens sûr(e) de moi.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

38. Je pense à faire des crises de frénésie alimentaire.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

39. Je suis heureux(se) de ne plus être un enfant.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

40. Je ne peux pas savoir clairement si j'ai faim ou non.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

41. J'ai une mauvaise opinion de moi-même.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

42. J'ai le sentiment de pouvoir réaliser mes ambitions.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

43. Mes parents ont attendu de moi que je réalise d'excellentes performances.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

44. J'ai peur de perdre le contrôle de mes sentiments.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

45. Je trouve mes hanches trop larges.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

46. Je mange modérément en présence des autres et me gave après leur départ.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

47. Je me sens bouffi(e) et/ou ballonné(e) après un repas normal.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

48. J'ai l'impression que c'est pendant l'enfance que les gens sont le plus heureux.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

49. Si je prends 500 grammes, j'ai peur de continuer à prendre du poids.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

50. Je me sens quelqu'un de valable.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

51. Quand je suis ému(e), je ne sais plus si je suis triste effrayé(e) ou en colère.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

52. Je trouve que je dois faire les choses à la perfection ou pas du tout.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

53. J'ai l'idée d'essayer de vomir pour perdre du poids.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

54. J'ai besoin de maintenir les autres à une certaine distance (et me sens mal à l'aise si quelqu'un essaye de trop se rapprocher de moi).

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

55. Je trouve mes cuisses juste à la bonne taille.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

56. Je me sens vide intérieurement (émotionnellement).

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

57. Je peux évoquer mes pensées ou mes sentiments personnels.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

58. On vit ses meilleures années quand on devient adulte.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

59. Je trouve mes fesses trop grosses.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

60. J'ai des sentiments que je ne peux pas identifier tout à fait.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

61. Je mange ou bois en cachette.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

62. Je trouve mes hanches juste à la bonne taille.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

63. Mes objectifs sont extrêmement élevés.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

64. Quand je suis ému(e), j'ai peur de me mettre à manger.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

65. Les gens que j'aime vraiment finissent pas me décevoir.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

66. J'ai honte de mes faiblesses humaines.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

67. Les autres diraient que je suis émotionnellement instable.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

68. J'aimerais contrôler totalement les besoins de mon corps.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

69. Je me sens détendu(e) dans la plupart des situations de groupe.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

70. Je dis des choses impulsivement, et le regrette ensuite.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

71. Je me donne beaucoup de mal pour éprouver du plaisir.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

72. Je dois faire attention à ma tendance à abuser de substances telles que des médicaments ou d'autres.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

73. Je suis sociable avec la plupart des gens.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

74. Je me sens piégé(e) dans les relations.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

75. Les privations que je m'impose me renforcent spirituellement.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

76. Les gens comprennent mes vrais problèmes.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

77. Je ne parviens pas à me débarrasser de pensées étranges.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

78. Manger pour le plaisir est un signe de faiblesse morale.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

79. J'ai tendance à faire des éclats de colère ou de rage.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

80. J'ai l'impression que les gens m'accordent l'estime que je mérite.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

81. Je dois faire attention à ma tendance à abuser de l'alcool.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

82. Je crois que se détendre n'est qu'une perte de temps.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

83. On dit que je m'énervais facilement.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

84. J'ai l'impression d'être perdant(e) partout.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

85. J'éprouve d'importantes sautes d'humeur.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

86. Je suis gêné(e) par mes besoins corporels.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

87. Je préférerais rester seul(e) qu'être en compagnie.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

88. La souffrance rend meilleur(e).

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

89. Je sais qu'on m'aime.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

90. Je me sens poussé(e) à faire du mal aux autres ou à moi-même.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

91. J'ai l'impression de vraiment savoir qui je suis.

☐ toujours ☐ en général ☐ souvent ☐ quelquefois ☐ rarement ☐ jamais

Guide de cotation :

91 propositions pour lesquelles le sujet doit répondre en cochant l'un des six degrés suivants : "toujours", "en général", "souvent", "quelquefois", "rarement", "jamais".

Deux sortes d'items existent. Les items directs où « toujours » = 3, « en général » = 2, « souvent » = 1 et « quelquefois, rarement, jamais » = 0. Les items indirects suivis d'un astérisque où « jamais » = 3, « rarement » = 2, « quelquefois » = 1 et « souvent, en général, toujours » = 0.

8 facteurs :

- Recherche de la minceur : 1*, 7, 11, 16, 25, 32, 49
- boulimie : 4, 5, 28, 38, 46, 53, 61
- insatisfaction par rapport à son corps : 2, 9, 12*, 19*, 31*, 45, 55*, 59, 62*
- inefficacité : 10, 18, 20*, 24, 27, 37*, 41, 42*, 50*, 56
- perfectionnisme : 13, 29, 36, 43, 52, 63
- méfiance interpersonnelles : 15*, 17*, 23*, 30*, 34, 54, 57*
- conscience intéroceptive : 8, 21, 26*, 33, 40, 44, 47, 51, 60, 64
- peur de la maturité : 3, 6, 14, 22*, 35, 39*, 48, 58*
- ascétisme : 66, 68, 71*, 75, 78, 82, 86, 88
- contrôle des impulsions : 65, 67, 70, 72, 74, 77, 79, 81, 83, 89, 90
- insécurité sociale : 69*, 73*, 76*, 80*, 84, 87, 89*, 91*

La validation française est en cours (retrouve les 8 premiers facteurs mais pas de données sur les 3 derniers en français).

7. Échelle d'Anxiété d'Hamilton



Échelle d'Anxiété d'Hamilton

Humeur anxieuse: Inquiétude -Attente du pire - Appréhension (anticipation avec peur) – Irritabilité-Consommation de tranquillisants	0 1 2 3 4
Tension: Impossibilité de se détendre -Réaction de sursaut -Pleurs faciles - Tremblements Sensation d'être incapable de rester en place – Fatigabilité.	0 1 2 3 4
Peurs: De mourir brutalement -D'être abandonné - Du noir - Des gens - Des animaux - De la foule -Des grands espaces - Des ascenseurs -Des avions - Des transports ...	0 1 2 3 4
Insomnie: Difficultés d'endormissement - Sommeil interrompu - Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil - Rêves pénibles - Cauchemars –angoisses ou malaises nocturnes.	0 1 2 3 4
Fonctions intellectuelles (cognitives): Difficultés de concentration - Mauvaise mémoire – Recherche ses mots – Fait des erreurs.	0 1 2 3 4
Humeur dépressive: Perte des intérêts - Ne prend plus plaisir à ses passe-temps - Tristesse -Insomnie du matin.	0 1 2 3 4
Symptômes somatiques généraux (musculaires): Douleurs et courbatures -Raideurs musculaires - Sursauts musculaires - Grincements des dents - Contraction de la mâchoire - Voix mal assurée.	0 1 2 3 4
Symptômes somatiques généraux (sensoriels): Sifflements d'oreilles -Vision brouillée - Bouffées de chaleur ou de froid -Sensations de faiblesse - Sensations de fourmis, de picotements.	0 1 2 3 4
Symptômes cardiovasculaires: Tachycardie - Palpitations - Douleurs dans la poitrine - Battements des vaisseaux Sensations syncopales - Extra-systoles.	0 1 2 3 4
Symptômes respiratoires: Oppression, douleur dans la poitrine - Sensations de blocage, d'étouffement - Soupis – Respiration rapide au repos.	0 1 2 3 4
Symptômes gastro-intestinaux: Difficultés pour avaler - Douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, reflux, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "Coliques" abdominales Borborygmes - Diarrhée - Constipation.	0 1 2 3 4
Symptômes génito-urinaires: Règles douloureuses ou anormales - Troubles sexuels (impuissance, frigidité) - Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.	0 1 2 3 4
Symptômes du système nerveux autonome: Bouche sèche - Accès de rougeur -Pâleur -Sueur - Vertiges -Maux de tête -	0 1 2 3 4
Comportement lors de l'entretien: Général : Mal à l'aise - Agitation nerveuse - Tremblement des mains -Front plissé - Faciès tendu - Augmentation du tonus musculaire, Physiologique : Avale sa salive - Eructations - Palpitations au repos – Accélération respiratoire - Réflexe tendineux vifs -Dilatation pupillaire - Battements des paupières.	0 1 2 3 4
TOTAL: (Le seuil admis en général pour une anxiété significative est de 20 sur 56). N'hésitez pas à en discuter avec votre médecin.	

(Ref: Hamilton MC .(1959), «Hamilton anxiety rating scale -HAM A-»).

Parmi les quatorze propositions suivantes, déterminez celles qui correspondent le mieux à votre état en affectant à chaque groupe de symptômes une note entre 0 et 4:

0: Abscent, 1: Léger, 2: Moyen, 3: Fort, 4: Maximal.

8. Questionnaire patient – entretien semi-dirigé

Questionnaire patient – entretien semi-dirigé

- Par quels symptômes ont débuté les troubles ? Dans quel contexte de vie (familial, professionnel, social) ont débuté vos troubles du comportement alimentaire ?
- Comment s'exprime votre trouble du comportement alimentaire ? Quels symptômes, physiques et psychiques rapportez-vous ? Quel impact cela a-t-il sur vos comportements du quotidien ? Quel impact cela a-t-il sur vos relations ?
- De quelle manière êtes-vous entré dans les soins ? Comment s'est déroulé le diagnostic de trouble des conduites alimentaires ?
- Quelle prise en charge vous a été proposée ? Quelles difficultés avez-vous rencontrées lors de votre prise en charge ?
- Pensez-vous avoir été considéré/ traité différemment du fait de votre genre ? Si oui, comment cela s'est exprimé ?
- Y-a-t-il, selon vous, des spécificités aux troubles du comportement alimentaire chez les hommes ? Selon vous, quelles seraient les spécificités à apporter à la prise en charge des TCA chez l'homme ?

9. Questionnaire Patient

Questionnaire Patient :**Age :****Situation familiale :**

- ☐ célibataire
- ☐ en couple (concubinage, pacsé, marié)
- ☐ divorcé
- ☐ veuf
- ☐ autre, veuillez préciser :
- ☐ enfant(s) à charge, si oui combien :

Catégorie socio-professionnelle :

- ☐ étudiant
- ☐ sans emploi
- ☐ salarié
- ☐ indépendant
- ☐ autre, veuillez préciser :

Antécédents médico-chirurgicaux :

-

Antécédents psychiatriques :

-

-

Antécédents psychiatriques familiaux :

-

-

Traitement psychotrope en cours :

- ☐ Non
- ☐ Oui, le(s)quel(s) :

Date d'apparition des troubles :**Date de diagnostic :****Intitulé du diagnostic de TCA posé :****Prise en charge actuel du TCA :**

- ☐ Psychiatre
- ☐ Psychologue
- ☐ Nutritionniste
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Autre, précisé :

10. Retranscription de l'entretien du participant 9

Première question : Par quels symptômes ont débuté les troubles ? Dans quel contexte de vie (familial, professionnel, social) ont débuté vos troubles du comportement alimentaire ?

Je pense que cela fait plusieurs années, il n'y a pas une année spécifique. Je pense qu'il y a une année où ça a commencé à être un peu dangereux. Mais je pense que 2017 serait l'année où je pense que c'est à partir de là que ça a vraiment commencé à être à la descente. En gros, en 2017, j'étais au lycée. J'étais en seconde. Et cette année-là, j'ai pris beaucoup de poids. J'ai toujours été en surpoids, mais cette année-là, j'ai pris beaucoup de poids. J'ai atteint les 114 kilos. J'étais arrivé à un niveau où je ne me plaisais plus. Enfin, je ne pouvais plus me voir. Enfin, je ne me supportais plus. Et du coup, cette année-là, j'avais décidé de me prendre en main, sans trop savoir comment. On est jeune, donc on ne sait jamais. J'étais allé voir mon médecin traitant et j'ai demandé si je pouvais avoir une prescription pour aller à la salle de sport. Il m'a dit oui. En fait, 114 kilos, si on continue comme ça, ça peut être dangereux. Ça m'a fait un peu peur. J'y suis allé. Je n'ai pas eu de suivi, ni psychologique, ni diététique. Donc, j'ai été un peu livré à moi-même. Ma mère essayait de m'aider comme elle pouvait pour mon régime. Ce n'était pas du tout encadré, donc je ne savais pas vraiment comment faire. J'ai perdu du poids. Il y a eu le confinement qui est arrivé. Je ne l'ai pas fait chez moi. Je l'ai fait chez ma copine. Et c'est un peu là où j'ai découvert l'équilibre alimentaire. Se faire plaisir, manger de tout. Parce que je ne mangeais pas de légumes. Je ne mangeais quasiment rien. Donc, c'était aussi difficile de perdre du poids quand on ne mange pas de tout. Et donc, c'est un peu là où j'ai appris qu'on peut se faire plaisir tout en faisant attention. Sauf que moi, j'ai pris ça un peu trop à la lettre. Je me suis dit, c'est bien. Tu as trouvé maintenant des aliments qui permettent de perdre du poids. J'étais un peu dans une phase où je stagnais. Je ne savais plus trop où j'en étais dans la perte de poids. Et je me suis dit, maintenant, tu manges des légumes. C'est un peu l'aliment, soi-disant, qui aide à perdre du poids. Donc, j'ai commencé à supprimer de plus en plus d'aliments. Et en 2021, c'était vraiment l'année où j'ai commencé à supprimer de plus en plus de choses. Et je pense que c'est là où je me suis dit, là, il y a de la restriction. C'est vraiment l'année où je me suis rendu compte que la restriction, puis même la peur de manger des aliments. Il y a certains aliments qui sont mauvais pour moi. Il faut que je privilégie ceux-ci, ceux-là. Mais je ne me disais pas vraiment que ça n'allait pas. Même si on commençait un peu à s'inquiéter. Fin d'année 2021, j'ai perdu mon père. Donc, ça a été, je pense, un élément qui n'a pas non plus aidé à remonter un peu la pente et à m'en sortir. Et les années ont suivi. J'ai laissé ça traîner de plus en plus. Et puis, en fait, le problème, c'est que la restriction était devenue pour moi un peu un mode de vie normal. Je restais vraiment dans mes habitudes. J'imposais mes habitudes. Donc, c'était vraiment une perte de poids qui a entraîné cette quête. C'est un peu une quête du corps que je voulais, que je n'ai jamais réussi à avoir, entre guillemets. Et je n'ai jamais trop su comment faire pour avoir le corps que je

voulais avoir. Et je pense que c'était un désordre complet dans ma tête. J'étais dans les deux extrêmes, du coup. Je n'ai jamais réussi à trouver l'équilibre sur tout ça. J'essayais de faire du sport, mais ce n'était pas non plus mon grand kiff. Donc, le problème, c'est que c'était vraiment quelque chose qui me contraignait. C'était surtout, il faut que tu perdes du poids, donc il faut que tu fasses du sport. Ce n'était pas, je veux faire du sport parce que ça me plaît. À part le vélo, c'était vraiment le seul truc où je prenais du plaisir. C'était du sport pour m'aigrir. Ce n'était pas sain du tout. Je pense que si je ne m'étais pas mis une barrière, je pense que c'était peut-être la mort qui m'aurait mis une barrière. Ou juste faire un malaise ou tomber dans le coma. En 2022, l'année qui a suivi le décès de mon père, j'ai atteint 48 kilos. J'étais sous la couette, dans le froid, à plus de 30 degrés. Mais j'étais encore dans une phase où j'étais un peu dans le déni. Ça ne va pas, mais je m'en fous. Je ne veux pas guérir. En 2023, j'étais encore dans une période où j'avais essayé de prendre un peu de poids pour assurer les études, le boulot, tout ça. Mais je n'ai pas accepté la reprise de poids. Donc, j'ai vite rechuté jusqu'à cette année où je me suis dit non, là, je ne peux plus

Comment cela s'est passé avec votre compagne au fil des années ?

Au début, elle était vachement patiente. Elle a toujours été patiente, mais au début, très, très patiente, dans la compréhension. Enfin, vraiment un soutien jusqu'au bout, jusqu'à maintenant. Mais bon, ça devient compliqué de vivre à deux avec ça. Le côté social était vachement impacté, on ne sortait plus. On ne pouvait plus rien faire parce que même juste sortir, ça m'épuisait. Il n'y avait plus de plaisir. Je passais des heures à réfléchir, à me poser des questions, trop dans mes pensées, à être fatigué. Donc, il n'y avait plus vraiment de partage. On était un peu deux colocataires. Elle voulait essayer de me comprendre, mais ne comprenait pas forcément. On en a discuté cette année. On s'est dit, oui, il faut qu'on fasse quelque chose. On ne voulait pas en venir à se laisser pour ça. On est ensemble depuis 2018. Donc, elle m'a connu pendant ma période où j'étais en obésité. En 2017, je suis tombé très vite amoureux d'elle. Mais j'étais encore en surpoids. Donc, je me disais, dans ces conditions, on ne peut pas plaire à une fille comme ça. Après, on est restés un an et demi très proches avant de se mettre ensemble. Mais il y avait quand même cette phase où même moi, je ne me faisais pas confiance. Je me disais que je ne pourrais pas lui plaire. Je voyais un peu notre relation comme quelque chose que j'idéalisais, que je n'aurais jamais pu avoir. Et au final, on est ensemble. Mais non, dans ce corps (en surpoids), je ne pense pas que j'aurais pu être avec elle. En 2018, je n'étais pas encore... J'avais peut-être déjà perdu 20, 30 kilos. Mais il y avait encore des restes. Et je n'étais pas non plus maigre. Mais ça ne la dérangeait pas. On s'est mis comme ça ensemble. Et les complexes que j'avais ne lui posaient pas de souci. Elle me l'a toujours dit. C'était surtout un complexe de moi à moi. C'est sûr que maintenant, j'ai repris presque 10 kilos. Moi, des fois, j'ai encore du mal. Mais elle me dit « Je préfère te voir comme ça que quand tu étais malade ». Forcément, avec les traits du visage tirés, le visage blanc,

fatigué. Un corps qui ne peut même pas bouger, c'est sûr. Mais même dans ma phase où j'étais au plus bas, elle n'a jamais eu une mauvaise image de moi, en tout cas. Donc, ça m'aidait aussi. Mais bon, elle me faisait aussi comprendre que ce n'était pas bon. Que je ne pouvais pas rester comme ça. Il n'y a jamais eu cette phase de « tu ne me plais pas » ou « tu ne me plais plus ». Donc ça a été un pilier pour moi. Je ne sais pas si j'aurais pu faire tout ça sans elle. En début d'année, on a trouvé notre médecin traitant. C'est elle qui, avant que j'aïlle, moi, au rendez-vous, lui a dit « essayez de l'aider, de le faire parler un peu, parce que ça ne va pas ». On a longtemps discuté. Beaucoup de patience. Forcément, des hauts et des bas. Mais on s'est toujours soutenus.

Et au niveau scolaire/professionnel ?

Alors, actuellement, je travaille dans une étude de notaire. De base, j'avais fait une année en sociologie. Ça ne m'avait pas plu, donc je suis parti sur du notariat. Ça, au final, ça me plaît. J'ai longtemps refusé de m'arrêter. Les deux mois avant l'hospitalisation, donc la période de mai-juin, je me battais avec mon médecin pour ne pas être en arrêt. Je ne voulais pas. Et puis après, c'est moi qui ai demandé, je n'arrivais plus à travailler, à assurer une vie normale, entre guillemets, et à essayer de guérir. Pour moi, ce n'était plus compatible. Donc, je me suis arrêté. Et je suis encore arrêté. C'était réfléchi avec mes employeurs. On s'était dit que tant que ça ne va pas, la santé, ça passera en premier.

Au niveau amical/social ?

C'est une priorité aujourd'hui, c'est ma priorité. Avec les troubles, ça s'est dégradé. J'avais de gros soucis. C'est que même avant le trouble mental, j'étais quelqu'un qui avait beaucoup de mal à aller vers les autres. J'étais souvent solitaire. Disons que seul, je m'occupais suffisamment. Je n'avais pas forcément besoin de beaucoup de contacts. Mais c'est vrai qu'avec le lycée, c'est de nouvelles perspectives. On rencontre plein de nouvelles personnes. J'avais un bon groupe d'amis au lycée. Puis après, avec la suite des études supérieures, c'est là que les troubles sont apparus. Donc, on a perdu le contact. J'en ai encore quelques-uns avec qui je parle, mais sans forcément se voir. J'essaie de renouer tout doucement le contact. Il y a quelques mois, je suis allé à un anniversaire. Donc, j'essaie quand même de renouer ce contact. C'est vrai que j'ai perdu beaucoup d'amis. Souvent avec mes amis, quand on se voyait, c'était aller manger quelque part. C'était souvent l'occasion de se voir. On se disait, bon, on va se faire un truc, un resto. Jusqu'à fin 2020, j'arrivais encore à le faire. Et 2021, c'est vraiment l'année où j'ai arrêté. Les restos que je faisais, c'était avec ma copine. Une fois par semaine max. Mais là, par exemple, cette année, on est arrivés à un stade où on ne voulait plus. Et même elle avait dit « on n'y va plus ». Parce que ça ne se finissait jamais bien. C'était l'angoisse avant, l'angoisse pendant, l'angoisse et le mal-être physique après. Je n'étais pas bien. L'angoisse de ne pas choisir ce que je mange. De se dire, est-ce que je vais choisir ce que je

veux ? Est-ce que je vais oser prendre ça ? Est-ce que je vais le digérer ? On se disait, pour l'instant, on met ça de côté, ça ne sert à rien.

Par rapport à votre mère ?

Alors, ma mère, quand j'ai perdu du poids, elle a essayé de m'aider comme elle pouvait. Malheureusement, pas de la meilleure des façons, puisqu'elle non plus, comme moi, n'était pas du tout informée de comment faire. Chez moi, l'équilibre alimentaire, ce n'était pas du tout ça. J'étais dans une famille où il y avait n'importe quoi, beaucoup de n'importe quoi, sans trop de limites, on n'arrêtait pas forcément. On faisait ce qu'on voulait, quand on voulait. Donc, le problème, c'est qu'elle m'aidait, mais ce n'était pas très encadré. Je sais que mon père a une tendance à facilement prendre du poids. Mon frère aussi, mais ça va, comme il fait un métier assez physique, il n'est pas vraiment en surpoids. Mais c'est moi vraiment qui étais un peu le petit gros de la famille, entre guillemets. Celui qui mange bien. Mais qui est compliqué. Qui mange des trucs caloriques, pas très sains. Après, elle était inquiète, peut-être, de me voir fatigué, pas bien. Mais elle n'a pas eu de moment où elle m'a vraiment dit « Bon, maintenant, il faut que tu fasses quelque chose ». C'était plus, même des fois « tu peux être fier de toi, de ce que tu as fait. Regarde tout le poids que tu as perdu ». Le problème, c'est que je n'étais pas fier de me dire que je suis à ce stade où je suis en train de me pourrir le corps. Donc, non, je ne peux pas être fier de ça. Oui, je peux être fier d'avoir voulu me prendre en main. Ce que j'en ai fait, je ne peux pas en être fier. Chez moi, le côté psychologique, c'est plus compliqué à comprendre. Je suis peut-être le seul de ma famille qui voit aujourd'hui des psychologues. Donc, c'est plus le fait de dire « Bon, ben, tu prends du poids, tu en perds. », c'est bien, ce n'est pas bien, mais pas tout ce qu'il y a derrière. C'est-à-dire que ce n'est pas parce que je prends du poids que tout est guéri, que je me suis sorti, que maintenant, tout va bien, que je n'ai plus peur. Donc, une fois, elle m'a dit « Je ne comprends pas pourquoi ça ne va pas ». Alors que je venais de perdre mon père, je faisais 48 kilos. J'ai des examens à la fin de l'année. C'est pour ça, c'était compliqué. Mais après, je comprends, c'est une maladie qui est tellement compliquée à comprendre. Donc, même moi, encore des fois, je ne comprends pas. Donc, c'est pour ça, je ne peux pas en vouloir à quelqu'un de ne pas comprendre. C'est hyper compliqué.

Deuxième question : Comment s'exprime votre trouble du comportement alimentaire ? Quels symptômes, physiques et psychiques rapportez-vous ? Quel impact cela a-t-il sur vos comportements du quotidien ? Quel impact cela a-t-il sur vos relations ?

Alors, en ce moment, il y a beaucoup de positifs quand même. Encore tout à l'heure, j'en discutais avec ma copine. J'ai toujours eu beaucoup de mal à voir le positif dans ce que je fais et l'évolution. Et je vois souvent ce qui n'est pas bien. Disons que j'ai tendance à pointer beaucoup ce qui ne va pas au détriment de tout ce qui est mieux. Et ensemble, on fait souvent

le point sur justement ce qui va mieux. En symptômes, peut-être aujourd'hui, c'est la fatigue que j'ai beaucoup. Parce que la renutrition, c'est hyper fatigant. Devoir manger ce qu'on doit manger normalement et plus encore, c'est compliqué. Puis, il faut faire ses courses, faire à manger. Il faut apprendre à manger. Il faut manger. Ça aussi, ça fatigue beaucoup. Par moments, il y a des petits inconforts digestifs. Parce que comme on mange plus, avec un corps qui n'est pas habitué, ça peut être inconfortable. Psychiquement, c'est peut-être encore les craintes. J'ai encore du mal à faire partir certains a priori. Mais ce qui est différent, c'est que maintenant, j'arrive à avoir ce recul, à me dire que j'ai cet a priori. Puis, surtout, de me dire : « jusqu'à maintenant, tu as réagi comme ça, tu sais que ce comportement n'est pas bon pour toi ». Donc, surtout, même s'il y a la peur qui est là, réussir à passer au-dessus. Ça, je continue à me forcer, mais vraiment à me discipliner, entre guillemets, pour le moment. Je vois beaucoup plus de personnes. On a quasiment tous nos week-ends maintenant qui sont assez remplis. On fait des choses. Justement, maintenant, je n'ai jamais eu autant de monde en si peu de temps. On sort, on va au resto, je vois ma famille. On vit un peu au jour le jour. Il n'y a plus toute cette phase où tout devait être anticipé au millimètre près. Il y a plus de lâcher-prise, moins d'anxiété. Donc, il y a quand même du positif. C'est mieux.

Vous parliez d'a priori ?

Par exemple, le sucre. Je pense que dans ma guérison, ce sera le plus gros point à traiter par rapport à l'alimentation. C'est le sucre. J'ai toujours eu du mal avec ça. Par exemple, je vais manger un dessert sucré, je vais me dire, jusqu'à la fin de la semaine, tu n'en mangeras plus. C'est un peu ce que je faisais avant, mais ce que je ne dois plus faire. C'est pour ça qu'il y a encore un peu comme le démon, mais on essaie un peu de le laisser derrière. Avant, ces pensées-là, je les avais et je les suivais. Maintenant, j'essaie de dire que je les ai, mais comment je fais pour les contrer ? La prise de poids, au début, j'avais une crainte. On l'avait tous les deux parce qu'elle me connaît bien. Quand j'ai commencé l'hospitalisation, j'étais à 54 kilos. Et on s'était dit, jusqu'à mes 60 kilos, ça ira. Je me disais « ouais, c'est bien, ça monte, je suis content ». Et on se disait, comment ça se passera à la barre des 60 ? Et finalement, ça va. Enfin, je l'accepte. Et je pense que ce qui change dans l'acceptation de la prise de poids, c'est parce qu'il y a le côté psychologique qui est traité avec. Avant, je prenais 400 grammes. Je faisais tout pour le reperdre directement. Et dès que je prenais même 300 grammes, je me disais « tu as tout pris dans le ventre, dans le visage ». Donc, il y a aussi tout le travail avec le rapport au corps qui aide à accepter la reprise de poids. Je pense que c'est plus simple. Même si ce n'est pas toujours facile. Il y a des jours où je ne supporte pas ce que je vois dans la glace. Il y a des jours où ça va. Et c'est là où c'est différent. C'est qu'il y a des jours où ça va. Avant, ce n'était jamais. C'est pour ça, je pense que vraiment, le fait d'être aidé sur le côté psychologique, je pense que ça aide. Il n'y a pas que l'aspect manger. Parce que manger, c'est

manger. Même ma mère, des fois, elle me disait « ne te poses pas de questions, mange, profite ». Si ce n'était que ça, j'en serais déjà sorti depuis longtemps. Je n'aurais jamais eu tout ça.

Troisième question : De quelle manière êtes-vous entré dans les soins ? Comment s'est déroulé le diagnostic de trouble des conduites alimentaires ?

Il y a toute une période où c'était un déni complet. Oui. Où pour moi, tout allait. Il n'y avait rien du tout. Alors que je le savais. Enfin, je savais que ça n'allait pas, mais je ne voulais pas accepter que ça n'allait pas. Et justement, il y a un an de ça, on parlait d'hospitalisation avec ma copine. Je disais, non, c'est mort. Je n'en veux pas. Souvent, elle me faisait des signes d'alarme : « ça ne va pas, il faut que tu prennes en main ». Je n'étais pas suivi. Toute l'année 2023, je n'étais pas suivi. Je n'ai vu aucun médecin. Peut-être un diététicien dans l'année, mais je n'ai pas trop suivi ce qu'il m'a dit. Forcément, on reste dans la maladie, donc on se dit que ce qu'il dit, c'est n'importe quoi, qu'on sait comment faire. Et c'est cette année, au début de l'année, que (moi et ma copine) avons trouvé un médecin traitant. Et nous avons rendez-vous le même jour. Elle l'avait le matin et moi l'après-midi. Et du coup, c'est le matin où, quand elle l'a vu, elle a dit : « cet après-midi, vous aurez mon copain qui vient et ça ne va pas. Et si vous pouvez, essayez de le faire parler pour l'aider ». Et du coup, c'est avec mon médecin traitant qu'on a commencé un peu à discuter. Au début, je lui avais fait part que je me sentais fatigué, que j'étais un peu stressé. Donc, j'étais un peu sur une phase où j'avais un peu de stress. J'ai eu des anxiolytiques pendant quelques mois. Je suis parti en vacances. Je me suis dit, peut-être que ça suffira, les vacances. Un petit traitement pour se calmer. Pas du tout. Donc, jusqu'à juin, j'étais encore un peu entre deux. Je ne voulais pas m'arrêter. Je voyais que ça commençait à vraiment être de pire en pire. Je commençais à être fatigué. Ma tension était vraiment basse. On parlait du poids. Des fois, je perdais un kilo en une semaine. Donc, en juin, j'ai été arrêté une semaine. J'ai repris après le boulot. Et j'étais encore plus fatigué qu'avant d'être en arrêt. Donc, là, je commençais à me dire que ce n'était plus possible. Et du coup, un soir, on discutait avec ma copine et j'ai évoqué l'idée de peut-être demander au médecin d'aller à l'hôpital. Donc, le lendemain, nous sommes allés au rendez-vous. Et je lui en ai parlé. Cette année-là, j'avais aussi essayé un psychologue, j'ai fait deux ou trois séances mais ça ne marchait pas. Donc, j'avais aussi abandonné le suivi. Et du coup, je lui ai dit, si je dois m'arrêter, je m'arrête, mais je vais à l'hôpital. Donc, elle a fait un mail au NHC. Et dans la foulée, un mois après, j'ai eu un rendez-vous avec un psychiatre et j'ai été admis en hospitalisation quelques temps après. C'est le psychiatre qui a posé le diagnostic. La généraliste était inquiète quand même. C'est pour ça qu'elle me disait souvent de revenir toutes les semaines. Il y a une période où je la voyais vraiment beaucoup. Mais au bout d'un moment, nous étions tous démunis. Nous ne savions plus quoi faire. Elle n'a pas évoqué le terme de trouble du comportement alimentaire. Après, forcément, c'est quelque chose qu'on voit beaucoup sur les réseaux, partout. Et plus je voyais des choses, je lisais beaucoup de choses et je m'y retrouvais quand même beaucoup. Mais le problème, c'est que moi, je n'avais pas de diagnostic. Je n'avais pas vu de médecin. Personne ne m'avait vraiment mis face à la réalité des choses. Donc, j'avais encore peut-être cette difficulté à me dire que je souffrais d'anorexie. Et c'est pour ça, je pense qu'à partir du

moment où j'ai eu ce cadre de soins, ça m'a peut-être aussi aidé à prendre conscience que ça n'allait pas. On a besoin de se l'entendre dire. Après, on n'est pas toujours prêt à l'entendre, mais il faudra que ça soit dit. Je pense que je n'étais aussi pas prêt forcément à l'entendre. Mais là, c'était une phase où c'était ma volonté. C'était moi, personne ne m'a contraint. Personne ne m'a dit de le faire.

Quatrième question : Quelle prise en charge vous a été proposée ? Quelles difficultés avez-vous rencontrées lors de votre prise en charge ?

Lors de l'hospitalisation, j'ai pu aller en kinésithérapie et en ergothérapie. Il y avait aussi un groupe de parole avec un psychologue, un atelier avec la diététicienne et un groupe sur la gestion des émotions que je suis encore en train de suivre actuellement, jusqu'à fin novembre, le groupe ACT. J'avais demandé à ce qu'il soit possible que je ne sois pas sous traitement médicamenteux. Je voulais voir si juste le fait de me reposer et de reprendre du poids suffisait, en fait, des fois. J'ai juste eu le traitement classique pour la reprise de poids, enfin pour le côté un peu métabolique. Au début, je pense que le plus dur, c'était le fait d'être éloigné, d'être un peu loin de tout, d'être coupé du jour au lendemain. Et donc, arrêter complètement et dire « bon, ben, voilà, maintenant tu es face à toi et à tes troubles ». Il fallait déjà un peu changer les habitudes, changer tout, tout ce que j'avais mis en place depuis des années, prendre conscience que ce que je fais, ce n'est pas ce que je dois faire. Donc, c'est un peu dur au début à digérer. Après, j'étais assez coopératif. Je savais que j'étais là pour moi et pour aller mieux, donc je ne voulais pas mettre de contraintes dans les soins. J'ai fait ce qu'on me demandait de faire. Je l'ai fait aussi quand je me sentais de le faire, je ne me suis jamais forcé à faire quoi que ce soit. Ça a été difficile quand justement j'étais dans une phase où je commençais moi à aller de l'avant, à me poser moins de questions et à avoir d'autres personnes autour de moi qui arrivaient justement à l'hôpital et qui étaient vraiment dans des phases compliquées. Par exemple, quelqu'un qui dit « ah bah j'ai mangé de l'ananas, j'ai fait un excès », alors qu'à côté, moi, je finissais mon plateau complètement, j'avais tout mangé. Je me disais non, je ne peux plus entendre ça, je ne peux plus entendre toutes ces remarques que j'ai pu aussi avoir. Je voyais que ça devenait même plutôt néfaste pour moi. C'est bien de pouvoir l'identifier aussi. Mais au début, ça me faisait du bien, je me disais je suis encadré, je suis entouré de personnes qui comprennent ce que je vis, donc je peux avoir des peurs, mais au bout d'un moment, je ne pouvais plus entendre certaines remarques. Et puis surtout, l'hôpital, ce n'est pas la vraie vie. Si je reste à l'hôpital, bah oui d'accord, mais il faut aussi que je me confronte à la réalité, me faire à manger, sortir, voir des gens, donc il fallait aussi que je voie un peu comment ça se passe dehors. J'ai eu la chance de passer par le médecin traitant, parce que je pense que je ne savais même pas que tout ce que j'ai fait là était possible. Je ne pensais même pas que c'était possible d'être dans une unité spécialisée, d'être suivi à temps plein, je ne pensais pas que ça existait. Donc j'ai eu quand même cette chance de me dire que mon médecin m'a orienté, il savait qu'il y avait ça. Elle m'a dit, au NHC, je sais qu'ils ont quelque chose, je vais me renseigner. Tant mieux, parce que je ne savais même pas. Donc si je n'avais même pas juste

demandé à mon médecin traitant, peut-être que je n'aurais même pas su. Elle a été impliquée et réactive. Un peu en mode « je vous promets que vous allez être pris en charge ». Elle s'est vraiment donnée pour ça, elle a été géniale. Alors c'est dommage, elle est partie maintenant, elle a changé de ville. Mais elle était là au bon moment, au final. Je ne pensais pas que c'était possible d'avoir tout ça. Mais c'est pour ça que j'ai quand même eu cette chance.

Cinquième question : Pensez-vous avoir été considéré/ traité différemment du fait de votre genre ? Si oui, comment cela s'est exprimé ?

Pas du tout. Je n'avais vraiment pas du tout ce sentiment. Enfin, c'est quand même plus rare d'avoir des cas diagnostiqués masculins, mais je ne me suis pas dit une seule fois : « comme t'es pas une fille, tu rentres moins dans la catégorie normale de la prise en charge ». On m'a vraiment bien traité. Non, j'étais comme un patient atteint comme les autres. Moi, j'avais ces visions : l'anorexie, c'est pour les jeunes filles, c'est elles qui sont les mieux traitées... Alors que non, pas du tout. J'étais toujours bien traité.

Sixième question : Y-a-t-il, selon vous, des spécificités aux troubles du comportement alimentaire chez les hommes ? Selon vous, quelles seraient les spécificités à apporter à la prise en charge des TCA chez l'homme ?

Je ne sais pas si c'est vraiment la même. En tout cas, sur tout ce qui est les répercussions physiques, c'est sûr que ce n'est pas pareil. On n'a pas ces règles, donc c'est sûr, mais... J'ai un peu l'impression que les conséquences sont peut-être plus graves chez les femmes, ou juste peut-être plus perceptibles. Je ne sais pas trop. C'est difficile de répondre à la question, parce que... Le problème, c'est que je pense que l'anorexie, comme c'est mental, c'est propre à chacun, je pense. Chacun a ses causes. Pendant les groupes de parole je me retrouvais sensiblement dans ce qui était dit par les autres participantes. Plus sur tout ce qui était les comportements, les façons d'être, de réagir... En fait, simplement, c'est que j'ai l'impression que le cheminement de l'apparition de l'anorexie sont un peu différents, c'est propre à chacun, mais toutes les répercussions dans les attitudes, les comportements, c'est assez similaire. C'est ça qui est troublant, c'est qu'en écoutant les autres, on se dit « je fais la même, je pense la même ».

Le fait d'être le seul homme dans un groupe de parole où il n'y a que des femmes, ça vous aurait dérangé ?

Non. Non, ça ne me dérangerait pas. Justement, après, je me disais que ça peut être bien, ça peut permettre de voir que ça ne touche pas que des femmes. En fait, c'est surtout de me dire que c'est une maladie où il y a beaucoup de clichés. Donc, ce n'est pas une maladie qui touche que des jeunes filles. C'est sûr que ça fait un peu bizarre de dire « je suis là, j'ai 23 ans, je suis un gars, je suis un homme, je me retrouve autour de quasiment que des jeunes femmes ». Mais, non, je ne me suis pas senti mal. J'étais surtout là à vouloir aider, à tirer un peu tout le monde vers le haut. Je n'étais pas là à me dire qu'il y a des filles, qu'il y a des garçons... On est des patients, c'est tout ça, en fait. On est des patients qui ont besoin d'aide, juste. Il n'y avait pas de distinction spécifique.

Pour vous, qu'est-ce que c'est que l'idéal masculin ?

Forcément, pour moi, être un homme, c'est déjà ce que j'ai toujours voulu avoir : un corps bien, un ventre plat, pas trop musclé. Le corps qu'on aimerait avoir, vraiment... C'est un idéal, entre guillemets, que je n'ai jamais réussi à atteindre, au final. Et c'est peut-être ça aussi qui est compliqué : c'est de ne pas réussir à avoir un corps qui me plaît. Mentalement, il faut aussi gérer. Pas trop se laisser abattre. Je suis un homme, il faut aussi que je sois là pour ma compagne. Il faut que je sois suffisamment solide pour qu'elle aussi puisse avoir des moments où ça ne va pas. Ne pas toujours se dire que c'est à elle d'assumer le couple ou d'assumer la charge mentale. Mentalement, aussi, je pense qu'un homme doit être quelqu'un qui est ouvert d'esprit, quelqu'un qui communique. La communication, c'est quelque chose d'important pour moi, je pense. Quelqu'un qui écoute et qui est disponible. Mais après ça, je pense que ça touche aussi une femme, au final, donc... Au début de ma relation, je n'étais pas du tout dans ça, dans la communication. Moi, je me braquais vite... Les choses qui ne me plaisaient pas, je faisais la tête... Et justement, ce sont des choses où j'ai appris à communiquer, à dire ce que je pense. Je suis heureux d'avoir un avis. Que ce n'est pas parce que je donne mon avis que ça fait de moi quelqu'un de moins bien. Voilà, c'est aussi oser prendre sa place. Ouais, un homme, c'est quelqu'un qui prend la place qu'il doit avoir, sans trop non plus s'imposer, mais sans s'effacer. Je pense que j'ai eu tendance à m'effacer.

11. Bibliographie

1. La journée du 2 juin - Journée mondiale des TCA [Internet]. Disponible sur : <https://www.journeemondialetca.fr/la-journee-du-2-juin>
2. Lamas, Shankland, Nicolas, Guelfi. Historique : les troubles des conduites alimentaires au fil des siècles. Dans : Les troubles du comportement alimentaire. Elsevier Masson. 2012. p. 3-10. (Médecine et Psychothérapie).
3. Darmon M. Devenir anorexique, une approche sociologique. La découverte, Paris, 2003.
4. Charoy C. L'anorexie mentale masculine : une anorexie comme les autres ? Thèse de médecine. Université de Nantes. 2008. 239p.
5. Bruch H. Les yeux et le ventre. Payot, Paris, 1975.
6. Zhang C. What can we learn from the history of male anorexia nervosa? J Eat Disord. 31 déc 2014 ;2 :138.
7. Miléna Morel-Portelette. Anorexie mentale masculine : revue de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02558684
8. Langdon-Brown W. Anorexia nervosa: a discussion. London. The C. W. Daniel Company. 1931.
9. Bruch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. Psychosomatic Medicine. mars 1962;187-94.
10. SCOTT D.W.: Anorexia nervosa in the male: a review of clinical, epidemiological and biological findings. International Journal of eating Disorders, Vol.5, 799-819 (1986).
11. FFAB - A propos des chiffres concernant les TCA juin 2022.pdf [Internet]. Disponible sur : [https://www.ffab.fr/images/mesimages/journeemondialetca/FFAB-A propos des chiffres concernant les TCA juin 2022.pdf](https://www.ffab.fr/images/mesimages/journeemondialetca/FFAB-A%20propos%20des%20chiffres%20concernant%20les%20TCA%20juin%202022.pdf)
12. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavoracci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. The American Journal of Clinical Nutrition. 1 mai 2019;109(5):1402-13.
13. Sweeting H, Walker L, MacLean A, Patterson C, Räisänen U, Hunt K. Prevalence of

eating disorders in males: a review of rates reported in academic research and UK mass media. *Int J Mens Health*. 2015 ;14(2) :10.3149/jmh.1402.86.

14. Borza M. Trouble des conduites alimentaires chez le garçon à l'adolescence : symptôme ou syndrome ? : à partir de 8 cas cliniques. Thèse de médecine. Université de Caen. 2018. 83p.

15. Le Grange D, Swanson SA, Crow SJ, Merikangas KR. Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population. *Int J Eat Disord*. juill 2012 ;45(5) :711-8.

16. Saoudi H, Guillaume S, Huas C, Godart N. Préventions primaire et secondaire des troubles des conduites alimentaires : quels éléments de preuve et dans quelles directions aller ?FFAB[Enligne].<https://www.ffab.fr/images/pdf/RapportFFABpreventionsprimaireetsecondairedesTCA.pdf>

17. Dalem I, Piccinin B, Lerminiaux D, Ansseau M. L'anorexie mentale du garçon. *Anorexia Nervosa in Boys*. déc 2000 ;55(12).

18. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. juill 2006;19(4):389-94.

19. Lindvall Dahlgren C, Wisting L, Rø Ø. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *J Eat Disord*. 28 déc 2017;5(1):56.

20. Nagl M, Jacobi C, Paul M, Beesdo-Baum K, Höfler M, Lieb R, et al. Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. août 2016 ;25(8) :903-18.

21. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022 ;27(1) :281-95.

22. Nathalie Godart. Chapitre 20 : Troubles des conduites alimentaires. Sous-chapitre 20.2: Épidémiologie. Dans : Manuel de Psychiatrie - 4édition. 2021. p. 497-503.

23. Woodside DB, Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Kaplan AS, Goldbloom DS, et al. Comparisons of Men with Full or Partial Eating Disorders, Men Without Eating Disorders, and Women with Eating Disorders in the Community. *AJP*. avr 2001 ;158(4) :570-4.

24. Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale [Internet]. Disponible sur :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201009/argu_anorexie_mentale.pdf

25. Comparisons of Men with Full or Partial Eating Disorders, Men Without Eating Disorders, and Women with Eating Disorders in the Community [Internet]. Disponible sur : <https://psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.ajp.158.4.570>

26. Haute Autorité de santé - Boulimie et hyperphagie boulimique : Repérage et éléments généraux de prise en charge. 2015 [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/rbp_cadrage_boulimie_mel.pdf

27. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Linna MS, Raevuori A, Sihvola E, Bulik CM, et al. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychol Med.* mai 2009 ;39(5) :823-31.

28. Référentiel psychiatrie - chapitre 69 [Internet]. Disponible sur : <https://www.cunea.fr/sites/default/files/ecn69.pdf>

29. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr Psychiatry Rep.* 1 août 2012;14(4):406-14.

30. Steinhausen HC. Outcome of Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America.* 1 janv 2009 ;18(1) :225-42.

31. Mental disorders [Internet]. Disponible sur : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

32. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2015.

33. Inserm [Internet]- Anorexie mentale. Inserm, La science pour la santé. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/dossier/anorexie-mentale/>

34. Jeammet P. Chapitre 19 - Troubles des conduites alimentaires. In: Guelfi JD, Rouillon F, éditeurs. Manuel de psychiatrie (Deuxième Édition) [Internet]. Paris : Elsevier Masson ; 2012 Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294711572000194>

35. CIM 10 [Internet]. Disponible sur : <https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3963/cim-10fr-2021.pdf>

36. HAS - Recommandations de bonne pratique. Anorexie mentale : prise en charge. 2010. [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010_09/

reco_anorexie_mentale.pdf

37. ARTTA [Internet]. 2025. Disponible sur : <https://artta.com/>
38. Godart N, Duclos J. Chapitre 20 : Troubles des conduites alimentaires. Sous-chapitre 20.4: Étiopathogénie. Dans : Manuel de Psychiatrie - 4^{ème} édition. page 512-519
39. Barbe Richaud P-A. Rationnel et expérience de la coordination du parcours de soins des patients souffrant d'anorexie mentale dans le département du Haut-Rhin. Thèse de médecine. Université de Strasbourg. 2024. 308p.
40. Rio M. Un cas d'anorexie masculine. L'information psychiatrique. 2006;82(8):669-81.
41. Corcoran R, Trainor G, Robinson B. The minority or the misunderstood? A young man's journey with anorexia nervosa. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2021 ;28(5) :760-72.
42. Le Rest M. Tu devrais voir quelqu'un. Anne Carrière-éditions. 2024.
43. Lasègue EC. De l'anorexie hystérique. La Cause freudienne. 2008 ;68(1) :82-93.
44. Guéguen JP. L'anorexie mentale : une pathologie féminine. La lettre de l'enfance et de l'adolescence. 2003 ;51(1) :81-6.
45. Chambry J, Agman G. L'anorexie mentale masculine à l'adolescence. La psychiatrie de l'enfant. 2006 ;49(2) :477-511.
46. Lebeau J pierre. Initiation à la recherche qualitative en santé, 2021, GM santé [Internet]. Disponible sur : <https://www.vg-librairies.fr/specialites-medicales/8856-initiation-a-la-recherche-qualitative-en-sante.html>
47. Trimbur M, Laurent Plancke, Sibeoni J. Réaliser une étude qualitative en santé - Guide méthodologique. [Internet] Disponible sur : <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/30731.pdf>
48. Kaiser B, Bouvard M. Validation de la version française de l'Eating Attitudes Test. Revue francophone de clinique comportementale et cognitive. 2009 ;14(4) :5-13.
49. Garner DM. EDI 2 : Eating Disorder Inventory 2. Professional Manuel. Psychology Assessment Resources. P.O. Box 998 Odessa Florida 33556 USA. 1991 ;
50. Rigaud D. Valeur pronostique du score initial au questionnaire EDI dans l'anorexie

mentale : étude prospective avec un suivi de 6-10 ans [Internet]. 2008. Disponible sur : <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-227-valeur-pronostique-dans-l-anorexiementale.htm>

51. Margot Trimbur - Laurent Plancke - Jordan Sibeoni. Réaliser une étude qualitative en santé - Guide méthodologique. [Internet]. Disponible sur : <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/30731.pdf>

52. Lamas, Shankland, Nicolas & Guelfi. Anorexie mentale. Dans : Les troubles du comportement alimentaire. Elsevier Masson. 2012. p. 24-6.

53. Kask J, Ramklint M, Kolia N, Panagiotakos D, Ekblom A, Ekselius L, et al. Anorexia nervosa in males: excess mortality and psychiatric co-morbidity in 609 Swedish in-patients. *Psychol Med*. juin 2017;47(8):1489-99.

54. Orbitello B, Ciano R, Corsaro M, Rocco PL, Taboga C, Tonutti L, et al. The EAT-26 as screening instrument for clinical nutrition unit attenders. *Int J Obes (Lond)*. juin 2006;30(6):977-81.

55. Stanford SC, Lemberg R. Measuring Eating Disorders in Men: Development of the Eating Disorder Assessment for Men (EDAM). *Eating Disorders*. 1 oct 2012 ;20(5) :427-36.

56. Minier L, Bréan C, Godart N, Équipe de l'unité de jour Michel-Ange. Dans les coulisses de l'Unité de jour Michel-Ange : repenser la prise en charge des adolescents souffrant de troubles des conduites alimentaires. *Enfances & Psy*. 2021;90(2):124-34.

57. Godart NT, Flament MF, Lecrubier Y, Jeammet P. Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*. 1 févr 2000 ;15(1) :38-45.

58. Pham-Scottez A. 35. Dépression et troubles des conduites alimentaires. Dans : Les états dépressifs [Internet]. Lavoisier ; 2010 p. 300-4. Disponible sur : <https://shs.cairn.info/les-etats-depressifs--9782257204073-page-300>

59. Collombat J, Chapron SA, Sarram S, Fatseas M, Serre F, Auriacombe M. L'anorexie mentale : une addiction ? Application du modèle addictologique aux troubles du comportement alimentaire. Une revue narrative commentée. *L'Encéphale*. 1 oct 2024 ;50(5) :566-72.

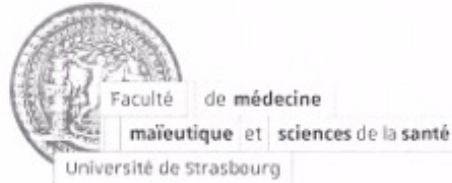
60. Jeammet P. Anorexie, Boulimie - Les paradoxes de l'adolescence. Fayard/Pluriel ; 2011. 163 p.

61. Clarke J, Le Heuzey MF, Ramoz N. L'anorexie mentale, une addiction ? Pratiques en Nutrition : santé et alimentation. déc 2017 ;13 :16-8.
62. Amandine Turcq. Les spécificités cognitives de l'anorexie mentale. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01473629
63. Delbaere-Blervacque C, Courbasson CMA, Antoine C. L'impact des troubles du comportement alimentaire sur les proches : une revue de la littérature. Psychotropes. 2009;15(3):93-111.
64. Warren MP. Endocrine manifestations of eating disorders. J Clin Endocrinol Metab. févr 2011;96(2):333-43.
65. Van den Broucke S. Eating disorders and marital relationships. London; Routledge; 1997. 204 p.
66. Highet N, Thompson M, King RM. The Experience of Living with a Person with an Eating Disorder: The Impact on the Carers. Eating Disorders. 1 juill 2005;13(4):327-44.
67. Roth Laure. Prise en charge coordonnée de l'anorexie mentale par le médecin généraliste et le psychiatre. Enquête qualitative. Thèse de Médecine. Université de Strasbourg. 2021. p136.
68. Davidson M. Les soins et la place de la contenance dans la prise en charge des formes graves d'anorexie mentale en milieu hospitalier. Thèse de médecine. Université de Strasbourg 2021. 141p.
69. Freud S. Abrégé de psychanalyse. 14e éd. PUF ; 2001. 96 p.
70. Ionescu S, Jacquet M-M, Lhote C. Les mécanismes de défense. 3e éd. Dunod ;2020.
71. Putois O, Riegert M. Pertinence thérapeutique des entretiens familiaux joints dans les troubles des conduites alimentaires chez les jeunes adultes hospitalisés. L'Information Psychiatrique. mars 2022 ;2022/3(98) :179-85.
72. Bramon-Bosch E, Troop NA, Treasure JL. Eating disorders in males: A comparison with female patients. European Eating Disorders Review. 2000;8(4):321-8.
73. Olivardia R, Pope HG, Mangweth B, Hudson JI. Eating disorders in college men. Am J Psychiatry. sept 1995;152(9):1279-85.

74. Feldman MB, Meyer IH. Eating disorders in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *Int J Eat Disord.* avr 2007;40(3):218-26.
75. Pope HG, Phillips KA, Olivardia R. *The Adonis Complex: how to identify, treat, and prevent body obsession in men and boys.* Free Press. 2002.
76. Pope HG, Katz DL, Hudson JI. Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry.* nov 1993.
77. Sylvain Aquatias, Jean-François Arnal, Daniel Rivière, Jean Bilard, Jean-Paul Callède, et al.. *Activité physique : contextes et effets sur la santé - Synthèse et recommandations.* [Rapport de recherche] Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). 2008, 168 p., références bibliographiques disséminées. Le rapport intégral dénombre 832 p., les conditions pour se le procurer sont précisées page 165 de la synthèse. hal-01570655
78. Margo JL. Anorexia Nervosa in Males: A Comparison with Female Patients. *The British Journal of Psychiatry.* juill 1987 ;151(1) :80-3.
79. Godart N, Duclos J. Chapitre 20 : Troubles des conduites alimentaires. Sous-chapitre 20.4: Étiopathogénie. In: *Manuel de Psychiatrie - 4édition.* page 512-519
80. Ramani S, Mann K. Introducing medical educators to qualitative study design: Twelve tips from inception to completion. *Medical Teacher.* 3 mai 2016 ;38(5) :456-63.

12. Déclaration sur l'honneur

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : GARDON Prénom : Charlotte

Ayant été informé(e) 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 avisé(e) 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 informé(e) 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.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

[Signature]
à Strasbourg le 25/02/2025

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUME :

Introduction : La surreprésentation des femmes au sein des troubles des conduites alimentaires (TCA), l'anorexie mentale et la boulimie particulièrement, a fortement orienté les recherches ; ainsi la documentation existante concerne, de manière prépondérante, les formes féminines des troubles. L'idée de ce travail de thèse s'inscrit dans ce contexte intriquant méconnaissance des formes masculines et constat d'un recours aux soins encore en deçà des nécessités, quoique se majorant progressivement, pour ces patients. Notre objectif est de préciser l'étiopathogénie, la psychopathologie et l'expression symptomatique des troubles anorexiques et boulimiques au sein de la population masculine afin d'améliorer l'accès au diagnostic, aux soins et d'adapter la prise en charge. Nous souhaitons également que notre travail ait une portée pédagogique afin de lutter contre la méconnaissance et la stigmatisation qui persistent autour des formes masculines de TCA.

Méthode : Recherche qualitative réalisée à l'aide de questionnaires et d'entretiens semi-dirigés incluant 10 participants de sexe masculin, majeurs et concernés par des troubles des conduites alimentaires à type d'anorexie et/ou de boulimie.

Résultats : Les caractéristiques cliniques et étiopathogéniques mis en évidence ne diffèrent pas significativement de celles reconnues dans les formes féminines de TCA. Les prises en charge de plusieurs participants ont été retardées et impactées par la méconnaissance du diagnostic par des professionnels de santé. Les participants témoignent de ce manque d'information, tant au niveau médical que social, pouvant entraîner de la stigmatisation. Ils appellent à plus de communication pour s'affranchir des préjugés encore présents autour de l'anorexie et de la boulimie.

Discussion : Notre étude est en faveur d'une similarité étiopathogénique et clinique dans les formes masculines ou féminines d'anorexie et de boulimie. La même démarche diagnostique et la même prise en charge peuvent être mises en œuvre. Une vigilance particulière doit être apportée à la formation des professionnels de santé, la méconnaissance soignante pouvant avoir des effets délétères sur les patients. Enfin, une représentation de profils plus diversifiés favoriserait la visibilité et participerait à la déstigmatisation des hommes concernés par des TCA.

Rubrique de classement : Psychiatrie

Mots-clés : Recherche qualitative, anorexie masculine, trouble des conduites alimentaires (TCA) de l'homme, étiopathogénie, stigmatisation.

Président : Professeur Gilles BERTSCHY
Assesseurs : Docteur Myriam RIEGERT
Docteur Pierre-Olivier BOUSSUGE
Docteur Amaury MENGIN

Adresse de l'UFR : Université de Strasbourg, Faculté de Médecine, 4 Rue Kirschleger, 67000 Strasbourg