

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE (PARIS 6)

FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE

ANNEE 2016

N°2016PA06G043

THESE POUR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité : Médecine Générale

Par

Yas KALAMI

Née le 21 mars 1986 à Téhéran (IRAN)

Présentée et soutenue publiquement le 16 juin 2016

Les perceptions du rôle du médecin généraliste par les patients atteints de troubles des conduites alimentaires: une étude qualitative phénoménologique

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER

Président de Jury : Monsieur le Professeur Philippe CORNET

Membre du Jury : Monsieur le Professeur Jean-Claude MELCHIOR

Membre du Jury : Monsieur le Docteur Nicolas HOMMEY

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE (PARIS 6)

FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE

ANNEE 2016

N°2016PA06G043

THESE POUR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité : Médecine Générale

Par

Yas KALAMI

Née le 21 mars 1986 à Téhéran (IRAN)

Présentée et soutenue publiquement le 16 juin 2016

Les perceptions du rôle du médecin généraliste par les patients atteints de troubles des conduites alimentaires: une étude qualitative phénoménologique

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER

Président de Jury : Monsieur le Professeur Philippe CORNET

Membre du Jury : Monsieur le Professeur Jean-Claude MELCHIOR

Membre du Jury : Monsieur le Docteur Nicolas HOMMEY

Remerciements

Avant toute chose, je tiens à remercier la personne sans qui ce travail n'aurait jamais été réalisé. Merci au Docteur Jean-Sébastien Cadwallader de m'avoir offert le privilège de travailler sur ce sujet. Merci aussi pour ton aide, ton soutien et ton sens aigu de la pédagogie.

Je remercie le Professeur Cornet d'avoir accepté de présider le jury, de juger ce travail, et pour votre accompagnement durant le stage chez le praticien.

Je remercie le Professeur Jean-Claude Melchior et le Docteur Nicolas Hommey d'avoir accepté de juger ce travail, et de participer au jury.

Je remercie le Professeur Lafortune pour son enseignement, et sa présence en tant que tuteur pendant mon internat.

Je remercie le Docteur Julie Genty-Kolasa pour son accompagnement durant mon stage chez le praticien.

Merci à mes médecins : les docteurs Marc Cogez et Danielle Torchin de m'avoir donné envie d'exercer leur métier.

Merci à la SFMG pour la mise à disposition de la liste des médecins généralistes adhérents, sans qui ce travail n'aurait pas pu être réalisé.

Je remercie les médecins qui ont aidé au recrutement des patientes. Je ne citerai pas de nom, afin de préserver l'anonymat des patientes.

Je remercie les patientes qui ont accepté de participer aux entretiens.

A mes amours, Julien et Léna, pour m'avoir accompagnée pendant tout ce travail. Merci à Julien pour toute ton aide et ton éternel soutien.

A ma mère, pour tout ce que tu as fait pour Sam et moi. Sans oublier les bons petits plats qui ont accompagné toutes mes études et qui régaleront bientôt Léna.

A Sam, tu vas enfin pouvoir respirer, il n'y aura plus de « laisse ta sœur travailler ».

A ma famille, ma belle-famille, mes amis, et tous ceux que j'ai oublié de citer, qui m'ont aidé dans mon parcours d'une façon ou d'une autre.

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS

UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site SAINT-ANTOINE

1. ALAMOWITCH Sonia NEUROLOGIE – Hôpital TENON
2. AMARENCO Gérard NEURO-UROLOGIE – Hôpital TENON
3. AMSELEM Serge GENETIQUE / INSERM U.933 – Hôpital TROUSSEAU
4. ANDRE Thierry SERVICE DU PR DE GRAMONT – Hôpital SAINT-ANTOINE
5. ANTOINE Jean-Marie GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE – Hôpital TENON
6. APARTIS Emmanuelle PHYSIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
7. ARLET Guillaume BACTERIOLOGIE – Hôpital TENON
8. ARRIVE Lionel RADIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
9. ASSOUAD Jalal CHIRURGIE THORACIQUE – Hôpital TENON
10. AUCOUTURIER Pierre UMR S 893/INSERM – Hôpital SAINT-ANTOINE
11. AUDRY Georges CHIRURGIE VISCERALE INFANTILE – Hôpital TROUSSEAU
12. BALLADUR Pierre CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE – Hôpital SAINT-ANTOINE
13. BAUD Laurent EXPLORATIONS FONCTIONNELLES MULTI – Hôpital TENON
14. BAUJAT Bertrand O.R.L. – Hôpital TENON
15. BAZOT Marc RADIOLOGIE – Hôpital TENON
16. BEAUGERIE Laurent GASTROENTEROLOGIE ET NUTRITION – Hôpital SAINT-ANTOINE
17. BEAUSSIER Marc ANESTHESIE/REANIMATION – Hôpital SAINT-ANTOINE
18. BENIFLA Jean-Louis GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TROUSSEAU
19. BENSMAN Albert NEPHROLOGIE ET DIALYSE – Hôpital TROUSSEAU (Surnombre)
20. BERENBAUM Francis RHUMATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
21. BERNAUDIN J.F. HISTOLOGIE BIOLOGIE TUMORALE – Hôpital TENON
22. BILLETTE DE VILLEMEUR Thierry NEURO-PEDIATRIE – Hôpital TROUSSEAU
23. BOCCARA Franck CARDIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
24. BOELLE Pierre Yves INSERM U.707 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
25. BOFFA Jean-Jacques NEPHROLOGIE ET DIALYSES – Hôpital TENON
26. BONNET Francis ANESTHESIE/REANIMATION – Hôpital TENON

27. BORDERIE Vincent Hôpital des 15-20
28. BOUDGHENE Franck RADIOLOGIE – Hôpital TENON
29. BREART Gérard GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TENON
30. BROCHERIOU Isabelle ANATOMIE PATHOLOGIQUE – Hôpital TENON
31. CABANE Jean MEDECINE INTERNE/HORLOGE 2 – Hôpital SAINT-ANTOINE
32. CADRANEL Jacques PNEUMOLOGIE – Hôpital TENON
33. CALMUS Yvon CENTRE DE TRANSPL. HEPATIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
34. CAPEAU Jacqueline UMRS 680 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
35. CARBAJAL-SANCHEZ Diomedes URGENCES PEDIATRIQUES – Hôpital TROUSSEAU
36. CARBONNE Bruno GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
37. CARETTE Marie-France RADIOLOGIE – Hôpital TENON
38. CARRAT Fabrice INSERM U 707 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
39. CASADEVALL Nicole IMMUNO. ET HEMATO. BIOLOGIQUES – Hôpital SAINT-ANTOINE
40. CHABBERT BUFFET Nathalie GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TENON
41. CHAZOUILLERES Olivier HEPATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
42. CHRISTIN-MAITRE Sophie ENDOCRINOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
43. CLEMENT Annick PNEUMOLOGIE – Hôpital TROUSSEAU
44. COHEN Aron CARDIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
45. CONSTANT Isabelle ANESTHESIOLOGIE REANIMATION – Hôpital TROUSSEAU
46. COPPO Paul HEMATOLOGIE CLINIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
47. COSNES Jacques GASTRO-ENTEROLOGIE ET NUTRITION – Hôpital SAINT-ANTOINE
48. COULOMB Aurore ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES – Hôpital TROUSSEAU
49. CUSSENOT Olivier UROLOGIE – Hôpital TENON
50. DAMSIN Jean Paul ORTHOPEDIE – Hôpital TROUSSEAU
51. DE GRAMONT Aimery ONCOLOGIE MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
52. DENOYELLE Françoise ORL ET CHIR. CERVICO-FACIALE – Hôpital TROUSSEAU
53. DEVAUX Jean Yves BIOPHYSIQUE ET MED. NUCLEAIRE – Hôpital SAINT-ANTOINE
54. DOUAY Luc HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
55. DOURSOUNIAN Levon CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE

56. DUCOU LE POINTE Hubert RADIOLOGIE – Hôpital TROUSSEAU
57. DUSSAULE Jean Claude PHYSIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
58. ELALAMY Ismaïl HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE – Hôpital TENON
59. FAUROUX Brigitte UNITE DE PNEUMO. PEDIATRIQUE – Hôpital TROUSSEAU
60. FERON Jean Marc CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATO. – Hôpital SAINT-ANTOINE
61. FEVE Bruno ENDOCRINOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
62. FLEJOU Jean François ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHO.- Hôpital SAINT-ANTOINE
63. FLORENT Christian HEPATO/GASTROENTEROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
64. FRANCES Camille DERMATOLOGIE/ALLERGOLOGIE – Hôpital TENON
65. GARBARG CHENON Antoine LABO. DE VIROLOGIE – Hôpital TROUSSEAU
66. GIRARD Pierre Marie MALADIES INFECTIEUSES – Hôpital SAINT-ANTOINE
67. GIRARDET Jean-Philippe GASTROENTEROLOGIE – Hôpital TROUSSEAU (Surnombre)
68. GOLD Francis NEONATOLOGIE – Hôpital TROUSSEAU (Surnombre)
69. GORIN Norbert HEMATOLOGIE CLINIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
70. GRATEAU Gilles MEDECINE INTERNE – Hôpital TENON
71. GRIMPREL Emmanuel PEDIATRIE GENERALE – Hôpital TROUSSEAU
72. GRUNENWALD Dominique CHIRURGIE THORACIQUE – Hôpital TENON
73. GUIDET Bertrand REANIMATION MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
74. HAAB François UROLOGIE – Hôpital TENON
75. HAYMANN Jean Philippe EXPLORATIONS FONCTIONNELLES – Hôpital TENON
76. HENNEQUIN Christophe PARASITOLOGIE/MYCOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
77. HERTIG Alexandre NEPHROLOGIE – Hôpital TENON
78. HOURY Sidney CHIRURGIE DIGESTIVE ET VISCERALE – Hôpital TENON
79. HOUSSET Chantal UMRS 938 et IFR 65 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
80. JOUANNIC Jean-Marie GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE – Hôpital TROUSSEAU
81. JUST Jocelyne CTRE DE L'ASTHME ET DES ALLERGIES – Hôpital TROUSSEAU
82. LACAINE François CHIR. DIGESTIVE ET VISCERALE – Hôpital TENON (Surnombre)
83. LACAU SAINT GIULY Jean ORL – Hôpital TENON
84. LACAVE Roger HISTOLOGIE BIOLOGIE TUMORALE – Hôpital TENON

85. LANDMAN-PARKER Judith HEMATOLOGIE ET ONCO. PED. – Hôpital TROUSSEAU
86. LAPILLONNE Hélène HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE – Hôpital TROUSSEAU
87. LAROCHE Laurent OPHTALMOLOGIE – CHNO des 15/20
88. LE BOUC Yves EXPLORATIONS FONCTIONNELLES – Hôpital TROUSSEAU
89. LEGRAND Ollivier POLE CANCEROLOGIE – HEMATOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
90. LEVERGER Guy HEMATOLOGIE ET ONCOLOGIE PEDIATRIQUES – Hôpital TROUSSEAU
91. LEVY Richard NEUROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
92. LIENHART André ANESTHESIE/REANIMATION – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
93. LOTZ Jean Pierre ONCOLOGIE MEDICALE – Hôpital TENON
94. MARIE Jean Pierre DPT D’HEMATO. ET D’ONCOLOGIE MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
95. MARSAULT Claude RADIOLOGIE – Hôpital TENON (Surnombre)
96. MASLIAH Jöelle POLE DE BIOLOGIE/IMAGERIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
97. MAURY Eric REANIMATION MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
98. MAYAUD Marie Yves PNEUMOLOGIE – Hôpital TENON (Surnombre)
99. MENU Yves RADIOLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
100. MEYER Bernard ORL ET CHRI. CERVICO-FACIALE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
101. MEYOHAS Marie Caroline MALADIES INFECTIEUSES ET TROP. – Hôpital SAINT-ANTOINE
102. MITANCHEZ Delphine NEONATOLOGIE – Hôpital TROUSSEAU
103. MOHTI Mohamad DPT D’HEMATO. ET D’ONCO. MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE
104. MONTRAVERS Françoise BIOPHYSIQUE ET MED. NUCLEAIRE – Hôpital TENON
105. MURAT Isabelle ANESTHESIE REANIMATION – Hôpital TROUSSEAU
106. NETCHINE Irène EXPLORATIONS FONCTIONNELLES – Hôpital TROUSSEAU
107. OFFENSTADT Georges REANIMATION MEDICALE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
108. PAQUES Michel OPHTALMOLOGIE IV – CHNO des 15-20
109. PARC Yann CHIRURGIE DIGESTIVE – Hôpital SAINT-ANTOINE
110. PATERON Dominique ACCUEIL DES URGENCES – H ôpital SAINT-ANTOINE
111. PAYE François CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE – Hôpital SAINT-ANTOINE
112. PERETTI Charles Siegfried PSYCHIATRIE D’ADULTES – Hôpital SAINT-ANTOINE
113. PERIE Sophie ORL – Hôpital TENON

114. PETIT Jean-Claude BACTERIOLOGIE VIROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE (Surnombre)
115. PIALOUX Gilles MALADIES INFECTIEUSES ET TROP. – Hôpital TENON
116. PICARD Arnaud CHIRURGIE. MAXILLO-FACIALE ET STOMATO. – Hôpital TROUSSEAU
117. POIROT Catherine HISTOLOGIE A ORIENTATION BIO. DE LA REPRO. – Hôpital TENON
118. RENOLLEAU Sylvain REANIMATION NEONATALE ET PED. – Hôpital TROUSSEAU
119. ROBAIN Gilberte REEDUCATION FONCTIONNELLE – Hôpital ROTHSCHILD
120. RODRIGUEZ Diana NEUROPEDIATRIE – Hôpital TROUSSEAU
121. RONCO Pierre Marie UNITE INSERM 702 – Hôpital TENON
122. RONDEAU Eric URGENCES NEPHROLOGIQUES – Hôpital TENON
123. ROSMORDUC Olivier HEPATO/GASTROENTEROLOGIE – Hôpital SAINT-ANTOINE
124. ROUGER Philippe Institut National de Transfusion Sanguine
125. SAHEL José Alain OPHTALMOLOGIE IV – CHNO des 15-20
126. SAUTET Alain CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
127. SCATTON Olivier CHIR. HEPATO-BILIAIRE ET TRANSPLANTATION – Hôpital SAINT-ANTOINE
128. SEBE Philippe UROLOGIE – Hôpital TENON
129. SEKSIK Philippe GASTRO-ENTEROLOGIE ET NUTRITION – Hôpital SAINT-ANTOINE
130. SIFFROI Jean Pierre GENETIQUE ET EMBRYOLOGIE MEDICALES – Hôpital TROUSSEAU
131. SIMON Tabassome PHARMACOLOGIE CLINIQUE – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
132. SOUBRANE Olivier CHIRURGIE HEPATIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
133. STANKOFF Bruno NEUROLOGIE – Hôpital TENON
134. THOMAS Guy PSYCHIATRIE D'ADULTES – Hôpital SAINT-ANTOINE
135. THOUMIE Philippe REEDUCATION NEURO-ORTHOPEDIQUE – Hôpital ROTHSCHILD
136. TIRET Emmanuel CHIRURGIE GENERALE ET DIGESTIVE – Hôpital SAINT-ANTOINE
137. TOUBOUL Emmanuel RADIOTHERAPIE – Hôpital TENON
138. TOUNIAN Patrick GASTROENTEROLOGIE ET NUTRITION – Hôpital TROUSSEAU
139. TRAXER Olivier UROLOGIE – Hôpital TENON
140. TRUGNAN Germain INSERM UMR-S 538 – Faculté de Médecine P. & M. CURIE
141. ULINSKI Tim NEPHROLOGIE/DIALYSES – Hôpital TROUSSEAU

142. VALLERON Alain Jacques UNITE DE SANTE PUBLIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE
(Surnombre)

143. VIALLE Raphaël ORTHOPEDIE – Hôpital TROUSSEAU

144. WENDUM Dominique ANATOMIE PATHOLOGIQUE – Hôpital SAINT-ANTOINE

145. WISLEZ Marie PNEUMOLOGIE – Hôpital TENON

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

UFR Médicale Pierre et Marie CURIE – Site PITIE

1. ACAR Christophe CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

2. AGUT Henri BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE

3. ALLILAIRE Jean-François PSYCHIATRIE ADULTES

4. AMOUR Julien ANESTHESIE REANIMATION

5. AMOURA Zahir MEDECINE INTERNE

6. ANDREELLI Fabrizio MEDECINE DIABETIQUE

7. ARNULF Isabelle PATHOLOGIES DU SOMMEIL

8. ASTAGNEAU Pascal EPIDEMIOLOGIE/SANTE PUBLIQUE

9. AURENGO André BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

10. AUTRAN Brigitte IMMUNOLOGIE ET BIOLOGIE CELLULAIRE

11. BARROU Benoît UROLOGIE

12. BASDEVANT Arnaud NUTRITION

13. BAULAC Michel ANATOMIE

14. BAUMELOU Alain NEPHROLOGIE

15. BELMIN Joël MEDECINE INTERNE/GERIATRIE Ivry

16. BENHAMOU Albert CHIRURGIE VASCULAIRE Surnombre

17. BENVENISTE Olivier MEDECINE INTERNE

18. BITKER Marc Olivier UROLOGIE

19. BODAGHI Bahram OPHTALMOLOGIE

20. BODDAERT Jacques MEDECINE INTERNE/GERIATRIE

21. BOURGEOIS Pierre RHUMATOLOGIE

22. BRICAIRE François MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES

23. BRICE Alexis GENETIQUE/HISTOLOGIE
24. BRUCKERT Eric ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
25. CACOUB Patrice MEDECINE INTERNE
26. CALVEZ Vincent VIROLOGIE
27. CAPRON Frédérique ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
28. CARPENTIER Alexandre NEUROCHIRURGIE
29. CATALA Martin CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
30. CATONNE Yves CHIRURGIE THORACIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
31. CAUMES Eric MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
32. CESSSELIN François BIOCHIMIE
33. CHAMBAZ Jean INSERM U505/UMRS 872
34. CHARTIER-KASTLER Emmanuel UROLOGIE
35. CHASTRE Jean REANIMATION MEDICALE
36. CHERIN Patrick CLINIQUE MEDICALE
37. CHICHE Laurent CHIRURGIE VASCULAIRE
38. CHIRAS Jacques NEURORADIOLOGIE
39. CLEMENT-LAUSCH Karine NUTRITION
40. CLUZEL Philippe RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE II
41. COHEN David PEDOPSYCHIATRIE
42. COHEN Laurent NEUROLOGIE
43. COLLET Jean-Philippe CARDIOLOGIE
44. COMBES Alain REANIMATION MEDICALE
45. CORIAT Pierre ANESTHESIE REANIMATION
46. CORNU Philippe NEUROCHIRURGIE
47. COSTEDOAT Nathalie MEDECINE INTERNE
48. COURAUD François INSTITUT BIOLOGIE INTEGRATIVE
49. DAUTZENBERG Bertrand PHYSIO-PATHOLOGIE RESPIRATOIRE
50. DAVI Frédéric HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
51. DEBRE Patrice IMMUNOLOGIE

52. DELATTRE Jean-Yves NEUROLOGIE (Fédération Mazarin)
53. DERAY Gilbert NEPHROLOGIE
54. DOMMARGUES Marc GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
55. DORMONT Didier NEURORADIOLOGIE
56. DUYCKAERTS Charles NEUROPATHOLOGIE
57. EYMARD Bruno NEUROLOGIE
58. FAUTREL Bruno RHUMATOLOGIE
59. FERRE Pascal IMAGERIE PARAMETRIQUE
60. FONTAINE Bertrand NEUROLOGIE
61. FOSSATI Philippe PSYCHIATRIE ADULTE
62. FOURET Pierre ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
63. FOURNIER Emmanuel PHYSIOLOGIE
64. FUNCK BRENTANO Christian PHARMACOLOGIE
65. GIRERD Xavier THERAPEUTIQUE/ENDOCRINOLOGIE
66. GOROCHOV Guy IMMUNOLOGIE
67. GOUDOT Patrick STOMATOLOGIE CHIRURGIE MAXILLO FACIALE
68. GRENIER Philippe RADIOLOGIE CENTRALE
69. HAERTIG Alain UROLOGIE Surnombre
70. HANNOUN Laurent CHIRURGIE GENERALE
71. HARTEMANN Agnès MEDECINE DIABETIQUE
72. HATEM Stéphane UMRS 956
73. HELFT Gérard CARDIOLOGIE
74. HERSON Serge MEDECINE INTERNE
75. HOANG XUAN Khê NEUROLOGIE
76. ISNARD Richard CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES
77. ISNARD-BAGNIS Corinne NEPHROLOGIE
78. JARLIER Vincent BACTERIOLOGIE HYGIENE
79. JOUVENT Roland PSYCHIATRIE ADULTES
80. KARAOUI Mehdi CHIRURGIE DIGESTIVE

81. KATLAMA Christine MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
82. KHAYAT David ONCOLOGIE MEDICALE
83. KIRSCH Matthias CHIRURGIE THORACIQUE
84. KLATZMANN David IMMUNOLOGIE
85. KOMAJDA Michel CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES
86. KOSKAS Fabien CHIRURGIE VASCULAIRE
87. LAMAS Georges ORL
88. LANGERON Olivier ANESTHESIE REANIMATION
89. LAZENNEC Jean-Yves ANATOMIE/CHIRURUGIE ORTHOPEDIQUE
90. LE FEUVRE Claude CARDIOLOGIE
91. LE GUERN Eric INSERM 679
92. LEBLOND Véronique HEMATOLOGIE CLINIQUE
93. LEENHARDT Laurence MEDECINE NUCLEAIRE
94. LEFRANC Jean-Pierre CHIRURGIE GENERALE
95. LEHERICY Stéphane NEURORADIOLOGIE
96. LEMOINE François BIOTHERAPIE
97. LEPRINCE Pascal CHIRURGIE THORACIQUE
98. LUBETZKI Catherine NEUROLOGIE
99. LUCIDARME Olivier RADIOLOGIE CENTRALE
100. LUYT Charles REANIMATION MEDICALE
101. LYON-CAEN Olivier NEUROLOGIE Surnombre
102. MALLET Alain BIOSTATISTIQUES
103. MARIANI Jean BIOLOGIE CELLULAIRE/MEDECINE INTERNE
104. MAZERON Jean-Jacques RADIOTHERAPIE
105. MAZIER Dominique INSERM 511
106. MEININGER Vincent NEUROLOGIE (Fédération Mazarin) Surnombre
107. MENEGAUX Fabrice CHIRURGIE GENERALE
108. MERLE-BERAL Hélène HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE Surnombre
109. MICHEL Pierre Louis CARDIOLOGIE

110. MONTALESCOT Gilles CARDIOLOGIE
111. NACCACHE Lionel PHYSIOLOGIE
112. NAVARRO Vincent NEUROLOGIE
113. NGUYEN-KHAC Florence HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
114. OPPERT Jean-Michel NUTRITION
115. PASCAL-MOUSSELARD Hugues CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
116. PAVIE Alain CHIR. THORACIQUE ET CARDIO-VASC. Surnombre
117. PELISSOLO Antoine PSYCHIATRIE ADULTE
118. PIERROT-DESEILLIGNY Charles NEUROLOGIE
119. PIETTE François MEDECINE INTERNE Ivry
120. POYNARD Thierry HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
121. PUYBASSET Louis ANESTHESIE REANIMATION
122. RATIU Vlad HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
123. RIOU Bruno ANESTHESIE REANIMATION
124. ROBAIN Gilberte REEDUCATION FONCTIONNELLE Ivry
125. ROBERT Jérôme BACTERIOLOGIE
126. ROUBY Jean-Jacques ANESTHESIE REANIMATION Surnombre
127. SAMSON Yves NEUROLOGIE
128. SANSON Marc ANATOMIE/NEUROLOGIE
129. SEILHEAN Danielle NEUROPATHOLOGIE
130. SIMILOWSKI Thomas PNEUMOLOGIE
131. SOUBRIER Florent GENETIQUE/HISTOLOGIE
132. SPANO Jean-Philippe ONCOLOGIE MEDICALE
133. STRAUS Christian EXPLORATION FONCTIONNELLE
134. TANKERE Frédéric ORL
135. THOMAS Daniel CARDIOLOGIE
136. TOURAIN Philippe ENDOCRINOLOGIE
137. TRESALLET Christophe CHIR. GENERALE ET DIGEST./MED. DE LA REPRODUCTION
138. VAILLANT Jean-Christophe CHIRURGIE GENERALE

139. VERNANT Jean-Paul HEMATOLOGIE CLINIQUE Surnombre
140. VERNY Marc MEDECINE INTERNE (Marguerite Bottard)
141. VIDAILHET Marie-José NEUROLOGIE
142. VOIT Thomas PEDIATRIE NEUROLOGIQUE
143. ZELTER Marc PHYSIOLOGIE

Summary:

Introduction: General practitioners (GPs) are often quoted as main actors in the detection of patients with eating disorders (ED). In a previous study, they described barriers to the management of such patients. In France, no study explored the patients point of view.

Aim: To describe ED patients views about the role of GPs in their management.

Methods: Qualitative study with a phenomenological approach. Patients over 8 years old with ED were recruited purposively in a primary care setting by GPs working in the Ile de France region and belonging to the SFMG. Semi-directive individual interviews were conducted after written consent. Verbatim analysis was built by two investigators with a first descriptive step in each interview, and a second interpretive step for all interviews, structuring an explicative model.

Results: 6 interviews were conducted. They were women, aged from 21 to 57. Patients described a complex course of life, with ED grounded since childhood, influenced and influencing their relation to close relatives. ED were a day to day burden, women described pragmatic solutions. GPs were described as allies, helping overcoming denial, but sometimes disappointing.

Conclusion: the explicative model has enlightened fundamental concepts as burden, exogenous disease system, disorders in the mother-daughter relationship. Solutions provided were a reinforcement of the therapeutic alliance, a confirmed course of GPs to GP-patient relation soon in their training.

Abréviations

CNGE : Collège National Des Généralistes Enseignants

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

IMS : Indice de mortalité standardisé

MG : Médecin Généraliste

NICE : National Institute for Health and Clinical Excellence

OMG : Observatoire de la Médecine Générale

PEC : Prise en Charge

SFMG : Société Française de Médecine Générale

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

Table des matières

1. Introduction	19
1.1. Définition	19
1.2. Epidémiologie des TCA	20
1.2.1. Incidence et prévalence des TCA en population générale.....	20
1.2.2. Incidence et prévalence des TCA en médecine générale	20
1.3. Comorbidités	21
1.4. Une mortalité élevée	21
1.5. Les outils de dépistage des TCA.....	21
1.6. Rôle de dépistage des médecins généralistes.....	22
2. Objectif.....	23
3. Méthodes.....	23
3.1. Type d'étude.....	23
3.1.1. Méthode qualitative.....	23
3.1.2. Interpretative phenomenological analysis (IPA)	23
3.2. Population étudiée	24
3.3. Recueil de données.....	25
3.3.1. Recrutement des patients.....	25
3.3.2. Mode de recueil	26
3.4. Analyse des résultats	26
4. Résultats.....	27
4.1. Entretiens et échantillon	27
4.2. Le parcours de vie complexe des patientes : Le trouble alimentaire comme causes et conséquences	29
4.2.1. La mère donnant naissance à son enfant, mais aussi à ses maux, notamment le trouble alimentaire	29

4.2.2.	Les séquelles de l'enfance de la relation à la mère et aux parents	30
4.2.3.	Le trouble alimentaire comme un « dealer » qui ne veut pas mettre fin à la relation	31
4.3.	La prise en charge : une rencontre avec le diagnostic psychiatrique et les acteurs de santé	33
4.3.1.	Dépasser le déni pour accéder au diagnostic : choc et soulagement.....	33
4.3.2.	Le trouble alimentaire lié à la sphère psychologique, des signes qui le précèdent, au suivi qui s'en suit.....	35
4.3.3.	De l'espoir du diagnostic à celui de guérison.....	37
4.4.	Gérer son trouble alimentaire au quotidien : un fardeau et des solutions	39
4.4.1.	Les conséquences néfastes dans les différents domaines de la vie du trouble alimentaire	39
4.4.2.	Le trouble alimentaire et l'entourage	40
4.4.3.	La gestion du trouble alimentaire par les femmes	43
4.5.	Le médecin généraliste, un acteur de confiance, un allié ?	44
4.5.1.	Relation de confiance	44
4.5.2.	Quelle relation avec le médecin généraliste ?	45
4.5.3.	Des médecins généralistes pas toujours à la hauteur des attentes et besoins des patients.....	47
5.	Discussion.....	49
5.1.	Reprise des principaux résultats et modélisation	49
5.2.	Une littérature riche à multiples facettes	50
5.2.1.	Les origines du trouble alimentaire et son installation.....	50
5.2.2.	Le diagnostic et la prise en charge du trouble, les différents acteurs, et les différents aspects du trouble.....	51
5.2.3.	Perceptions du rôle et de la place du MG.....	53
5.2.4.	Comparaison avec les résultats de la thèse miroir [14].....	53

5.3.	Validité.....	54
5.3.1.	Faiblesses de l'étude	54
5.3.2.	Forces de l'étude	55
5.4.	Perspectives.....	55
6.	Conclusion.....	56
7.	Bibliographie	57
8.	Annexes.....	61
8.1.	Annexe 1 : Canevas d'entretien.....	61
8.2.	Annexe 2 : Verbatim entretien P6	63
8.3.	Annexe 3 : Carte heuristique P1 et P6.....	79
8.4.	Annexe 4 : Journal de bord	82

1. Introduction

1.1. Définition

Le DSM-V [1] a fait sa parution en 2013. Plusieurs modifications concernant la définition des troubles des conduites alimentaires (TCA) ont été apportées.

L'anorexie mentale, selon le DSM-V, est définie par :

1. Des restrictions énergétiques menant à un poids inférieur au poids normal pour le sexe, l'âge et la taille
2. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros
3. Altération de la perception du poids et du corps avec influence sur l'estime de soi et déni de la gravité de maigreur actuelle.

L'anorexie mentale peut se présenter sous 2 formes : restrictive pure, ou avec des crises de boulimie, vomissements ou prise de purgatifs.

La boulimie, selon le DSM-V, est définie par :

1. Survenue récurrente de crises. Les crises correspondant à l'absorption massive de nourriture dans un temps limité, avec sentiment de perte de contrôle
2. Comportements compensatoires visant à prévenir la prise de poids
3. Crises et comportements compensatoires survenant au moins une fois par semaine sur une période de trois mois
4. Estime de soi influencé par la silhouette
5. Le trouble peut apparaître même sans période d'anorexie mentale

L'hyperphagie boulimique, selon le DSM-V, est définie par :

1. Survenue récurrente de crises de boulimie avec sentiment de perte de contrôle
2. Les crises sont associées à au moins 3 des critères suivants :
 - Prise alimentaire extrêmement rapide et bien supérieure à la normale
 - Manger jusqu'à ressentir une distension abdominale inconfortable
 - Manger de grandes quantités de nourriture sans sensation de faim
 - Manger seul car se sent gêné de manger une telle quantité de nourriture
 - Après les crises, ressent dégoût de soi, dépression ou grande culpabilité

3. Comportement boulimique source de souffrance marquée
4. Comportement boulimique au moins une fois par semaine sur une période de trois mois
5. Le comportement boulimique n'est pas associé à des comportements compensatoires inappropriés et n'intervient pas exclusivement au cours de l'anorexie ou la boulimie

Les formes subsyndromiques de troubles des conduites alimentaires (TCA) :

Elles correspondent soit à des formes prodromiques de TCA, soit à des formes résolutive, soit à des formes évoluant sur un mode mineur. Si les formes subsyndromiques n'atteignent pas l'intensité symptomatique des formes avérées, elles n'en ont pas moins des conséquences sévères sur le plan physique et psychologique. Johnson et al. [2] ont montré que l'existence de formes atténuées de TCA à l'adolescence était un important facteur de risque de développer des troubles physiques et psychiques à l'âge adulte (troubles anxieux, symptômes cardio-vasculaires, syndrome de fatigue chronique, douleurs chroniques, troubles dépressifs, limitation de leur activité liée à une mauvaise santé, maladies infectieuses, insomnies, symptômes neurologiques, tentative de suicide).

1.2. Epidémiologie des TCA

1.2.1. Incidence et prévalence des TCA en population générale

Il existe peu de données disponibles en population générale, en particulier en France.

L'incidence annuelle de l'anorexie mentale et de la boulimie est respectivement de 109 à 270 pour 100 000 habitants, et de 200 à 300 pour 100 000 habitants, chez les personnes âgées de 11 à 35 ans [8].

La prévalence de l'anorexie mentale et de la boulimie est respectivement de 1,5 % et de 2 % chez les femmes âgées de 11 à 65 ans [3] [4].

Les formes subsyndromiques ont une prévalence de 10 % chez les femmes et 1,4 % chez les hommes âgés de 15 à 17 ans.

1.2.2. Incidence et prévalence des TCA en médecine générale

Aucune donnée n'est disponible en France à propos des soins primaires.

Dans les pays anglo saxons, l'incidence annuelle de l'anorexie et de la boulimie est respectivement de 4 et de 12 pour 100000 habitants, chez les personnes âgées de 11 à 35 ans, avec une incidence plus importante chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans de 100 cas pour 100000 habitants dans l'anorexie mentale.

La prévalence de l'anorexie mentale est de 0,2 % pour les femmes âgées de 11 à 65 ans, sans donnée de prévalence pour la boulimie et les formes subsyndromiques. [4] [5]

1.3. Comorbidités

L'âge moyen de décès chez les anorexiques est de 35,6 ans, avec 5 fois plus de suicide que chez les témoins. Après un suivi moyen de 5 ans dans une étude hollandaise, 46% des patients étaient considérés comme guéris et 35% en chronicisation. Les comorbidités étaient physiques, psychiques et sociales [6] [8].

Des psychiatres américains, dans une étude de registre hospitalier, soulignaient que moins d'un cas de boulimie sévère sur dix était diagnostiqué, alors que ces patientes étaient atteintes de troubles anxieux généralisés, de troubles de l'humeur, d'insomnie, de stress psychosocial et avaient des risques suicidaires élevés [2].

Chez des jeunes âgés de 15 à 17 ans présentant des formes subsyndromiques de TCA, les auteurs d'une étude retrouvaient 2 à 3 fois plus d'anxiété et de dépression que dans la population générale, et ces patients restaient à un poids inférieur à la normale durant leur vingtaine [7].

1.4. Une mortalité élevée

Les TCA sont à haut risque de chronicité voire de décès. L'anorexie mentale présentait le plus haut taux de mortalité des maladies psychiatriques. L'indice de mortalité standardisé à la population générale (IMS) de l'anorexie mentale après 10 ans d'évolution était de 10,6 et de 1,93 pour la boulimie [8].

1.5. Les outils de dépistage des TCA

Les outils suivants ont été validés en population générale chez les femmes jeunes âgées de 16 à 35 ans :

- EAT : eating attitude test (26 items)

- EDE : eating disorder examination (28 items)
- SCOFF (5 items); Se: 94,8%; Sp: 94,6%; VPP:65%; VP: 99% [9]

Contrairement aux deux premiers tests (EAT et EDE) qui sont des auto-questionnaires, le SCOFF pourrait être utilisé d'après certains auteurs lors de la consultation de médecine générale. Constitué de cinq questions, il permettrait de mettre en évidence la possible existence d'un trouble alimentaire, dont le diagnostic reste à faire.

Bien qu'il ait été validé en médecine générale en Grande Bretagne (Se: 78%, Sp: 84%; VPP:64%; VP: 98%), il n'a pas fait l'objet d'une étude en France. Il en existe une traduction française, validée en population étudiante, le SCOFF-F.

L'applicabilité de l'outil dans un contexte de médecine générale est actuellement contesté car

- Déceler un trouble alimentaire nécessite un dépassement de la phase du déni par le patient, non prouvé par l'utilisation du SCOFF
- L'outil détecte de nombreux faux positifs, le risque étant un surdiagnostic et une stigmatisation médicale des troubles

1.6. Rôle de dépistage des médecins généralistes

Les médecins généralistes sont souvent définis dans la littérature comme des acteurs de dépistage précoce des TCA afin de limiter les risques de chronicisation et de complications. Dans une étude américaine, les patients consultaient significativement plus fréquemment leur médecin généraliste dans les cinq ans précédant le diagnostic de TCA, pour des symptômes psychologiques, gastro-intestinaux, ou gynécologiques [10].

Dans ce contexte de littérature hétérogène, de données de la science peu probantes et devant la morbidité très élevée causée par ces troubles, il était nécessaire d'étudier les perceptions des différents acteurs inclus dans la prise en charge de ces patients.

Un premier travail réalisé en 2013 a permis de décrire les perceptions des MG de leur rôle dans le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de TCA. Cette étude avait mis en évidence que, pour les MG, la prise en charge était longue et difficile, avec un sentiment d'impuissance, voire d'inutilité. Une faible prévalence des troubles était ressentie par les MG,

expliquant probablement une crainte de la prise en charge. Les MG avaient des définitions personnelles des TCA, souvent différentes des critères DSM, montrant que les tableaux psychiatriques du DSM n'étaient pas forcément utilisés en pratique. Devant les difficultés décrites par les MG de prise en charge des patients atteints de TCA, il était fondamental d'explorer ce que pensaient les patients atteints de TCA du rôle de leur MG dans le repérage et la prise en charge de leur TCA.

2. Objectif

L'objectif principal était de décrire les perceptions du rôle du MG par les patients atteints de TCA, à travers le vécu de leur maladie et de leur prise en charge par les acteurs de santé.

3. Méthodes

3.1. Type d'étude

Nous avons mené une étude observationnelle qualitative avec un abord phénoménologique.

3.1.1. Méthode qualitative

Le raisonnement inductif dans une approche qualitative a pour particularité de permettre l'élaboration d'hypothèses lorsqu'un domaine est peu exploré dans sa complexité. Le point de vue des patients présentant des TCA sur leur prise en charge par les MG est mal connu en France, et l'étude de leurs perceptions de leur maladie et du système de soins nécessitait ce type de raisonnement.

3.1.2. Interpretative phenomenological analysis (IPA)

L'analyse phénoménologique est centrée sur l'individu. Par définition l'IPA donne des analyses détaillées et nuancées des expériences vécues. Pour pouvoir mettre l'accent sur les convergences et divergences entre les participants, le nombre de participants peut être réduit et l'objectif est la diversité des participants [11].

La question initiale était de chercher à connaître la perception du rôle des MG dans le diagnostic et la prise en charge des patients présentant des TCA. Faisant suite aux résultats de la thèse concernant le point de vue des MG sur le même sujet, dont les résultats laissaient apparaître la difficulté de la prise en charge des patients concernés, l'étude du point de vue de ces derniers est apparue essentielle.

Afin de déconstruire nos a priori, nous avons réfléchi à notre propre réponse sur le sujet. Le MG avait selon nous un rôle à jouer dans la coordination des différents spécialistes (nutritionnistes, psychologues, psychiatres) et dans le suivi pondéral et entretenait une relation de confiance avec ces patients. Nous pensions que les MG allaient nous proposer uniquement une rencontre avec des femmes, et il nous paraissait hors sujet de prendre en compte des entretiens d'hommes ayant des TCA. Nous restions cependant ouverts à ce type d'entretien, difficile à réaliser du fait d'une faible prévalence.

Nous nous attendions à ce que les patientes évoquent principalement leurs attentes en termes de surveillance du poids et de renouvellement d'ordonnance, s'il existait des traitements. Nous nous rendions compte que nous avions une approche hospitalo centrée de ces patientes, c'est-à-dire une perception de division des compétences des acteurs de santé en fonction de leur spécialité. Nous nous attendions à ce que les patientes évoquent des histoires de vie difficiles, en lien avec leur entourage familial. Nous nous attendions également à un recrutement long et difficile.

Nous aurions trouvé aberrant que les patientes s'attendent à ce que le MG assure le suivi du TCA et en pose le diagnostic, nous aurions trouvé aberrant également que les patientes n'aient eu aucun contact avec le milieu hospitalier.

Tout ceci a amené la construction d'un journal de bord qui a tenu compte des perceptions progressivement modifiées des chercheurs au contact du terrain d'enquête et l'ajustement des questions du guide d'entretien, non pas avec les a priori des chercheurs mais en gardant une posture inductive grâce à la tenue du journal de bord. En annexe, nous avons choisi de mettre quelques éléments du journal de bord afin de montrer la progression de notre réflexion.

L'étude a été construite en suivant la grille de qualité d'études qualitatives COREQ-32 [12] quand les items de la grille étaient applicables.

3.2. Population étudiée

La population avait été intentionnellement choisie afin de donner une perspective particulière sur le phénomène étudié, en recherchant un échantillonnage raisonné à variation maximale, selon les critères suivants :

Patients âgées de plus de 8 ans, présentant des TCA selon les critères DSM-V, faisant partie de la patientèle des médecins ayant participé à l'étude miroir en Ile-De-France, recueillis sur un mode opportuniste et à effet boule de neige. Ces médecins généralistes sont membres de la Société Française de Médecine Générale (SFMG). L'étude miroir décrivait les représentations des MG vis à vis des patients souffrant de TCA et identifiaient les obstacles des MG au repérage des patients souffrant de TCA en MG.

Nous n'avons pas pris en compte les patients âgés de moins de 8 ans et ceux en obésité car les recommandations NICE et du DSM les excluent du diagnostic d'anorexie et de boulimie [13].

3.3. Recueil de données

Le recueil des données a été réalisé entre juin 2015 et mai 2016.

3.3.1. Recrutement des patients

Les médecins généralistes situés en Ile-de-France ayant participé à l'étude miroir ont été contactés par courriel.

L'étude miroir [14] consistait en le recueil de données par entretiens individuels semi-directifs anonymisés de MG ayant pris en charge au moins un patient pour TCA au sein de la base de l'observatoire de la médecine générale (OMG). Le recueil s'est fait par un échantillonnage raisonné jusqu'à saturation théorique des données. Les entretiens ont été conduits en tête à tête autant que possible, ou par téléphone, en cas de nécessité ou d'impossibilité de déplacement de l'interviewer en conservant le même canevas d'entretien.

La méthode d'identification a été faite par tirage au sort à partir de la base de l'OMG avec un contact au fur et à mesure dans la liste établie complète des MG ayant pris en charge au moins une fois un patient pour TCA. La correspondance entre l'identité des MG et leur numéro d'identifiant dans la base de données n'a jamais été communiquée aux investigateurs tout au long du protocole. Seul le médecin informaticien de la SFMG avait accès à cette correspondance (selon la procédure requise du protocole initial validé par la saisine portant le numéro 311668 du 06/07/1998).

Il a été demandé à ces MG de joindre leurs patients présentant des TCA. Si les patients acceptaient de rencontrer l'interviewer, une rencontre était organisée.

3.3.2. Mode de recueil

Des entretiens semi directifs [15] ont été réalisés en personne avec les patients, ou par téléphone lorsque la rencontre était impossible.

Un guide d'entretien semi-structuré à partir de questions ouvertes (Annexe 1) a été utilisé, ce qui est le plus adapté pour des discussions profondes et personnelles. Afin d'avoir un registre conversationnel, l'entretien était flexible, les questions n'étaient pas toujours posées dans l'ordre. Le patient était encouragé à parler le plus possible.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord du patient. La retranscription a été faite mot à mot, en essayant de rapporter les manifestations non verbales (rires, pauses, hésitations...), ceci constituant le verbatim.

3.4. Analyse des résultats

L'analyse des verbatim a permis de générer des codes ouverts descriptifs non interprétatifs. Une carte heuristique a été établie, pour chaque patient, sur la base de regroupements thématiques individualisés. Ces cartes initiales ont été insérées dans les annexes. Les codes ont ensuite été mis en commun pour une analyse thématique. Ceci a été réalisé pour chaque patient. Enfin, les codes et thèmes ont été mis en commun dans un livre de code commun à tous les entretiens. Nous n'avons pas utilisé de logiciel de codage, ceci étant possible du fait de l'échantillon limité et de l'absence de thématization précoce et de comparaison constante, préconisés dans la théorisation ancrée [16].

Une triangulation par deux chercheurs de l'analyse des données a été réalisée.

L'analyse des résultats permettait d'aboutir à la réalisation d'un modèle, dans le cadre d'une deuxième phase d'interprétation et de recherche du sens commun profond à tous.

Le consentement des patients a été recueilli avant de débiter l'entretien. Le caractère anonyme, non obligatoire et réversible de la participation à l'étude avait été expliqué aux patients. Le comité consultatif de protections des personnes dans la recherche biomédicale de TOURS région Centre, Ouest 1, avait préalablement donné un avis favorable au recueil des données, qui ne posait pas de problème scientifique ni éthique.

4. Résultats

4.1. Entretiens et échantillon

Nous avons contacté 6 médecins généralistes ayant participé à la thèse miroir [14], portant sur les perceptions des MG de leur rôle dans le diagnostic de la prise en charge des patients atteints de TCA, situés en Ile-de-France de juin 2015 à mars 2016. Sur les 6 médecins contactés :

- L'un d'entre eux n'a pas contacté de patientes malgré les multiples relances
- L'un d'entre eux avait une patiente présentant des TCA qui est décédée suite à un suicide. Les autres patientes ont été injoignables en raison d'un changement de coordonnées non communiquées au médecin
- L'un d'entre eux avait une patiente présentant des TCA, sortie en mars 2016 d'hospitalisation (un an et demi d'hospitalisation), un rendez-vous avait été pris deux semaines après sa sortie. Le jour de la rencontre, l'interviewer s'est rendue compte que la patiente était à nouveau hospitalisée depuis 4 jours
- L'un d'entre eux a communiqué les coordonnées d'une patiente qui a été rencontrée
- L'un d'entre eux a communiqué les coordonnées de 2 patientes qui ont été rencontrées. Une autre patiente avait refusé de participer.
- L'un d'entre eux a communiqué les coordonnées de 3 patientes qui ont été rencontrées

Au total, parmi les 8 patientes contactées par les médecins généralistes, nous avons pu réaliser 6 entretiens sur une période de 8 mois. 5 ont été « en face à face ». 1 entretien a été téléphonique pour permettre le respect du bien-être de la patiente. Le premier entretien a eu lieu le 28 juillet 2015, et le dernier le 30 mars 2016. Le plus court dure 19 minutes, le plus long dure 1h19 minutes.

Les caractéristiques des patientes ont été résumées dans le tableau suivant. Seules des femmes ont été proposées par les MG et donc rencontrées. L'âge moyen était de 40 ans, la plus jeune était âgée de 21 ans, la plus âgée de 57 ans. Toutes les patientes vivaient en Ile-de-France.

Tableau des caractéristiques des patientes

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Genre	femme	femme	femme	femme	femme	femme
Age	44 ans	21 ans	24 ans	57 ans	51 ans	41 ans
Profession	A la recherche d'un emploi	Etudiante en économie	Etudiante en école de commerce	En invalidité, institutrice	Responsable comptable	Chargée de clientèle
Situation familiale	Divorcée 2 fois, pas d'enfant	Célibataire Pas d'enfant	Célibataire Pas d'enfant	En couple Pas d'enfant	Divorcée, 3 enfants	En couple, séparée du père de ses 2 enfants
Trouble alimentaire	Anorexie Mentale avec crise de boulimie et vomissements	Forme sub-syndromique d'anorexie	Anorexie Mentale de type restrictif	Hyperphagie Boulimique	Forme sub-syndromique de boulimie	Anorexie mentale avec crises de boulimie et vomissements
Comorbidités	Dépression	Dépression	Non décrit	Dépression	Cancer de la thyroïde	Dépression Dépendance à l'alcool Troubles du sommeil
Hospitalisation pour le TCA	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non

4.2. Le parcours de vie complexe des patientes : Le trouble alimentaire comme causes et conséquences

4.2.1. La mère donnant naissance à son enfant, mais aussi à ses maux, notamment le trouble alimentaire

4.2.1.1. *Les troubles psychiatriques de la mère*

Certaines patientes décrivaient des troubles psychiatriques chez leur mère, qui les avaient affectées dès leur plus jeune âge. Elles en ressentaient toujours une souffrance à l'âge adulte.

P4 : « Je pense que ça a été... Vivre comme ça, avec quelqu'un qui est toujours au bord de la mort, c'est... je pense que c'est très prégnant »

P6 : « elle, dépressive déjà, moi je l'ai vécu. J'ai vraiment des souvenirs petite de ma mère dépressive, suicidaire. C'est des choses, vraiment, douloureuses encore »

4.2.1.2. *La mère porteuse de trouble alimentaire*

Quelques femmes décrivaient leur mère comme étant dure, interdisant parfois de manger, ou détestant elles-mêmes la nourriture. Le rapport pathologique de la mère à la nourriture avait été vécu comme quelque chose de très contrariant. Une femme avait, de façon inconsciente, réagi par mimétisme.

P4 : « Chez nous y'avait du sel, du poivre, mais le poivre on l'utilisait pas. Aucun... aucun... la nourriture, ça n'avait pas d'importance pour elle. Il se trouve que mon père n'était pas difficile, donc... on mangeait ce qu'elle servait, quoi, c'est tout et... elle détestait vraiment cuisiner donc... 365 jours par an, sa soupe à l'eau, là... poireaux, carottes, pommes de terre. »

P5 : « c'est que ma mère, qui était assez dure, elle nous interdisait de manger. Et... et je me suis revue que, en fait, elle mettait les bonbons et les chocolats en hauteur. [...] Et en fait, moi aussi, ils sont en hauteur. Donc ça (rires), je lui ai dit : ah c'est marrant, mais chez moi aussi, ils sont en hauteur. Et du coup, maintenant je les ai redescendus, pour pas me... je sais pas. Je sais pas si c'est lié à ça »

4.2.1.3. *Posséder le corps de son enfant, et décider de son devenir*

Deux patientes avaient décrit des scènes dans leur jeunesse, où leur corps avait été mis à la disposition d'autrui par l'autorisation de la mère. Les patientes en restaient traumatisées au moment de notre rencontre.

P1 : « j'ai été mariée de force. A 18 ans et demi, est-ce que c'est ça que je traîne ? »

P4 : « la mère de mon ami(e) qui est venue un matin... oh j'étais dans cette tenue là (la patiente est en robe de chambre)... sauf que c'était sans... sans manche ni rien, je suis... je suis venue la saluer, déjà c'était extraordinaire qu'elle vienne. Jamais personne ne venait chez nous. Et cette dame a dit à ma mère : ah mais XXXX avait une belle poitrine, est-ce que je peux toucher... Ma mère a dit oui. Moi je me suis laissé faire [...] je m'étais... c'était... cet événement sous le nom de... pour moi c'était pas anecdotique mais... c'était malheureux... ç'aurait pas dû être fait etc. Et que depuis que cet été je suis allée à XXX, dans le service de nutrition, là... le médecin m'a dit : mais, c'est de l'attouchement, c'est... je... j'arrive pas encore à... ça date du mois de juillet, ça... c'est pas encore rentré dans ma tête »

4.2.2. Les séquelles de l'enfance de la relation à la mère et aux parents

4.2.2.1. *La carence affective et le sentiment d'abandon*

La majorité des femmes décrivaient une carence affective parentale. L'une d'entre elles décrivait la peur du sentiment d'abandon qui dominait sa vie, suite aux multiples séparations de la mère dans l'enfance.

P1 : « un manque affectif familial enfin parental »

P5 : « Donc je me dis, c'est sûrement... un manque d'affection que j'ai eu dans mon enfance et aujourd'hui, ben je suis pas... je me sens pas en manque d'affection, je... je suis bien entourée. »

P5 : « Voilà. Un manque de quelque chose, donc du coup, je mange »

P6 : « Encore en nourrice. Et toujours sans ma mère »

P6 : « Dès que j'ai un mal être. Enfin un sentiment d'abandon surtout. Donc c'est... Ce sentiment, je me dis : est-ce qu'il va rester toute ma vie, quand même ? Parce que, j'ai 40 ans, se sentir abandonnée, même par un psychologue, c'est terrible, quoi »

4.2.2.2. *Se cacher pour manger dans l'enfance, la naissance du sentiment de honte*

Certaines patientes se cachaient déjà enfant pour manger, sachant que ce comportement était anormal. La plupart des patientes se cachaient aussi adulte lors des manifestations du trouble alimentaire, à cause de la honte ressentie quant au trouble.

P4 : « Quand j'attendais qu'une seule chose, c'est que mes parents s'en aillent de la maison, ce qui arrive... ce qui arrive pas si souvent que ça, et voilà, il suffisait qu'il y ait un peu de pain frais dans la maison, moi je me précipitais sur le frigo pour mettre une énorme couche de beurre... bon alors, encore une fois on est originaires de l'ouest, y'avait toujours du beurre sur la table. Enorme couche de beurre et puis, un gros morceau de fromage et... je m'allongeais sur le canapé, je me goinfrais avec ça. J'avais bien conscience que c'était pas normal. »

P6 : « Parce qu'en fait c'est toujours cette honte. Culpabilité. Cette honte »

Certaines étaient dans le déni du besoin de se cacher.

P5 : « Quand je suis entourée, j'ai pas envie. C'est pas que je me cache, hein. C'est que j'en ai pas envie »

4.2.2.3. *Avoir de la rancune envers les parents*

Plusieurs patientes ont manifesté de la rancœur envers les parents devant l'insatisfaction de leur relation durant l'enfance.

P1 : « je leur en voulais. Surtout à ma mère »

P5 : « ça sert à rien de... de continuer à avoir des relations toxiques avec sa famille »

P6 : « Mais du coup, oui, j'en veux. J'en veux à mes parents. J'en veux énormément à mes parents »

4.2.3. Le trouble alimentaire comme un « dealer » qui ne veut pas mettre fin à la relation

4.2.3.1. *Le trouble alimentaire réconfortant*

Les manifestations du trouble alimentaire étaient décrites comme un moment réconfortant.

P5 : « j'ai l'impression que c'est comme un doudou. J'ai besoin de chocolat. »

P5 : « je sens que la nuit, je me lève, parce que j'ai besoin comme d'un réconfort. Donc je me dis, c'est sûrement... un manque d'affection que j'ai eu dans mon enfance »

Mais aussi comme le plaisir d'en contrôler « les vertus », comme le soulagement, et se sentir légère après les vomissements.

P1 : « Je mangeais et j'allais me faire vomir, pour me soulager. Pour me sentir légère, voilà c'est ça, me sentir légère. Le fait de se vider tout ça, je me sentais légère dans ma tête»

4.2.3.2. *Chute dans le trouble alimentaire, et le cercle vicieux qui l'entretient*

Pour certaines patientes, le trouble alimentaire aurait débuté de façon anodine par le besoin d'un régime.

P2 : « en fait j'ai un peu plongé dedans sans m'en rendre compte »

P3 : « ça a commencé par un mini régime euh... voilà. Le cas classique je voulais perdre 500 grammes pour l'été, être bien en maillot de bain »

P6 : « Moi je me suis dit... je lui dis... Parce que moi au début, je croyais que c'était... j'avais peur de grossir. Voilà, je me suis dit : ah, je me trouvais grosse. Je me suis mis à vomir »

Puis le trouble alimentaire était entretenu et majoré par l'incapacité à maintenir le régime.

P4 : « je me mets pas au régime parce que j'y arrive pas. Pas la volonté. Ben donc je mange encore plus. Encore plus mal surtout »

P5 : « Donc à partir du moment où je me restreins, c'est encore pire. Je mange encore plus »

4.2.3.3. *Le trouble alimentaire, un problème dont il est difficile de se défaire*

Certaines patientes décrivaient l'ampleur du trouble alimentaire dans leur vie, avec la difficulté voire la peur de ne pas réussir à s'en défaire.

P1 : « 25 ans Plus tard j'en parle encore »

P2 : « on n'est pas à l'abri (rires)... d'y retomber »

P3 : « la nourriture a pris une place démesurée dans ma... dans ma vie »

P4 : « c'est un poids. On se rend pas compte, c'est un poids gigantesque. C'est énorme. »

4.3. La prise en charge : une rencontre avec le diagnostic psychiatrique et les acteurs de santé

4.3.1. Dépasser le déni pour accéder au diagnostic : choc et soulagement

4.3.1.1. *Du déni à la prise de conscience du trouble alimentaire*

Quelques femmes pensaient, alors que le trouble alimentaire était déjà installé, qu'elles ne présentaient pas ce genre de problème. Néanmoins, certaines d'entre elles s'étaient rendu compte qu'elles présentaient des TCA avec le temps qui passait. Pour des raisons variées, certaines arrivaient à dépasser le fort déni de cette pathologie.

P1 : « je ne savais pas que c'était un trouble alimentaire »

P2 : « Je ne me trouvais pas maigre. Je me trouvais bien quoi »

P3 : « ma mère me disait « tu as un problème », je lui disais non. Mais en même temps avec le recul, je lui disais non mais c'était sincère »

P3 : « je n'étais pas dans le déni enfin à la fin de ma Prépa j'étais plus du tout dans le déni »

P3 : « dès que j'ai passé mon concours, j'ai moi réellement pris conscience que j'avais un problème avec la nourriture et j'en ai parlé à ma mère et ça a coïncidé avec le moment euh... auquel, avec lequel j'avais pris un rendez-vous avec une nutritionniste »

P3 : « là je me suis dit « Oui ben là, xxxx il faut que tu prennes conscience que là tu as un vrai problème ! » »

P5 : « C'est que depuis peu que je m'en suis rendu compte »

Une patiente décrivait un déni partiel. Après avoir réalisé qu'il existait un trouble alimentaire, il lui était difficile d'admettre l'ampleur du trouble, surtout vis-à-vis de son médecin.

P5 : « Oui mais j'aurais été vexée je pense si il [le MG] m'en avait parlé »

P5 : « c'est vrai que si dans... dans un an ou deux, je n'y arrive pas toute seule, peut-être que j'irai le voir. »

4.3.1.2. *Le trouble alimentaire comme un ennemi extérieur*

Quelques femmes décrivaient, a posteriori, la découverte du trouble, comme un évènement qui leur tombait dessus, auquel elles ne s'attendaient pas, et qu'elles ne comprenaient pas.

P1 : « On ne sait pas quand ça arrive, on a du mal à s'en débarrasser »

P1 : « Après quand vient ces petits démons, qui vous dit : « bon bah arrête de t'alimenter, mange pas, ou mange et fais toi vomir », c'est dur de lutter contre ça »

P3 : « ça a été une sorte de... de chose pas vraiment réfléchie »

P3 : « honnêtement je ne sais pas pourquoi je suis devenue anorexique »

4.3.1.3. *L'annonce diagnostic : choc et soulagement*

L'annonce diagnostic était souvent vécue comme un choc. Pour quelques femmes, ce choc était suivi d'une sensation de soulagement par la révélation du trouble, et la possibilité d'une prise en charge.

P1 : « C'est pas un choc c'est une prise de conscience. C'est une prise de conscience, c'est une claque quoi : « et oh ! », et bien comme il faut »

P3 : « dès l'instant où on m'a dit anorexique ça m'a tout de suite un peu euh... un peu choqué car je ne m'attendais pas à ce diagnostic »

P6 : « c'est dur à l'entendre, quand on vous dit ça. Enfin on le sait au fond de nous, mais... Ah ça fait bizarre, on se dit : j'ai ce problème »

P6 : « Mais tant qu'on n'a pas un médecin ou quelqu'un qui... qui nous dit que : oui, c'est ça. Ben... on espère toujours de... on se dit que : non, je suis pas comme ça »

P4 : « ça permet de se dire que : ah, si c'est quelque chose du domaine du somatique, peut-être qu'on va pouvoir faire quelque chose »

4.3.2. Le trouble alimentaire lié à la sphère psychologique, des signes qui le précèdent, au suivi qui s'en suit

4.3.2.1. *Les manifestations classées en psychiatries ayant précédées les TCA*

La majorité des femmes expliquaient avoir fait une dépression avant que l'on ne diagnostique le TCA. Les manifestations pouvaient être diverses, avec des crises d'angoisses, des mutilations, des tentatives de suicide.

P1 : « Je n'arrivais pas à m'alimenter suite à cette crise d'angoisse, crise de tétanie, spasmophilie »

P1 : « j'étais pas la seule à avoir fait une dépression, mais ça a commencé comme ça »

P2 : « je me suis recroquevillée un peu sur moi-même et j'ai plongé encore plus là-dedans »

P2 : « je me mutilais, je me coupais les poignets et du coup j'ai dit à ma mère « ben vois ce que j'ai fait sur mon bras » »

P6 : « j'étais en pleine dépression »

P6 : « Quand, du coup j'ai des moments dépressifs, j'allais le voir. Franchement, je savais. Quand j'allais voir mon médecin, je me sentais pas bien, enfin... pas bien psychologiquement, on va dire »

P4 : « que j'ai fait de nombreuses tentatives de suicide aussi »

4.3.2.2. *A la quête de la bonne thérapie*

Une femme avait un idéal de « psychothérapie » qu'elle n'arrivait pas à trouver.

P1 : « Je suis pas encore tombée sur un psychothérapeute en fait »

P1 : « La psychiatre faisait office de psychothérapie mais je la voyais pas la psychothérapie »

P1 : « Là, au jour d'aujourd'hui je cherche à faire une thérapie, j'en trouve pas. »

P1 : « pour faire vraiment une psychothérapie comme on en voit des fois à la télé. C'est pas commun »

Une autre, avait multiplié différents types de suivi, aucun ne lui convenait.

P3 : « Donc après j'ai encore changé, encore changé d'équipe [...] j'ai dû consulter plus d'une vingtaine enfin une quinzaine sans mentir de médecins en tout genre parce que je confonds tout hein, diététiciens, psychanalystes euh... hypnotiseurs »

4.3.2.3. *Rencontrer des obstacles à la prise en charge espérée*

Quelques femmes trouvaient que les unités d'hospitalisation adultes psychiatriques ne correspondaient pas aux TCA.

P1 : « Les centres psychiatriques ne sont pas adaptés aux personnes ayant des troubles alimentaires »

P3 : « Ma mère a appelé plusieurs euh... hôpitaux ou cliniques qui disaient qu'ils ne pouvaient même pas me suivre de jour parce que j'étais majeur »

Certaines rencontraient des problèmes financiers quant à la prise en charge qui leur convenait au mieux.

P1 : « J'ai fait une psychanalyse, mais ça coûte cher. Il était bien le médecin, il était loin, mais c'est cher, je peux pas »

P6 : « Et cette psychologue après, ça faisait partie d'un centre... centre d'aide médico-psychologique, qui est pris par la Ville, donc j'ai été prise en charge à 100% »

P6 : « mais j'étais prête à retourner voir où elle... ma psychologue, je sais qu'elle est partie à Paris, à un moment je me suis dit : je vais aller à Paris. Mais bon après c'était... les tarifs, c'est... c'est archi-cher, quoi. Donc j'ai dit : je pourrais pas »

Une patiente exprimait le sentiment d'avoir été isolée de la prise en charge.

P1 : « ils placent toujours ça, vu que c'est un trouble alimentaire, en psychologie »

P1 : « j'étais euh avec des schizophrènes, j'étais pas avec des gens euh, on m'a mélangé, c'est comme ça qu'ils font »

P1 : « Ils m'ont mis en psychiatrie »

4.3.3. De l'espoir du diagnostic à celui de guérison

4.3.3.1. *Un médecin généraliste qui s'intéresse aux TCA*

Certaines patientes semblaient être rassurées des connaissances du médecin généraliste dans les TCA.

P3 : « elle connaît pas mal de ... elle a déjà traité ce genre de troubles apparemment »

P6 : « c'est un médecin qui sait... il connaît, je trouve, un petit peu. D'ailleurs, la preuve, quand c'est lui qui m'a dit : ben tenez, ça vous dirait d'en parler, voilà. Je lui dis : ben oui, bien sûr. Pareil, quand je le vois, il me demande : alors, et ça, on en est où ? Voilà, il veut savoir un peu »

4.3.3.2. *Le souhait a posteriori d'un diagnostic plus précoce*

Plusieurs femmes exprimaient leur besoin, a posteriori, d'avoir un diagnostic posé plus précocement, afin de réduire le temps vécu sans suivi, mais certaines présentaient également une ambivalence, en ayant conscience du TCA, mais ne voulant pas en parler au médecin.

P2 : « ce serait bien que les médecins je pense qui disent dès les premiers signes de dire même peut-être et dire le mot vraiment... enfin que ce soit anorexie ou boulimie ou... voilà, dire le mot pour que euh... pour qu'on se confronte en fait à cette chose-là »

P2 : « En posant des petites questions ... voilà je pense que c'est... en plus voilà c'est, ça prend pas longtemps c'est juste voilà, des petites questions anodines comme ça. Mais oui je pense que ça permettrait de détecter plus tôt euh... les troubles alimentaires et euh... je pense que ce serait bien »

P6 : « Donc, on se dit, peut-être lui, il va le découvrir, vu que c'est un docteur. On croit qu'ils découvrent tout, mais... non. (rires) Mais non. Je me suis rendu compte que non »

P6 : « On se dit, vu que nous on veut pas en parler, mais on veut qu'on médecin nous aide, mais... c'est compliqué »

P6 : « Peut-être j'aurais aimé qu'ils découvrent par eux même et me posent peut-être en premier la question pour que... pour que je sois suivie avant, depuis longtemps »

P6 : « Donc j'aurais, oui, peut-être, aimé qu'il découvre avant. Le généraliste »

P6 : « Les généralistes. Ou peut-être on croit qu'il va le déceler, trouver ça, mais non. Donc... Peut-être, j'aurais attendu ça »

4.3.3.3. *Pouvoir guérir ?*

Une des femmes ne pensait pas que le trouble perdurerait aussi longtemps, alors qu'il évoluait depuis 2 ans. Elle pensait que personne ne pouvait l'aider, et qu'elle était seule responsable de son amélioration.

P3 : « honnêtement je ne pensais pas que ça allait être aussi long »

P3 : « A mon avis, j'ai enclenché la vitesse supérieure quand je me suis dit « XXXX t'es toute seule, tu ne peux compter sur personne euh... sur aucune aide extérieure donc si tu veux t'en sortir euh... c'est à toi de bouger tes fesses en gros et c'est toi de faire ce qui faut parce qu'au final pour reprendre du poids »

P3 : « au final comme je vous le dis les progrès que j'ai fait depuis quelques mois euh... je pense me les devoir qu'à moi-même et à mon entourage et pas forcément aux changements d'équipe »

A l'inverse, une autre avait l'impression qu'avec le suivi psychologique, elle était proche de la guérison, mais que sans aide extérieure, ce ne serait pas possible.

P6 : « ça a beaucoup évolué la maladie, vers la fin[du suivi par la psychologue], ça... ça guérissait »

P6 : « on espère toujours de... on se dit que : non, je suis pas comme ça. Ou... ça va passer, ou... je vais guérir toute seule. En fait, on croit qu'on va s'en sortir tout seul. Mais c'est impossible. Impossible »

4.4. Gérer son trouble alimentaire au quotidien : un fardeau et des solutions

4.4.1. Les conséquences néfastes dans les différents domaines de la vie du trouble alimentaire

4.4.1.1. *Conséquences et inquiétudes engendrées sur la santé*

La majorité des femmes se posaient des questions sur les conséquences du trouble alimentaire sur leur santé, leur espérance de vie. Elles en étaient inquiètes.

P2 : « j'étais crevée tout le temps »

P1 : « je n'ai plus la même vivacité, mais la même énergie qu'avant parce que je fais des carences, »

P1 : « manger c'est vital pour la santé »

P4 : « maintenant j'aimerais aussi perdre du poids pour... maintenant que j'ai acquis une certaine stabilité dans la vie quand même, pour... ben pour pas perdre toutes les... quelques années... pouvoir vivre les 30 ans qu'il me reste. 30 ans, quoi, pas 25 »

P6 : « Parce que ça...pour la santé, c'est pas bon, ça apporte des carences, des... pleins de trucs comme ça. Et... c'est inquiétant mais... C'est inquiétant mais, on peut pas faire autrement »

4.4.1.2. *Conséquences sur l'emploi et la scolarité*

Le trouble alimentaire envahissait la capacité de certaines femmes à travailler, elles se retrouvaient alors sans emploi, en invalidité, ou déscolarisées.

P1 : « je m'absentais au travail, je n'avais plus la force »

P1 : « pour l'instant je ne travaille pas, euh suite à ma pathologie »

P2 : « je ne peux plus aller en cours [...]j'ai fait les cours à la maison [...]certes ça m'a enlevé le poids des cours, le stress d'aller en cours tout ça mais au final, comme on m'avait dit, je me suis recroquevillée un peu sur moi-même et j'ai plongé encore plus là-dedans »

P4 : « j'ai dû arrêter de travailler, alors que j'avais un métier »

4.4.1.3. *Isolement social*

Un isolement social était décrit par quelques femmes, qui s'isolaient de leurs amis pour ne pas prendre le risque que le trouble alimentaire puisse être découvert.

P1 : « je refusais toute invitation au restaurant des amis tout ça, je savais que je ne pourrais pas manger »

P2 : « certes ça m'a enlevé le poids des cours, le stress d'aller en cours tout ça mais au final, comme on m'avait dit, je me suis recroquevillée un peu sur moi-même et j'ai plongé encore plus là-dedans »

P6 : « Non, on se cache, quoi. On se... on se détache des gens, parce que il faut... »

4.4.2. Le trouble alimentaire et l'entourage

4.4.2.1. *La honte et la peur du regard des autres*

Un sentiment de honte générait le besoin de cacher le trouble à l'entourage pour certaines femmes. L'une d'entre elles était même étonnée que son frère n'ait pas honte de son image corporelle

P1 : « Manger c'est lourd, ça me pèse, je peux pas manger autant qu'eux »

P4 : « mon frère m'a annoncé qu'il se mariait [...] Parce qu'en plus il me demande d'être son témoin, donc euh... Je suis très euh, d'abord j'ai été très émue, après très touchée, et puis ben maintenant je me dis, j'ai jusqu'au mois de mai pour... perdre quelques kilos pour pouvoir mettre une jolie robe, et qu'il n'ait pas honte de moi [...] il me demande d'être son témoin donc heu... je me dis qu'effectivement. Ben peut être qu'il fait pas attention à l'aspect extérieur de sa sœur »

P6 : « C'est l'impression... On va nous juger. Ou je sais pas... C'est bizarre comme sensation »

P6 : « Enfin comme moi je me sentais coupable, et que j'avais honte »

4.4.2.2. *Un équilibre difficile à trouver, fragilisé par les événements extérieurs.*

Quelques patientes décrivent, après une période d'amélioration du trouble alimentaire, une reprise et une aggravation suite à un élément déclenchant, tel que la perte d'un proche, ou la séparation brutale imposée par le thérapeute.

P1 : « Après y a eu le décès de ma sœur. Rebelote, je m'alimentais moins qu'avant, mais j'avais repris une alimentation normale, j'avalais pas beaucoup, pas des grosses quantités, je faisais attention parce que j'ai pas d'accompagnement médical »

P5 : « là, mon père est décédé depuis un an, donc ça fait ressortir encore plus de choses »

P6 : « depuis que je suis plus avec elle... parce qu'en plus, elle m'a quitté brutalement... et ben ça a été un gros choc pour moi [...] Ca allait vraiment pas. Parce que, en plus... donc du coup, ma boulimie... mon anorexie-boulimie est revenue... au galop, vite fait, bien fait »

4.4.2.3. *Un évènement faisant tomber les secrets autour du trouble alimentaire*

L'une des femmes avait trouvé un moyen de cacher les vomissements, en s'enfermant à clés dans les toilettes. Un jour, suite à un incident, la serrure avait été cassée. Cet évènement a été vécu comme un drame pour la dame qui s'est alors sentie contrainte d'en parler à son médecin et à son compagnon. Son système de maîtrise du trouble avait été mis à plat, mais elle avait finalement été soulagée de pouvoir en parler. De ne plus avoir à porter, seule, ce fardeau.

P6 : « On a été obligés de défoncer la serrure. Et là, pour moi, quand j'ai vu ça, ça a été terrible, je me suis dit : là, c'est un gros problème [...] là, je me suis dit : ça va être une catastrophe. Tout de suite, j'ai pensé à ça, moi. Je me suis dit : mais, ça va être une catastrophe [...] je pourrais plus m'enfermer. Je me dis... en fait j'osais... j'allais même plus vomir du coup, le fait que la porte était fermée. Ne pouvait pas se fermer. J'avais peur que quelqu'un rentre, qu'on découvre... »

P6 : « je lui en ai parlé à lui aussi. A mon compagnon. Je crois là semaine qui suivait... ce problème de porte. Ca... tout a... j'ai été obligée de dire. Enfin je sais... Il a fallu que je dise. [...] Après, ça a été un soulagement quand même, parce que lui aussi... il a compris un peu, et il m'a aidée dans tout ça. Mais ça a été dur. Ca a été dur de le dire »

4.4.2.4. *Les femmes et le désir de maternité et la peur de transmission du trouble*

Deux des femmes avaient essayé d'avoir des enfants en vain, passant même par les protocoles de procréation médicale assistée sans résultat. Pour l'une cela était très difficile à accepter. Le trouble alimentaire était pour elle la cause de l'incapacité à avoir des enfants.

P1 : « mon médecin il m'a dit : « oui, mais vous avez des troubles alimentaires », du fait que voilà votre réserve ovarienne, à cause... Voilà, vous savez, si je n'avais pas cette maladie, peut

être que ma réserve ovarienne n'aurait pas diminuée comme ça [...] si je n'avais pas cette maladie, peut être que ma réserve ovarienne n'aurait pas diminuée comme ça, je n'aurais pas eu des difficultés à enfanter, je suis tombé enceinte naturellement au mois de novembre, mais dieu n'a pas voulu que je le garde »

P4 : « Les inséminations artificielles, les FIV, tout ça avec sperme de donneur et que ça n'a pas marché. Ça n'a pas marché, euh... Ceci dit avec le recul je sais que c'est dans ma tête que ça se passait. »

L'une d'entre avait la crainte de ne pas savoir s'occuper d'une fille.

P4 : « C'est peut-être pas si mal que je n'aie pas eu d'enfant [...] Peut-être que si j'avais eu des filles je n'aurais pas su faire non plus »

P4 : « je pense qu'il y a des choses qui... je pense vraiment qu'il y a des choses qui se... qui se transmettent... génération en génération. Par rapport au... par rapport à mon corps »

Une autre avait 2 enfants, et avait été étonné que le trouble alimentaire ne cesse pas pendant la grossesse, et avait peur d'engendrer des troubles alimentaires chez ses enfants.

P6 : « Et alors que moi, je croyais, le fait d'être enceinte, je me suis dit, quand j'étais jeune, je me suis dit : oh le jour que je suis enceinte, ça s'arrêtera. Bah non. Ben non »

P6 : « c'est quand nous, à nouveau, on devient mère. De... pfffiou. Ca c'est dur. Parce qu'alors, là... Là, et depuis... et quand j'ai eu mon garçon, ça a été. Franchement, ça a été. Mais par contre, quand j'ai eu ma fille, alors là, c'est terrible »

P6 : « devenir maman, on a des inquiétudes. En plus, pendant ma grossesse quand même. Ca m'a... J'ai eu deux enfants, ça arrivait quand même beaucoup moins, c'était moins fréquent, c'est pas pareil. C'est différent, mais quand même. Je me faisais quand même vomir. Ou je mangeais... ou si, non, je restais pas une journée sans manger, c'est pas possible. Mais, ouais, quand même »

4.4.3. La gestion du trouble alimentaire par les femmes

4.4.3.1. *Différentes présentations du trouble alimentaire*

Les femmes avaient des manifestations différentes de trouble alimentaire. Une était dans la restriction. Plusieurs se faisaient vomir. Une majorité présentait des troubles la nuit. Quelques-unes se levaient même la nuit pour manger.

P1 : « je mangeais pour me faire vomir, c'était toujours le soir ou la nuit »

P3 : « moi c'était vraiment que dans la restriction, je ne mange plus ça, je ne mange plus ça mais ça n'a jamais été autre chose [...] le soir je diminuais »

P5 : « une fois je me suis rendue compte que de 17h à 23h, je n'ai fait que manger. J'ai mangé tout le temps, quoi, de 17 à 23 »

P5 : « Mais je sais pas pourquoi j'ai besoin de... de manger la nuit, quoi, c'est bête »

Parfois le trouble était décrit comme une addiction.

P5 : « C'est un besoin qu'à partir de 17h. Enfin c'est... c'est un manque à partir de 17h. C'est même plus un besoin, c'est un manque »

4.4.3.2. *Etre dépassé par le trouble alimentaire*

Certaines femmes décrivaient des périodes où le trouble devenait insupportable. La persistance du trouble dans le temps était souvent mal vécue.

P1 : « ils deviennent adultes et ça continue : regardez 45 ans, c'est lourd hein quand même »

P1 : « j'espère ça va s'arrêter un jour »

P2 : « Parce que je sais pas j'ai craqué j'en pouvais plus »

P4 : « Moi, mon corps c'est une prison. Je l'aime pas, je suis pas à l'aise avec, il me fait pas plaisir »

4.4.3.3. *Trouver des exutoires au trouble alimentaire*

L'une des femmes utilisait la religion comme moyen thérapeutique.

P1 : « je cherche quelqu'un, je cherche après Allah. Je cherche, je veux faire une psychothérapie »

P1 : « Donc d'où l'importance, d'où le désir, mais le souhait de trouver un, tout est volonté de dieu, parce que je suis croyante, je vous ai dit ça aide beaucoup les gens dans mon cas »

P1 : « Parce qu'une personne qui n'est pas croyante, elle va se suicider, elle va se tuer. Et y a une phase où je voulais ça, et quand je vous dis, j'aime pas dire le mot suicide, parce que je suis croyante c'est pêché »

Une autre utilisait le travail comme moyen thérapeutique. Etant institutrice, elle cherchait à transmettre le plaisir des repas aux enfants.

P4 : « .Je crois que c'est important d'apprendre aux enfants à... à aimer manger, mais à manger sans se... sans se goinfrer, je crois qu'il y a plein plein de choses, plein de choses à faire autour de ça »

4.5. Le médecin généraliste, un acteur de confiance, un allié ?

4.5.1. Relation de confiance

4.5.1.1. Choisir son médecin généraliste

Différentes femmes exprimaient la possibilité de changer de médecin généraliste, de choisir le leur, afin de bien s'entendre avec lui.

P4 : « j'ai tout de suite quitté ce médecin et je me suis retrouvée chez l'autre médecin du village, monsieur XXXX »

P6 : « C'est vrai qu'avec lui, je me suis... je l'ai trouvé assez cool, donc ça a été... J'ai pas eu trop de mal à en parler »

P4 : « je ne pourrais pas aller voir un médecin femme »

4.5.1.2. Une relation de confiance avec le généraliste

Certaines femmes décrivaient une relation de confiance avec leur médecin, qui se renforçait au fil du temps. Cette relation était basée sur l'écoute et l'aide apportées à ses patients.

P1 : « Parce que le médecin généraliste, il vous suit, il vous connaît, y'a eu confiance, y'a un lien qui se fait »

P4 : « on a la chance de pouvoir aller le voir juste pour parler »

P6 : « Il est à l'écoute »

P4 : « il a fait son boulot. Moi j'attendais que ça. Quelqu'un qui m'aide »

Les qualités de prise en charge de la patientèle étaient reconnues par certaines patientes. L'une d'entre elles allait jusqu'à faire de la « pub » pour son médecin.

P1 : « on sait que le médecin traitant a sa vie »

P4 : « on a la chance de pouvoir aller le voir juste pour parler »

P6 : « On se dit, vu que nous on veut pas en parler, mais on veut qu'on médecin nous aide, mais... c'est compliqué »

P4 : « je lui [au MG] envoie mes copines. »

4.5.1.3. *Absence de jugement par le médecin généraliste*

L'absence de jugement montré par le MG, permettait à certaines femmes de se sentir en sécurité, et d'être en confiance. Elles exprimaient alors la possibilité d'aller voir leur MG quand elles ne se sentaient moralement pas bien.

P1 : « Il a ses opinions qu'il garde bien, mais bon il est là quand même »

P4 : « quand je craquais au niveau du poids, jamais il m'a... jamais rien dit de négatif. Quand je lui redemandais, on repartait ensemble, il a jamais... il a jamais baissé les bras. Il m'a jamais dit non »

P6 : « Il est à l'écoute, et ça... ça reconforte un peu de savoir que... que voilà, si besoin, il est là, et qu'il... voilà, lui aussi »

4.5.2. Quelle relation avec le médecin généraliste ?

4.5.2.1. *Les sentiments*

La relation médecin-malade était décrite par deux femmes, comme une relation sentimentale très forte, voire une relation amoureuse pour l'une d'entre elles, qui éprouvait de la jalousie à devoir partager son médecin avec d'autres patients.

P1 : « Juste le réconfort, le soutien, cette relation »

P1 : « Et quand je le vois, c'est un moment de...quand je vois le Dr XXXX c'est un moment de...ça me fait du bien »

P1 : « sortir de chez le médecin traitant, mon généraliste qui me dit euh... Sortir avec le sourire, ça vous donne la patate, ça vous donne envie de franchir d'autres portes »

P1 : « Et le temps qu'on arrive pas à passer avec le médecin traitant, parce qu'on ne peut pas se le garder pour nous, pour soi »

P1 : « Mais au niveau euh, sentimental, je sais pas si c'est bien de vous dire, mais au niveau sentimentale y a quelque chose qui se crée [...] y'a de l'amour mais pas de l'amour comme on est amoureux du médecin, un sentiment affectif avec le médecin traitant »

P4 : « c'est une relation... ouais, c'est une relation de confiance. Je dirais même que... ça va au-delà de la relation médicale »

4.5.2.2. *Les attentes face au médecin généraliste*

Chaque personne décrivait des attentes particulières. L'une aurait aimé que le MG pose un diagnostic de TCA alors qu'elle ne décrivait aucun symptôme correspondant. L'une voulait que le MG puisse détecter et prévenir les épisodes de rechute dans le TCA. Plusieurs parlaient de l'importance pour elles de l'orientation des malades.

P2 : « je trouve que c'est bien même si bon sur le moment on râle un peu... Rrrr oh la la c'est bon... mais c'est vrai que ça permet de détecter c'est vrai si on replonge un peu »

P2 : « Essayer de détecter si je replonge dedans »

P1 : « Si le médecin connaît son patient, il a compris qu'il allait être à son écoute, il va l'orienter sur quelqu'un qu'il connaît, qu'il connaît, qui a de l'expérience, qui a déjà traité et avec sincérité »

P4 : « Qui a toujours les bonnes adresses, qui sait où envoyer le malade »

P6 : « donc je lui disais pas : oh ben je vomis, hein. Et des fois, quand il me... il m'auscultait, je... peut-être que j'ai espéré qu'il le découvre »

P6 : « Donc, on se dit, peut-être lui, il va le découvrir, vu que c'est un docteur. On croit qu'ils découvrent tout, mais... non. (rires) Mais non. Je me suis rendu compte que non »

4.5.2.3. *Durée et fréquence des visites, comme un psy*

La fréquence de consultation et la durée de suivi par le MG était excessivement variable. Pour certaines, plusieurs consultations par mois, pour d'autres, à peine une fois par an. L'une d'entre elles exprimait le besoin de consultation de longue durée, quitte à empiéter sur le rendez-vous du patient suivant.

P1 : « Donc là je le prends encore chez mon médecin traitant, il le sait, il le sait, c'est pas un quart d'heure, c'est 20 minutes, 25 minutes, j'empiète sur l'autre rendez vous, sur l'autre patient, et il le sait, et donc il reste patient »

P5 : « Non, j'y vais très rarement. J'y vais, je sais pas... une fois par an. Des fois zéro par an »

P1 : « bah le médecin traitant ça m'est arrivé de le voir 2 fois, trois fois dans le mois, ça m'est arrivé hein »

P1 : « On vient plus souvent le voir »

P6 : « Pour avoir déjà mon ordonnance, je suis obligée tous les deux mois »

P4 : « Ah le médecin généraliste, 25 ans. On vieillit ensemble, on a à peu près le même âge, *rires*, on vieillit ensemble, c'est quelqu'un en qui j'ai hyper confiance, euh, en qui j'ai confiance »

4.5.3. Des médecins généralistes pas toujours à la hauteur des attentes et besoins des patients.

4.5.3.1. *Devoir faire attention à ce qui est dit aux patients*

Une patiente décrivait que le médecin n'avait pas réellement entendu sa souffrance quant à la perte de poids, et avait banalisé le début du trouble alimentaire, ce qui avait réduit sa confiance en la prise en charge médicale. Une autre avait été profondément blessée par les paroles maladroites de son médecin.

P3 : « ce n'était pas régulier et effectivement elle avait... enfin j'étais montée sur la balance etc... et elle a vu que j'avais perdu du poids et elle lui avait dit « ben vous lui ferez des crèmes dessert et ça ira mieux ou ben oui c'est typique des Prépas »

P4 : « ah il a évoqué les choses d'une façon extraordinaire. J'ai beaucoup beaucoup d'estomac, et... j'étais allongée sur son truc, là et... je sais plus ce que j'avais. Oh il me dit : ah vous avez l'estomac vraiment... il me faudrait un pied à coulisse pour mesurer (rires) »

P4 : « Faut faire... faut faire très attention à ce qu'on dit aux gens. Quand on est médecin encore plus »

4.5.3.2. *Quand la confiance n'est pas au rendez-vous*

Les femmes qui ne consultaient que rarement leur médecin expliquaient qu'il n'existait pas de relation franche de confiance avec leur médecin. Pour elles le médecin pouvait être interchangeable pour assurer la consultation.

P2 : « franchement que j'aie vu ce médecin généraliste ou un autre que j'ai jamais vu c'est pareil quoi »

P3 : « je ne lui fais spécialement confiance »

4.5.3.3. *Craindre la nouvelle génération de médecins*

Deux patientes décrivaient la crainte de l'arrivée de la nouvelle génération de médecin. La peur principale était que les médecins de la nouvelle génération ne prennent pas le temps d'écouter les patients.

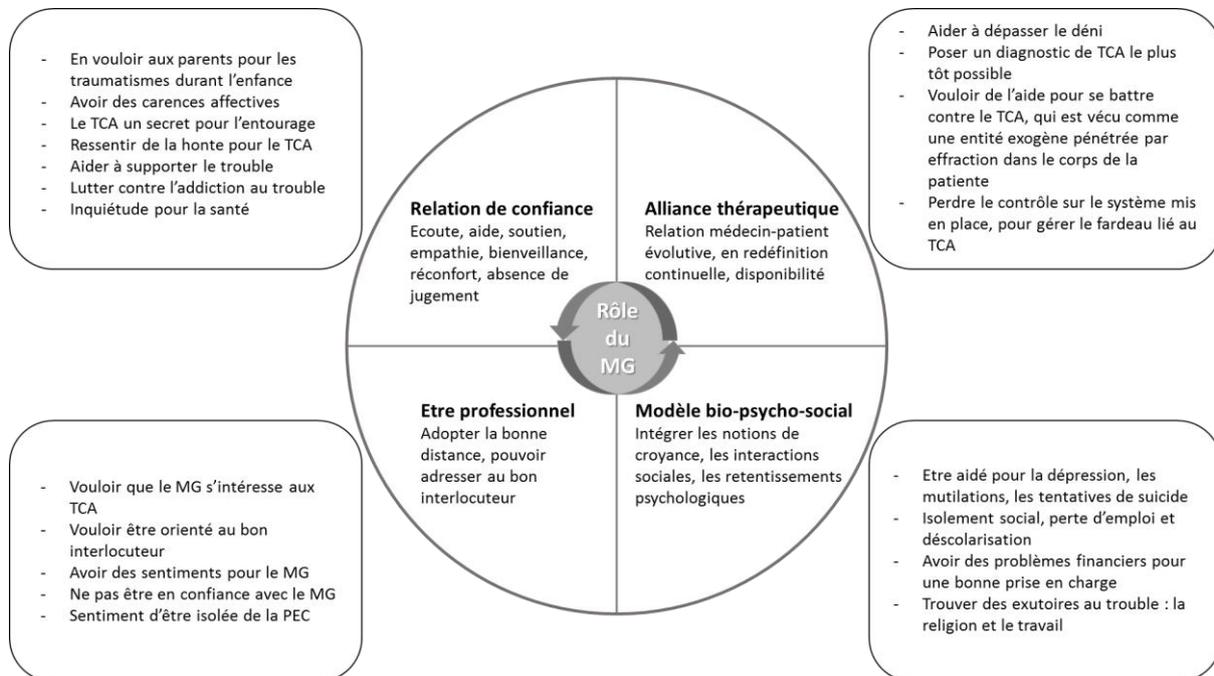
P1 : « J'espère la génération qui arrive, ça va être encore être pareil. Ils vont pas faire ça... On a peur de la jeunesse »

P4 : « c'est pessimiste ce que je dis mais euh, mais je pense que ça va être de plus en plus rare. Après il faut faire confiance aux jeunes, rires, et voilà »

P4 : « il a des stagiaires régulièrement. Donc à chaque fois, je demande : alors ça vous plait la médecine rurale ? Oui, oui, c'est très bien, j'apprends plein de choses. Ah ben vous allez vous installer à la campagne alors. Ah non (rires) ! Et puis c'est le côté enseignant, ça m'intéresse toujours »

5. Discussion

5.1. Reprise des principaux résultats et modélisation



Les résultats thématiques émergeant de l'analyse des verbatim, nous a permis d'aboutir à l'élaboration d'un modèle, après la phase d'interprétation. Au centre de ce modèle est représenté le rôle du MG d'après le vécu des patientes, avec les solutions qu'il peut apporter. A l'extérieur, dans les 4 encadrés, les attentes des patientes envers le MG. Le rôle du MG a été défini en suivant les attentes des patientes devant les problèmes rencontrés, et se constitue de quatre catégories qui se recoupent dans la pratique du MG. La relation de confiance était décrite comme la capacité d'écoute, le soutien, l'aide apportée, l'empathie, la bienveillance, l'absence de jugement permettant de pallier au sentiment fort de honte ressentie par les patientes. Ces notions recourent les compétences de l'alliance thérapeutique, qui se définit dans le temps, et qui est évolutive en fonction des besoins du patient. L'alliance thérapeutique repose sur un ensemble de conditions : respect, engagement, solidarité, réciprocité, sentiment d'avoir été entendu par l'autre. Dans la maladie chronique, la construction de ce partenariat peut avoir comme finalité de rechercher ensemble les solutions face à l'expression de difficultés à suivre le traitement [17] [18] [19]. Etre professionnel, afin de conserver la bonne distance et d'orienter les patientes vers le bon interlocuteur de confiance pour elles et pour nous. Le modèle bio-psycho-social [20] intègre

les notions de croyance des patientes, les interactions sociales, et les retentissements psychologiques, répondant aux besoins de prise en charge de la dépression, de l'isolement social, de la perte d'emploi et de la déscolarisation.

5.2. Une littérature riche à multiples facettes

5.2.1. Les origines du trouble alimentaire et son installation

Cinq des six patientes ont eu le besoin de raconter la place que tenait, à leur avis, la relation décrite comme pathologique avec leur mère dans la naissance du trouble alimentaire. Une mère qui était souvent décrite comme « dure », dépressive, n'apportant pas assez de vigilance et d'affection à sa fille, allant parfois jusqu'à laisser des personnes agir de façon inappropriée avec le corps de leur fille. Ce récit de la mère responsable de la genèse des troubles était inattendu. Certaines patientes éprouvaient encore de la rancœur envers la mère lors de notre rencontre. Winnicott explique la naissance de ce problème par un manque de « holding ». Le « holding » étant l'environnement stable, ferme et capable de porter psychiquement et physiquement l'enfant. C'est quelque chose de naturel pour la mère. Elle comprend spontanément et par empathie ce qu'il faut à l'enfant, ce qui est bon pour lui. Lorsque la mère est dans un état ne permettant pas le « holding », tel qu'une dépression sévère, les interactions, notamment lors des repas avec l'enfant sont anormaux, et participent probablement à développer des états comportementaux pathologiques par la suite [21].

La naissance du trouble alimentaire était décrite, par certaines, par la peur de grossir et le besoin de régime. D'autres, au contraire, décrivaient ne pas supporter la frustration, ce qui entretenait ou majorait le trouble. Le rapport à la nourriture ou le vomissement était décrit par certaines comme un besoin, voire une addiction, engendrant un soulagement une fois le besoin assouvi, suivi d'un sentiment de culpabilité. L'une d'entre elles décrivaient d'ailleurs avoir développé une addiction à l'alcool, en plus du trouble alimentaire, lorsque ses événements de vie l'ont encore plus tourmentée. Des études ont montré que la population étudiante présentant des TCA, présentait deux fois plus de troubles addictifs (alcool et drogues, sauf pour les anorexiques restrictives où l'alcool est trop calorique) que la population témoin. Une proposition d'explication génétique est donnée concernant ce sujet, et en cours d'exploration. De plus, on trouvait plus de conduites addictives dans les familles de TCA que dans la population générale dans une étude britannique [22]. Ceci nous permet de penser

qu'un traitement des TCA sous la forme des traitements des conduites addictives est à considérer.

5.2.2. Le diagnostic et la prise en charge du trouble, les différents acteurs, et les différents aspects du trouble

Le trouble alimentaire était décrit par certaines patientes comme un évènement inattendu qui leur tombait dessus, parfois décrit comme une « chose », ce que Laplantine [23] décrit comme un ennemi extérieur. Cet ennemi extérieur est l'expression du déni, de l'amnésie des évènements traumatisants engendrant les troubles. Etre surprise de l'existence de la pathologie montre le fort déni lié au problème alimentaire. La plupart décrivait être choquée par l'annonce diagnostique, puis soulagée car une prise en charge devenait alors disponible. Diagnostiquer le trouble semblait avoir un effet thérapeutique en soi. Paradoxalement certaines auraient souhaité que le diagnostic soit posé plus précocement. Dépasser le déni semble être une étape cruciale pour les femmes interrogées, et travailler dans une relation basée sur l'alliance thérapeutique permettrait peut-être pour les MG de poser le diagnostic et aider les patientes, et de pouvoir dépasser le déni. Il est souvent rappelé que le suivi débute quand le patient en émet réellement le souhait [24].

Plusieurs patientes décrivaient avoir eu des manifestations psychiatriques avant l'apparition du trouble alimentaire. L'une présentait des troubles anxieux. Plusieurs décrivaient une dépression, avec des éléments de gravité à type de mutilations, et des tentatives de suicide. Ce qui correspond aux données de la littérature à propos d'un fort risque suicidaire et des pathologies psychiatriques associées au TCA [25] [26]. Une association est fréquemment retrouvée entre TCA, anxiété et/ou dépression. L'anorexie nerveuse présente le plus haut taux de mortalité des maladies psychiatriques, entre 8% et 15% après 12 ans d'évolution [27] [24]. D'ailleurs, lorsque nous avons mené l'étude, l'une des rencontres n'a pas eu lieu, probablement suite à une tentative de suicide, ce qui nous a choqué, puisque la démarche et la dynamique de participation à l'étude étaient en place. Un tel acte ne nous semblait pas possible dans ce contexte. Ce qui illustre l'idée de la fragilité psychiatrique des patients ayant des TCA.

Le suivi ne satisfaisait pas certaines patientes. Parmi elles, certaines rencontraient des obstacles à la prise en charge souhaitée, entre l'absence de structure adaptée, d'unité

d'hospitalisation spécialisée pour les adultes, comme retrouvé dans une étude réalisée au Royaume-Uni, qui décrivait également un développement insuffisant du réseau [28], et les difficultés financières permettant de voir le psychologue choisi et souhaité.

Le sentiment de possibilité de guérison était très variable d'une patiente à l'autre.

Lorsque les MG avaient des connaissances concernant les TCA, les patientes semblaient rassurées. Une étude avait montré qu'une bonne alliance thérapeutique avec le MG faisait partie des facteurs prédictifs positifs dans l'efficacité d'un traitement de la boulimie [29]. Chacune des patientes avait trouvé un moyen au quotidien de gérer son trouble alimentaire. Entre les manifestations cliniques telles que les vomissements, les horaires de crises hyperphagique (« 17 heures à 23 heures »), et les moyens « extérieurs » comme l'utilisation du travail ou de la religion comme moyen thérapeutique. Néanmoins l'équilibre était précaire, le moindre évènement contrariant entraînant une franche majoration du trouble. Pour plusieurs d'entre elles, un isolement social s'instaurait devant le besoin de cacher le trouble à l'entourage, secondairement au sentiment de honte ressenti.

Le trouble alimentaire impacte la vie des patientes dans différents domaines. La maladie est d'évolution longue (plusieurs années), symptomatique, nécessitant une organisation quotidienne pour gérer le trouble. Son traitement nécessite un suivi pluridisciplinaire, avec différents acteurs de santé, et une importante fréquence de consultations. Le retentissement social est majeur. Tous ces éléments pourraient se transposer aux pathologies chroniques comme le diabète à un stade avancé, l'arthrose, ou le cancer [30]. La gestion des TCA est peut-être comparable à la gestion des pathologies chroniques par les patients, pour qui celle-ci représente un « fardeau ». Ce fardeau est défini comme le travail que doit faire un patient pour se soigner, c'est-à-dire l'impact de la prise en charge médicale sur le bien-être et la qualité de vie [30]. Devant son impact, des outils de mesure sont mis en place, afin que les MG puissent en évaluer le retentissement et, en fonction du résultat, apporter des solutions adaptées. Le concept de fardeau permet de mettre en évidence que les MG ont finalement le même rôle de minimisation du fardeau pour des pathologies chroniques pour lesquels ils n'ont pas de sentiment d'impuissance que pour les TCA.

5.2.3. Perceptions du rôle et de la place du MG

Quelques patientes décrivaient leur MG comme un acteur de confiance de la prise en charge. Quelqu'un qui ne présente pas de jugement, permettant aux patientes de se sentir moins honteuses, et de pouvoir parfois parler du trouble. Certaines étaient rassurées de sa disponibilité, de son écoute, de l'aide qu'il pouvait apporter à tout moment. Ce qui est également décrit dans la littérature, dans une étude réalisée chez les patients présentant des TCA, les sentiments de soutien et de satisfaction de la prise en charge étaient majorés lorsque le MG était disponible, et souvent vu pour le TCA [31].

Une des patientes avait développé des sentiments, semble-t-il, amoureux pour son médecin. Ceci montrant la difficulté à adopter la bonne posture, et l'importance probable de la pluridisciplinarité de la prise en charge.

Une des patientes ayant une forme subsyndromique de boulimie décrivait une bonne relation de confiance avec son MG, mais paradoxalement, ne voulait pas lui dire le trouble. Ce qui correspond aux résultats d'une étude, qui montrait que les patients boulimiques consultaient régulièrement leur MG, pour différents types de problèmes de santé, sans que la boulimie soit détectée ni évoquée [32].

Certaines patientes décrivaient la possibilité de changer de MG si elles n'étaient pas satisfaites de la relation. Quelques une attendaient du MG qu'il soit prudent quant aux paroles prononcées. Une patiente trouvait que sa demande d'aide n'avait pas été entendue. Quelques-unes décrivaient être rassurées par les connaissances du MG sur la pathologie. Le manque de connaissance du MG concernant la boulimie, et une mauvaise alliance thérapeutique faisaient partie des facteurs prédictifs négatifs concernant l'efficacité d'un traitement de la boulimie [29].

5.2.4. Comparaison avec les résultats de la thèse miroir [14]

La plupart des patientes décrivaient la prise en charge comme difficile et longue, ce qui se transpose aux résultats de l'étude des perceptions des MG dans la prise en charge des TCA.

De même que dans la thèse miroir, des éléments positifs ressortaient sur la prise en charge, avec la description d'une relation de confiance. Une étude mettait en évidence que 59% des MG ne pensaient pas avoir les compétences nécessaires pour faire le diagnostic de TCA [33]. L'enjeu d'une bonne prise en charge dépend bien des deux acteurs, d'un côté une patiente

prête à se livrer et de l'autre, un médecin prêt à écouter et confiant dans ses capacités d'écoute.

Une seule patiente a décrit une majoration de la confiance envers le MG suite au diagnostic.

Cinq des six patientes dans notre étude ont décrit une prise en charge pluridisciplinaire, parfois complexe, incluant celles qui présentaient une forme subsyndromique de TCA. Les MG évoquaient régulièrement les difficultés à adresser ou à trouver un interlocuteur privilégié, d'où ce sentiment d'isolement.

Les médecins avaient décrit que la prise en charge avait débuté lorsque les patientes en avaient émis le souhait, là où paradoxalement une majorité de patientes aurait souhaité débiter plus précocement la prise en charge dans l'étude.

La fréquence du suivi était décrite de la même façon chez les patientes et les MG, à savoir déterminée par les patientes.

5.3. Validité

5.3.1. Faiblesses de l'étude

Nous avons suivi les items de l'échelle COREQ 32 [12] prévu pour les rapports de recherche qualitative par entretien individuel. Certains items n'ont pas été respectés par choix. La vérification des verbatim par les patientes n'a pas été effectuée, car devant le fort déni de la pathologie, et l'abondance de la production des données par les patientes, le risque de les confronter à des résultats difficiles à entendre, et probablement choquants était trop important. Les données ayant été analysées, il serait intéressant a posteriori d'aller à leur rencontre, afin d'exposer les résultats selon leur capacité d'écoute.

Les entretiens ont été réalisés par une interne de médecine générale, qui réalisait des entretiens pour la première fois. Le manque d'expérience et aussi la difficulté initiale d'aborder la population a pu rendre moins riche les données. Mais la triangulation, le journal de bord et les réunions régulières avec les autres chercheurs ont permis d'amener une certaine richesse des catégories.

La saturation des données n'a probablement pas été obtenue, devant la difficulté pour recruter les patients. Les coordonnées de seulement 6 femmes ont pu être communiquées

par 3 médecins sur les 6 contactés sur une période de 9 mois. Cette difficulté de recrutement de patients présentant des TCA dans la population de MG est l'un des obstacles pour réaliser des études dans cette population et l'éthique du chercheur est primordiale dans ce genre de population fragile.

5.3.2. Forces de l'étude

Nous avons réalisé la première étude en France explorant les perceptions des patientes ayant des TCA sur le rôle de leur MG et des acteurs de santé, ce qui en fait toute son originalité. De plus les résultats sont transposables aux perceptions de la prise en charge des TCA par les MG, puisque les patientes rencontrées sont issues de la patientèle des MG de l'étude miroir.

La triangulation des données a été réalisée en codant par 2 personnes le premier entretien, obtenant le même codage axial.

Les thèmes ont été déterminés suite aux résultats de l'analyse des données obtenues par les entretiens individuels.

5.4. Perspectives

Les résultats ont montré que plusieurs patientes auraient souhaité un diagnostic plus précoce. L'une n'était toujours pas diagnostiquée. Ces résultats correspondent aux données de la littérature montrant que les TCA sont sous diagnostiqués et sous traités, que les MG rencontrent des difficultés pour poser le diagnostic [34], et qu'il faudrait pouvoir mettre en place des outils de détection de la boulimie [24] [32], et des autres formes de TCA. Ces patients consultaient plus fréquemment pour des problèmes gastro-intestinaux, psychologiques et gynécologiques durant les 5 ans précédant le diagnostic dans une étude récente [10]. Certaines études proposaient des formations aux MG afin d'améliorer leurs compétences concernant les TCA [33] [35]. De la même façon, une autre étude réalisée dans l'Ohio aux Etats-Unis, concluait qu'il faut dépister la population à risque, car le dépistage est peu coûteux et rapide [36].

Néanmoins, outre les outils de dépistage, il n'est pas possible de poser un diagnostic de TCA, ou de débiter un suivi, sans que les patients aient dépassé le déni. Plus qu'une formation spécifique aux TCA, une formation permettant de développer les compétences de relation de soins et de coordination est à intégrer de façon consensuelle au sein du DES de MG. Ce sont

d'ailleurs deux des six compétences fondamentales implémentées par le collège national des généralistes enseignants (CNGE) dans la pédagogie constructiviste et abordées dans le référentiel métier [37].

Il serait également intéressant d'évaluer dans le contexte de la médecine générale française l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales, basées sur les modèles de l'addiction, sur l'amélioration du bien-être des patients atteints de TCA. [22].

Il semble fondamental de définir au sein de recommandations de bonne pratique les autres types de TCA que l'anorexie mentale, afin de débiter des études en soins primaires sélectionnant des critères de jugement plus consensuels [38].

6. Conclusion

Notre étude est la première, en France, à avoir exploré les perceptions des patientes ayant des TCA sur le rôle de leur MG et des acteurs de santé.

Les patientes présentant des TCA, comme leur MG, décrivent une impuissance face au trouble, une lassitude devant la chronicité du trouble, avec des répercussions sociales majeures, ce qui renforce le besoin d'un suivi pluriprofessionnel pour ces patientes. Il paraît primordial d'améliorer le réseau pouvant prendre en charge cette pathologie, et développer des formations sur les compétences relationnelles, de façon à améliorer l'alliance thérapeutique.

7. Bibliographie

1. American Psychiatric Publishing. DSM-5® manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux. Elsevier Masson. 1 vol.1114 p., 2015.
2. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *Am J Psychiatry* 2002;159:394-400
3. Hudson J, Hiripi E. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry* 2007 ;61:348–58. doi:10.1016/j.biopsych.2006.03.040
4. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Linna MS, et Al. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychol Med.* 2009 ;39:823–31. doi:10.1017/S0033291708003942
5. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006 ;19:389–94. doi:10.1097/01.yco.0000228759.95237.78
6. Van Son GE, Hoek HW, Van Hoeken D, Schellevis FG, Van Furth EF. Eating disorders in the general practice: a casecontrol study on the utilization of primary care. *Eur Eat Disord Rev* 2012 ;20:410–413. doi:10.1002/erv.2185
7. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Sanci L, Sawyer S. Prognosis of adolescent partial syndromes of eating disorder. *Br J Psychiatry* 2008 ;192:294–9. doi:10.1192/bjp.bp.106.031112
8. Roux H, Chapelon E, Godart N. Epidemiology of anorexia nervosa: a review. *Encephale* 2013; 39:85–93. doi:10.1016/j.encep. 2012.06.001
9. Hill LS, Reid F, Morgan JF, Lacey JH. SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. *Int J Eat Disord.* 2010;43:344–351. doi:10.1002/eat.20679
10. Ogg EC, Millar HR, Pusztai EE, Thom AS. General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. *Int J Eat Disord.* 1997;22:89-93.
11. King, Horrocks, Interviews in qualitative research, 1er Ed, Londres, SAGE Publications Ltd, 2010.
12. Allison Tong, Peter Sainsbury, Jonathan Craig. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups,

première publication en ligne le 14 septembre 2007, disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042 349-357>.

13. National Collaborating Centre for Mental Health. Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004. Disponible sur <http://nice.org.uk/nivemedia/live/10932/29218.pdf>
14. Bonnigal, Medina. Perceptions par les médecins généralistes de leur rôle dans le diagnostic et la prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires [Thèse d'exercice, Université François Rabelais, Médecine générale] Tours. 2013.
15. Blanchet, Gotman. L'entretien. L'enquête et ses méthodes. 2^e édition. Ed Armand Colin. Paris. 2007.
16. G.Glaser B, L.Strauss A. Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. New Brunswick (USA): AldineTransaction, 1999.
17. Bordin E.S. The generalisability of the psychoanalytic concept of the working Alliance. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 1979, vol.16, n°3, p. 252-260.
18. Reach G. Pourquoi se soigne-t-on ? : Enquête sur la rationalité de l'observance. 2^eème éd. revue & augmentée. Lormont : le Bord de l'eau. Coll. Clair & Net, 2007 ;pp. 208-222.
19. Haute autorité de santé. Suivi et prise en charge thérapeutique. Recommandations de bonne pratique. Paris : HAS, 2014. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1782088/fr/suivi-et-prise-en-charge-therapeutique
20. Revue médicale Suisse. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. 2010. Disponible sur : <http://www.revmed.ch/rms/2010/RMS-258/Le-modele-biopsychosocial-beaucoup-plus-qu-un-supplement-d-empathie>
21. Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. Science de l'homme Payot.468p.1989.
22. Association autrement. Troubles du comportement alimentaire et conduites addictives. 2009. Disponible sur : <http://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-347-troubles-du-comportement-alimentaire-et-conduites-addictives.htm>
23. François Laplantine. Jalons pour une anthropologie des systèmes de représentations de la maladie et de la guérison dans les sociétés occidentales contemporaines Histoire, économie et société . Vol. 3 Numéro 4 pp. 641-650. 1984.

24. Reid M, Williams S, Hammersley R. Managing eating disorder patients in primary care in the UK: a qualitative study. *Eat Disord* 2010;18:1-9.
25. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002;159:1284.
26. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Twelve-Year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006;39:87-10
27. Herzog W, Deter HC, Shellberg D, et al. Somatic findings at 12 year follow-up of 103 anorexia nervosa patients: results of the Heidelber-Mannheim follow-up. In: Herzog W, Deter HC, eds. *The course of eating disorders: Long term follow-up studies of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Berlin-Heidelberg:SpringerVerlag,1992.
28. Flahavan C, Detection, assessment and management of eating disorders, how involved are GPs? *Psych Med* 2006;23:96-9.
29. Banasiak SJ, Paxton SJ, Hay PJ. Perceptions of cognitive behavioural guided self-help treatment for bulimia nervosa in primary care. *Eat Disord*. 2007;15:23-40.
30. Tran. Développement et validation d'un instrument pour mesurer le fardeau du traitement dans une population de patients souffrant de plusieurs maladies chroniques. [Thèse d'exercice. Université Paris Diderot-Paris 7, Médecine générale] Paris : Paris 7. 2012.
31. Halvorsen TF, Haavet OR, Rydså BJ, Skarbø T, Rosvold EO. Patients' experience of their general practitioner's follow-up of serious eating disorders. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2014;11;134(21):2047-51. doi: 10.4045/tidsskr.13.1222.
32. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C. Health service utilization for eating disorders: findings from a community-based study. *Int J Eat Disord*. 2007;40:399-408.
33. Linville D, Brown T, O'Neil M. Medical providers' self perceived knowledge and skills for working with eating disorders: a national survey. *Eat Disord* 2012;20:113.
34. Cachelin FM, Striegel-Moore RH. Help seeking and barriers to treatment in a community sample of Mexican American and European American women with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2006;39:154-61.
35. Banas DA, Redfern R, Wanjiku S, Lazebnik R. Eating disorder training and attitudes among primary care residents. *Clin Pediatr (Phila)* 2013;52:355-61.
36. Bursten MS, Gabel LL, Brose JA, Monk JS. Detecting and treating bulimia nervosa: how involved are family physicians? *J Am Board Fam Pract*. 1996;9:241-8.

37. Attali C, Compagnon L, Ferrat E, et Al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer* 2013;108:148-55.
38. Haute autorité de santé. Anorexie mentale : prise en charge. Recommandations de bonne pratique. Paris : HAS, 2010. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201009/reco_anorexie_mentale.pdf.

8. Annexes

8.1. Annexe 1 : Canevas d'entretien

Etes-vous suivi par le même médecin généraliste depuis les années 90 ou 2000?

- Quand l'avez-vous vu pour la dernière fois ?

- Quand a-t-on évoqué que vous souffriez de *trouble alimentaire* (utiliser le terme qu'il/elle utilise sinon dire « trouble alimentaire) ?

Comment s'est fait le diagnostic ?

Que pensez-vous de ce diagnostic ?

- Pouvez-vous me raconter votre prise en charge actuelle ?

- Pensez-vous avoir donné des indices sur votre mal-être à votre entourage ou à certains soignants ? Si oui lesquels ?

- Si vous pouviez changer un moment de votre prise en charge, quel moment ce serait ?

Comment cela aurait changé les choses ?

- Pensez-vous avoir donné des indices sur votre mal-être à votre entourage ou à certains soignants ? Si oui lesquels ?

- Avec le MG :

Si le MG a déjà été évoqué : Comment décririez-vous votre relation avec votre médecin généraliste ?

Sinon, pouvez-vous me raconter si vous avez rencontré un autre médecin généraliste ces dernières années ?

Racontez-moi vos consultations. Combien y'en a-t-il eu ces derniers mois, années...?

Avez-vous déjà évoqué votre trouble alimentaire avec lui ? et à quelle occasion ?

Qu'auriez-vous attendu de sa part ?

Qu'attendez-vous maintenant de sa part ?

Selon vous, à quel moment votre médecin généraliste aurait-il pu intervenir dans votre prise en charge ? (*s'il n'est pas intervenu avant.*) Pensez-vous qu'il devrait le faire ?

- Renseignements : âge, sexe, traitement, filière et niveau d'étude, mode de vie, activités extra scolaires et niveau scolaire

8.2. Annexe 2 : Verbatim entretien P6

YK : Comme je vous l'ai expliqué, il y a vraiment... tout ce qui m'intéresse moi, c'est votre vécu, votre histoire, voilà. Après, y'a pas... la seule vérité, c'est la vôtre.

P6 : Ouais. D'accord.

YK : Voilà, donc si déjà, vous pouvez vous présenter un peu, me parler un peu de vous.

P6 : Hum hum. Ouais.

YK : Me dire quel âge vous avez, ce que vous faites.

P6 : D'accord. Donc, ben moi j'ai 41 ans. Enfin je vais avoir 41 ans au mois d'avril. J'ai deux enfants, un de 14 ans, et une petite fille de bientôt 6 ans. Donc je suis séparée du papa depuis un an et demi maintenant, là je viens d'emménager dans cet appartement depuis le mois de... l'année dernière au mois de juillet.

YK : D'accord.

P6 : Donc je suis à nouveau avec quelqu'un, mais on ne vit pas ensemble. Chacun chez soi. J'ai... comment dire. J'ai un demi-frère, enfin ma mère, elle m'a eu moi. Avec mon père. Ils se sont séparés, très très tôt, j'étais très petite. Elle a eu un autre frère. Et j'ai deux autres frères du côté de mon père, et en dehors de ça, ben quoi je travaille dans une boîte de transport. Je suis chargé de clientèle, un peu. Et, sinon, ben quoi d'autre... Ouais, je sais pas.

YK : C'est déjà pas mal ! (rires)

P6 : Donc voilà, après. Voilà. Ma présentation, quoi. (rires)

YK : Et, donc vous êtes suivie par un généraliste.

P6 : Alors j'ai... ben, oui, le généraliste, c'est le Docteur XXXX quoi. Avant c'était un autre mais il est parti en retraite. Donc celui-là... Après j'ai trouvé le Docteur XXXX qui était à côté de chez moi. Et qui me suit moi et mes enfants. Voilà, médecin généraliste. Et j'avais un suivi psychologique aussi. C'est à dire quand moi j'ai déclaré à mon ancien médecin ma maladie, il m'a fait une lettre pour voir un psychologue. Parce qu'il faut un suivi, forcément. Et donc j'ai été suivie par un psychologue. Pendant 9 ans. Et cette psychologue après, ça faisait partie d'un centre... centre d'aide médico-psychologique, qui est pris par la Ville, donc j'ai été pris en charge à 100%. Et elle, après, elle s'est mis indépendante. Donc ça fait 3 ans maintenant que je suis plus avec elle, et... et là ça a été très dur. Depuis... parce que en fait, j'ai été suivie en tout 9 ans, je m'en suis pas rendu compte. C'est vrai qu'à un moment donné, on en a parlé, on a dit : ça fait 9 ans qu'on se connaît, parce que mon fils avait 3 ans, quelque chose

comme ça, et... et ça a beaucoup évolué la maladie, vers la fin, ça... ça guérissait. Et ben, depuis que je suis plus avec elle... parce qu'en plus, elle m'a quitté brutalement... et ben ça a été un gros choc pour moi. Et ça a été une descente aux enfers, complètement. C'est un truc... et j'ai encore du mal à m'en remettre, à l'heure d'aujourd'hui. Et là, du coup, j'ai plus de psychologue... Ben alors, j'ai été voir, elle avait une remplaçante, que j'ai voulu aller voir mais pour moi c'était compliqué, parce que je me suis dit : faut que je recommence tout, quoi. Faut, faut tout refaire. Faut que je raconte toute ma vie, parce que c'était... enfin je sais pas. Pour moi c'était... pffff... ah je me disais, tout re... enfin, j'avais du mal. Et j'ai eu beaucoup de mal avec cette psychologue, et je l'ai... j'avais du mal à me... à parler. Et elle l'a senti un peu. Donc j'allais la voir, j'allais pas la voir. Des fois je disais : je peux pas, nin-nin-nin. Je ratais mes rendez-vous, jusqu'au jour où elle m'a dit : on va faire un petit break, rappelez-moi quand vous sentez le besoin. Et de là, bon je l'ai rappelée y'a pas très longtemps, parce que j'ai vu que... pffff... ça allait pas. Ça allait vraiment pas. Parce que, en plus... donc du coup, ma boulimie... mon anorexie-boulimie est revenue... au galop, vite fait, bien fait. Et... parce que, bon, c'était pas complètement guéri de toutes façons. Mais c'est revenu vraiment, bien. En plus je venais... en plus, je me séparais, changement de vie... beaucoup de chose en même temps, quoi. Et... et je me suis mis dans l'alcool. En plus. Depuis que la psychologue m'a... depuis que j'ai arrêté le... ma psychologue qui m'a suivie pendant 9 ans. Je me suis pas rendu compte, mais je me suis mis... à boire. Pas... on peut pas dire alcoolique, mais... y'a eu des périodes. Je suis passé par une mauvaise période. Très mauvaise période. Donc... donc là, j'ai encore... ben là, je... donc du coup je vois... j'en parle au Docteur XXXX, qui lui m'a donné une... une carte d'une psychologue qui est bien, quoi. Et du coup, là, je dois... je dois l'appeler. J'ai toujours pas appelé. (rires) Donc je dois l'appeler pour reprendre un suivi, parce que... parce que ben déjà j'ai des... j'ai un traitement. De médicaments anti-dépressifs, un peu. Enfin c'est un peu ça, oui. Et... mais bon, un traitement, il faut toujours un suivi, quoi. On peut pas... y'a pas, en fait, c'est pas... c'est pas que médicamenteux, quoi. Médicamenteux, je pas comment on dit.

YK : Oui.

P6 : Mais c'est psychologique aussi tout ça. Donc, il faut parler, il faut... et donc, du coup, ouais, y'a que voilà, un psychologue qui peut aider. Donc voilà.

YK : Et donc vous me disiez que vous en aviez parlé à votre ancien médecin qui est parti à la retraite. Lui, il est parti à la retraite quand ?

P6 : Heu, lui ça fait... ça fait un petit moment, maintenant. Ça fait... ça doit faire 4 ans.

YK : D'accord, donc à peu près un an avant que votre psychologue change aussi, c'est ça ?

P6 : Ouais, il est parti avant. Ouais, ouais, il est parti avant. Un petit peu avant, ouais. Mais lui, encore, ça m'a... ça m'a pas trop rien fait, parce que je le savais. Après, si y'avait sa fille. Enfin, lui déjà sa fille commençait à prendre le relai, donc elle, j'en parlais. On en parlait. Elle savait mon truc, et tout. Donc ouais, si, quand même, ça m'a un petit peu embêté. Parce que bon, ben voilà, Docteur XXXX je le connaissais pas, fallait que je redise... je l'ai pas dit tout de suite, mais... voilà. C'est vrai qu'avec lui, je me suis... je l'ai trouvé assez cool, donc ça a été... J'ai pas eu trop de mal à en parler. Mais à la base, lui, pourquoi je lui ai parlé de cette maladie, c'est... à cause de l'alcool par contre. Lui j'ai commencé par l'alcool, quand j'ai senti qu'il y avait un malaise avec ça, j'ai dit : ah non. J'ai dit : c'est bon j'ai assez (rires). J'ai dit, là, non, pfff... c'est...

YK : Vous avez pris les devants.

P6 : Ouais. Ouais, je me suis dit : c'est pas possible. Pas les deux, quoi. Donc... donc oui, bon ben après, voilà. Donc maintenant, ouais, voilà, je suis vue par le Docteur XXXX. Après ben voilà, faut juste que je trouve... que je voie avec la psychologue.

YK : Quelqu'un avec qui vous accrochez un peu.

P6 : Ouais, c'est ça. C'est ça. C'est ça.

YK : Oui, c'est sûr, c'est pas simple.

P6 : Mais, après, que j'accroche, bon, ben ça on verra, voilà c'est sûr. Mais après ce que... là où j'ai du mal, c'est de... bon là je m'en... je m'y fais un peu mieux maintenant, mais j'étais prête à retourner voir où elle... ma psychologue, je sais qu'elle est partie à Paris, à un moment je me suis dit : je vais aller à Paris. Mais bon après c'était... les tarifs, c'est... c'est archi-cher, quoi. Donc j'ai dit : je pourrais pas. Donc c'est vrai que ça... ça m'a vraiment embêté de... de pas continuer avec elle, parce que... enfin pour moi, elle connaissait toute ma vie, quoi. Donc... je me suis dit : ouais, ben voilà, j'ai... je suis bien en confiance avec elle. 9 ans avec une personne, c'est... c'est énorme !

YK : Oui, c'est ce que j'allais dire.

P6 : C'est... voilà, elle a connu ma vie, mes enfants, tout, tout, ma séparation... enfin tout. Donc... et puis, elle... je sentais que ça me faisait du bien, et à force, ben j'ai mis du temps aussi avec elle, c'est normal, ça se fait pas comme ça. Mais bon, ben voilà, à la fin, ça commençait à s'améliorer quand même pas mal, quoi. Et puis ben après, bon ben voilà. C'est des choses qui arrivent. Ca on s'y attend pas. Je l'ai vécu comme un abandon, un peu.

YK : Oui, mais surtout que vous me disiez que c'était brutal. Et ça, c'est un peu difficile de...

P6 : Ouais, ben d'ailleurs, la nouvelle psychologue qui m'a... qui l'avait remplacée m'a dit : elle a... elle a mal fait les choses quand même.

YK : Elle est partie un peu...

P6 : Elle me l'a dit par téléphone. Elle m'a dit qu'elle allait partir, mais le moment où ça s'est fait, ben... c'était par téléphone, j'ai pas pu... j'ai pas pu la revoir une dernière fois. Parler. Qu'elle m'explique un peu.

YK : Vous dire vraiment au revoir, en fait.

P6 : Ben oui, oui déjà. Et puis qu'elle me dise comment faire après, vers qui m'orienter. Je sais pas. Je me suis sentie vraiment... perdue, abandonnée, sans elle... qu'est-ce que je vais devenir ? Qu'est-ce que je vais devenir ? Donc sur le coup, pfff... on se rend pas trop compte, mais c'est après, à notre comportement, que là, on se rend compte que ça nous a... ça m'a affecté quoi. Beaucoup, donc... Après, faut se refaire encore une fois. Pas évident.

YK : D'accord, et du coup, vous me disiez que vous en avez d'abord parlé, de vos problèmes alimentaires, à votre ancien généraliste ? Celui qui est parti à la retraite ?

P6 : Ouais.

YK : Et vous avez parlé à quelle occasion, en fait ? C'est lui qui vous en a parlé ? C'est vous qui en avez parlé ?

P6 : C'est moi qui suis arrivée dans son bureau un jour, en larmes. Et je sais plus ce qui s'est passé, j'étais au travail. En fait, j'étais en pleine dépression, parce que... c'est des périodes, un coup ça va, un coup dépressif, un coup ça va. Et je me sentais... je sentais que ça allait pas. Et... je sais pas, je suis arrivée un jour chez lui... ben je suis partie de mon travail, j'ai dit que j'étais malade, je me sentais pas bien. Donc j'ai été voir mon médecin. Et, pour qu'il m'arrête en fait. Parce que je me sentais pas capable de travailler. J'étais complètement... Fallait que je voie personne, ça allait pas. Et de là, je suis arrivée, et j'ai commencé à... à craquer, à tout lui dire, mais en larmes, mais franchement à m'effondrer, mais... je crois que... pfff... c'était une libération pour moi, déjà. De pouvoir dire ça. Et je lui ai tout dit, voilà, je lui ai dit... je me faisais vomir depuis tant d'années, j'ai tout dit, et... puis voilà, comme ça, c'est arrivé. Je sais pas pourquoi, ce jour là, mais... c'est arrivé comme ça. Peut-être si y'a eu un truc, j'étais sensible ce jour là, ça allait pas... Au début, j'ai été le voir pour qu'il m'arrête, pour me dire que je suis pas bien. Mais lui, bon ben c'est un médecin quand même qui avait une cinquantaine... enfin presque soixante ans. Qui connaissait bien les gens à force... voyez, comme le mal-être. Donc j'arrivais

facilement à parler avec lui, et puis là, j'ai craqué. Je lui ai dit. Et il m'a dit, bon ben effectivement, il m'a calmée, il m'a dit : voilà, c'est... c'est une maladie, c'est pas... c'est pas... Il m'a fait comprendre que c'était pas... Enfin comme moi je me sentais coupable, et que j'avais honte, il m'a dit : non, c'est pas... il faut pas... ça vient pas comme ça, c'est pas naturel, c'est... ça vient d'un passé, voilà. Donc il dit : vous allez... je vais vous aider dans tout ça. Et de là, ça a commencé les démarches.

Et y'a aussi le fait que je vivais avec mon compagnon, le père de mes enfants. Qui m'a depuis 2000, j'étais avec lui, depuis 2000. Et... en fait, un jour, ce qui s'est passé, c'est... vous voyez, les toilettes de chez nous fermaient à clé. Jusqu'au jour où, un jour, j'ai une amie qui s'est coincée dans les toilettes. On a été obligés de défoncer la serrure. Et là, pour moi, quand j'ai vu ça, ça a été terrible, je me suis dit : là, c'est un gros problème. Parce que déjà mes enfants avaient tendance à vouloir ouvrir la porte. Mon... compagnon, qui soupçonnait un peu, qui m'avait posé des questions, mais j'ai tout nié. Toujours. Et de là, je me suis dit : ça va être une catastrophe. Tout de suite, j'ai pensé à ça, moi. Je me suis dit : mais, ça va être une catastrophe. Et je sais pas si... c'est pas ça qui m'a poussé à en parler à mon médecin. Un petit peu. Je pense que, ça aussi, ça y a fait parce que je me suis dit : je pourrais plus m'enfermer. Je me dis... en fait j'osais... j'allais même plus vomir du coup, le fait que la porte était fermée. Ne pouvait pas se fermer. J'avais peur que quelqu'un rentre, qu'on découvre... déjà que lui avait des soupçons... J'ai dit là... Et d'ailleurs je lui en ai parlé à lui aussi. A mon compagnon. Je crois là semaine qui suivait... ce problème de porte. Ca... tout a... j'ai été obligée de dire. Enfin je sais... Il a fallu que je dise. Après, ça a été un soulagement quand même, parce que lui aussi... il a compris un peu, et il m'a aidée dans tout ça. Mais ça a été dur. Ca a été dur de le dire. Mais... Parce qu'en fait c'est toujours cette honte. Culpabilité. Cette honte. C'est l'impression... On va nous juger. Ou je sais pas... C'est bizarre comme sensation. Donc, voilà, de là j'en ai parlé à mon médecin. Là ça a commencé, le suivi, la thérapie, le psychologue. Donc ça fait 10 ans en arrière, quoi.

YK : D'accord. En fait, est-ce qu'on a posé un diagnostic clair et précis ? Qu'est-ce que vous pensez du diagnostic en général ?

P6 : Ben le diagnostic, ça a été. Ben, anorexique boulimique. C'est tout ce qu'on m'a dit. Et ben, après, ben moi je pensais que, oui, c'était ça, quoi. Parce que j'ai déjà vu... je me suis déjà... regardé des émissions, lu des livres là-dessus. Souvent y'avait des reportages là-dessus. Je regardais tout le temps. Et c'est vrai qu'on se reconnaît complètement dans les... dans les personnes qui... qui vivent ça. Voilà quoi. Donc on se dit : ouais, j'ai ça. Je suis une anorexique boulimique. Au début... au début, moi quand j'ai commencé, je crois que j'étais boulimique. Je connaissais plus ce mot là. Et après, en fait, avec le médecin et tout ça, qui m'expliquait, vu mon comportement, il a dit : c'est anorexie boulimie. C'est les deux. Et ça, c'est dur à l'entendre, quand on vous dit ça. Enfin on le sait au fond de nous, mais... Ah ça

fait bizarre, on se dit : j'ai ce problème. C'est... On a l'impression de pas être comme tout le monde. Un peu. De pas vivre... de pas vivre comme une personne... normale. Qui... qui mange normalement, qui... J'ai l'impression de vivre normalement, mais... sauf ça. Et quand même, l'alimentation, c'est quand même quelque chose de... d'important dans notre vie, quoi. Donc... Ouais, c'est compliqué.

YK : Oui, parce que là vous étiez en train de me dire, en fait : vous, vous saviez en fait le diagnostic. Mais le fait de le dire, c'était quand même difficile.

P6 : De l'entendre, ouais. Ouais, c'est...

YK : Et c'était important aussi, quand même, de l'entendre ?

P6 : Ouais. Si, ouais. Ben oui. Ben oui, parce que nous, on se dit ça. Mais tant qu'on n'a pas un médecin ou quelqu'un qui... qui nous dit que : oui, c'est ça. Ben... on espère toujours de... on se dit que : non, je suis pas comme ça. Ou... ça va passer, ou... je vais guérir toute seule. En fait, on croit qu'on va s'en sortir tout seul. Mais c'est impossible. Impossible. Parce que ça fait quand même vingt ans que c'est comme ça. Ça a commencé à l'âge de 21 ans. Et je vais avoir... et là, j'y pensais y'a pas très longtemps. Je me disais : 41 ans, je me dis. Quand même... 20 ans. 20 ans à être comme ça. C'est incroyable. J'en reviens pas. Et en plus, je me disais... Quand j'ai su ça, que j'étais jeune. Enfin... ça a commencé, les dix premières années, je me suis dit... Enfin les gens me disaient : on peut en mourir, et tout. Donc... après je me disais pas que j'allais mourir, mais... je pensais peut-être pas que... je sais pas. Mais je me dis quand même : 20 ans... J'ai peur de pas vivre vieille, en fait. A cause de ça. Parce que ça...pour la santé, c'est pas bon, ça apporte des carences, des... pleins de trucs comme ça. Et... c'est inquiétant mais... C'est inquiétant mais, on peut pas faire autrement. C'est comme ça.

YK : Et là, donc vous me disiez qu'il y a tout une prise en charge qui a été mise en place. Actuellement, du coup, vous voyez le docteur XXXX de temps en temps. Et vous allez revoir peut-être cette nouvelle psychologue.

P6 : Voilà, ouais.

YK : Et vous avez d'autres choses qui sont en place ?

P6 : Ben non.

YK : Des traitements que vous m'avez dit.

P6 : Ben le traitement, c'est le docteur XXXX qui me le donne. Mais au début c'est... Au début, au centre où je voyais le psychologue, j'ai vu un psychiatre, qui elle m'a donné ce traitement. Et mon médecin traitant... Ben en fait, c'était le même traitement. On a... J'en ai essayé peut-être deux-trois. Mais voilà, y'en a qu'un qui a marché. Et... et d'ailleurs... pfff... si j'ai pas... Y'en a un. Un médicament, qui s'appelle

Bromazepam. C'est comme du Lexomil. Celui-là, si je l'ai pas des fois, c'est... Enfin ça me calme, quoi. C'est... On a une dépendance. C'est ça le pire. Donc... Même le docteur XXXX me disait, quand j'ai commencé avec lui, il m'a dit : Ah, vous en prenez beaucoup trop. Il m'a dit... D'ailleurs d'où j'ai senti la dépendance, quand... le jour où... où j'en ai plus, que la pharmacie est fermée... Des crampes, des... Ah oui, c'est terrible. Et c'est vrai que... j'ai lu tous les effets de ce médicament, c'est une très forte dépendance, et on peut pas l'arrêter brutalement. Donc... Et ouais, même ça, c'est embêtant, toujours prendre des médicaments pour... pour dormir, parce que moi j'avais des troubles du sommeil du coup, à cause de ça. Je dormais très mal. Et... et donc, du coup, voilà. Et puis des... ben c'est un peu des antidépresseurs, quoi.

YK : D'accord. Donc là, en fait, c'est surtout votre médecin traitant qui vous voit.

P6 : Là, oui. C'est plus... Ben oui, là depuis...

YK : Depuis 3 ans.

P6 : Ouais, ouais.

YK : D'accord. Et vous le voyez tous les combien de temps, à peu près ?

P6 : Ben... on va dire, déjà... Pour avoir déjà mon ordonnance, je suis obligée tous les deux mois.

YK : D'accord.

P6 : Et puis après, bon ben... Si je suis malade, ou un de mes enfants est malade, voilà.

YK : Oui, mais ça, c'est autre chose.

P6 : Donc, non, on va dire, ouais... tous les deux mois, en moyenne.

YK : Et, donc, vous m'avez un peu parlé. Vous en fait, à votre entourage, vous me disiez que vous avez plutôt caché les choses, vous n'avez pas trop donné d'indices de ce qui se passait.

P6 : Oui.

YK : Et c'est quand vous avez eu cette histoire de porte, en fait, que vous vous êtes sentie obligée d'en parler, à votre conjoint.

P6 : Ouais.

YK : Mais sinon, vous n'avez jamais montré, même tenté de faire des sous-entendus pour dire aux gens...

P6 : Non, jamais jamais. Ah ouais, non au contraire. Ah ouais, on veut vraiment pas que ça se sache. Et d'ailleurs, j'avais une amie, ma meilleure amie d'enfance, qui... qui a eu un doute aussi un jour. Enfin... ma meilleure amie d'enfance, que je voyais beaucoup, avec ses... Elle avait un frère et des... Deux frères et une soeur. Et donc les deux soeurs, c'était mes copines. Et un jour, ils m'ont posé la question. Je sais plus, je crois que c'est elle qui m'a posé la question. Elle m'a dit : est-ce que tu te fais vomir ? Et là, ça a été un choc pour moi dans ma tête. Déjà au début, je l'ai regardée, comme surprise. Mais dans ma tête, c'était : non mais c'est pas possible qu'elle me dise ça. Elle s'en est aperçue ? Je lui dis : mais ça va pas, qu'est-ce qui t'arrive ? T'es... Ben voilà, c'était... il fallait que je lui montre par tous les moyens que : non, non, non, c'est... Et je l'ai... et je l'ai nié à tout le monde, tout le monde, tout le monde. Et après, elle a jamais su la vérité, mais je pense qu'elle a eu un doute. Mais elle a jamais su la vérité, et du coup, elle en avait parlé... Parce que son... son mari était... C'était un très bon ami à mon compagnon. Donc ils en ont parlé entre eux. Je le sais. Mais moi... Enfin je le sais. Et moi, je me disais : mais c'est terrible, ils doivent parler de ça de moi, ils pensent ça de moi, c'est... ils ont trouvé le... comment ils ont fait, je comprends pas. Pourtant je... je le montre pas. Et je me suis dit : bah... je sais pas. Et comme... ouais... donc... Et comme en plus, une fois, c'est que ma mère en a parlé à mon compagnon. Donc, lui, doublement il a eu le doute. Il a dit : ben non, c'est bizarre...

YK : Parce qu'elle ne savait pas non plus ?

P6 : Ma mère, non. Mais comme je vivais chez elle, et ben elle a eu des doutes aussi. Forcément. C'est en vivant avec la personne tout le temps qu'à un moment donné, y'a des choses qui sont... y'a des signes. Nous, on se rend pas compte, mais eux... Comme mon conjoint quand il m'avait demandé. Il m'avait dit : c'est quand même bizarre, parce que je trouve qu'à... qu'à chaque fois après manger tu vas aux toilettes. Il m'a dit : l'odeur. Et on a beau masquer, voilà. Et là, je lui dis : mais non, mais non. On dit non. Non je dis non. Même si, au fond de moi, je sais qu'il sait que c'est vrai. Parce qu'à un moment donné, je me dis... Enfin, ils sont pas dupes, les gens, quoi. Je veux dire, on a beau dire non, mais... mais ils ont toujours le doute. Ce doute. Et ça, quand ils ont le doute, nous ça nous trouble encore plus. Enfin moi, ça me trouble encore plus parce que... Je me dis : mais pfff... oh la la, faut surtout pas qu'ils sachent, quoi. Surtout pas. Fallait pas que ça se sache, quoi. C'était... Pour moi, sinon c'était... Ouais, c'est pas gérable, quoi. C'est... Sinon faut que... faut que... Faut que je m'en aille, faut pas que je voie cette personne, quoi. Je veux dire... non. Non, on se cache, quoi. On se... on se détache des gens, parce que il faut... Ouais, c'est une honte. Une honte. Franchement, une grosse honte, je trouve. Et puis... Et puis même ce dire : ouais, ils... on me voit comme quelqu'un de malade. Malade, c'est surtout ça aussi. Et alors que je veux qu'on me voie comme quelqu'un de tout le monde. Comme tout le monde, quoi. C'est un peu ça.

YK : Et est-ce que vous, vous auriez aimé qu'on change à un moment donné... Alors je pense que oui, avec votre psychologue qui est partie. Mais est-ce qu'il y a un moment de votre prise en charge que vous auriez voulu changer ? C'est-à-dire, depuis que le diagnostic a été posé, que vous en avez parlé à votre médecin, est-ce que vous auriez voulu qu'on dise le diagnostic finalement plus tôt ? Qu'on le dise plus tard ? Qu'on mette plus de suivi avec le psychologue ? Est-ce qu'il y a des choses que vous auriez voulues différemment ?

P6 : Déjà, le suivi psychologique. Je trouvais qu'une... une fois par semaine, je trouvais pas ça suffisant. Je voulais deux fois. Après c'est vrai que par rapport aux horaires de travail et elle, ses disponibilités, c'était un peu compliqué. Mais j'avais besoin par moment de la voir beaucoup plus souvent. Si ce n'est, des fois, presque trois fois par semaine. Et... et à un moment donné, même, je me suis dit : il faut que je me fasse hospitaliser. J'avais pensé à ça. Je me suis dit... Parce que j'avais vu des... dans des émissions, des filles, qui rentraient à l'hôpital, vraiment pour se faire hospitaliser, tellement ça devenait... critique. Et après, j'en avais peur de ça, un peu. Parce que j'avais des enfants. J'avais déjà eu mon fils. Donc j'avais peur de ça. Je voulais pas le laisser. Mais, ouais je voulais. Enfin je sais pas quelle aide on pouvait avoir. Après... moi je trouvais. Bon je trouvais que le psychologue et... ça me convenait. Mais peut-être plus de séances. Plus de séances. Et après, le diagnostic plus tôt. Bah, tant qu'on en parle pas, on peut pas vous le dire. C'est ce que... Si vous en parlez pas à un médecin, personne pourra vous le dire, à part les gens qui sont susceptibles de connaître cette maladie, et voilà, qui te dise : bah tiens, t'es boulimique. Mais bon, quelqu'un qui vous dit ça... de votre entourage : oui, ok, t'es pas docteur. Voilà. Enfin, on n'a pas envie d'en parler à un ami comme à un docteur, c'est pas pareil. C'est pas pareil.

YK : Ca n'a pas les mêmes conséquences.

P6 : Ben oui. Pourtant j'ai eu des meilleures amies... meilleures amies d'enfance. Mais... mais si, j'en ai parlé à... une amie d'enfance. Ben si, si j'en ai parlé à une amie d'enfance. Et je lui ai expliqué à elle, ouais, je lui ai expliqué. Mais c'était vraiment une... J'ai grandi avec elle, j'ai... Et elle, je crois que c'est elle qui m'a posé la question. Pareil. Mais... après, je lui en ai parlé un jour. Je sais plus pourquoi, comment. Peut-être en soirée, un jour. J'avais trop bu, je lui ai dit, et après elle m'a écouté. Et voilà, quoi. Après, elle savait. Et ça m'a fait du bien d'en parler avec elle d'ailleurs. Et elle en a jamais parlé à personne, heureusement. Je savais que je pouvais avoir confiance en elle. Mais bon, ouais. Mais c'est vrai que c'est un... En fait, ça, il faut en parler, quoi. Parce que garder ça pour soi, c'est dur. Autant on n'a pas envie d'en parler, que on a besoin. Quand même. Mais plus à des gens... on va dire des médecins. Je crois plus des médecins que des amis. Parce que des amis... On a toujours peur un peu du jugement, faut vraiment être sûr de la personne, quoi. Donc on peut pas le dire à tout le monde, ça

c'est pas possible. Même notre famille... Ouais, la famille. Moi, ma famille n'est pas au courant. Personne de ma famille. Personne, hein, ils ont... Ma mère a eu des doutes, comme elle en a parlé à mon père. Ils m'ont demandé, ils m'ont posé la question, j'ai toujours, toujours dit non. Toujours. Après, je me dis qu'au fond d'eux, ils doivent s'en douter un peu, mais... Je leur dirais pas. Ca c'est sûr.

YK : Ok. Bon, ça tombe comme un cheveu sur la soupe, mais du coup, la suite c'est : vous, votre relation avec votre médecin généraliste, vous la décririez comment, avec le docteur XXXX ? Là, de ce que vous aviez l'air de me dire, c'est plutôt une relation où vous vous sentez quand même en confiance avec lui.

P6 : Bah, oui, oui. J'ai... Comment... Ben, un peu, pour l'instant, je le trouve un peu comme mon psychologue, en substitut, quoi. Parce qu'il est vachement à l'écoute, c'est un médecin qui sait... il connaît, je trouve, un petit peu. D'ailleurs, la preuve, quand c'est lui qui m'a dit : ben tenez, ça vous dirait d'en parler, voilà. Je lui dis : ben oui, bien sûr. Pareil, quand je le vois, il me demande : alors, et ça, on en est où ? Voilà, il veut savoir un peu. Donc... Ouais, je le... Il est à l'écoute, et ça... ça reconforte un peu de savoir que... que voilà, si besoin, il est là, et qu'il... voilà, lui aussi, comme je lui expliquais, voilà que j'avais plus de psychologue. Je lui ai expliqué tout ça. Mais il m'a dit : tenez. Direct, il m'a sorti la carte. Donc ça m'apaise, ça me soulage. J'ai l'impression de... Parce que là, quand... quand mon psychologue m'avait laissée, je me suis dit : là je suis seule au monde, quoi. Avec ma maladie. Comment je vais faire ? Donc, voilà, après j'en ai parlé, voilà, au docteur XXXX. Franchement depuis le... depuis le temps que je l'ai connu, j'ai pas mis très longtemps à lui en parler, parce que bon, ben peut-être vu que j'en avais déjà parlé à un médecin, peut-être que, après avec mes psychologues, peut-être c'était plus facile d'en parler maintenant que au début. Donc, voilà. Donc, voilà, lui... Ben lui, comme un docteur, il a... il a aidé comme il peut, quoi. Donc, oui, j'ai une bonne relation avec lui.

YK : J'ai un peu demandé ça tout à l'heure, mais pas exactement de la même façon. Est-ce, quand vous avez parlé du trouble alimentaire avec vos médecins généralistes, l'ancien et le docteur XXXX, est-ce que vous auriez attendu quelque chose de particulier, en fait, de ça part ? Quelque chose qui ne s'est pas passé pendant la consultation, ou pendant les autres consultations.

P6 : Ben non. Non.

YK : D'accord.

P6 : Non, parce qu'ils m'ont... Quand je lui en ai parlé, mon ancien médecin, le premier, il m'a dit quoi faire. Donc pour moi, il a fait ce qu'il avait à faire, quoi. Il m'a... Il m'a bien aidée, il m'a donné le nom du centre, il a fait la lettre. Non franchement, non, rien de particulier, non. Non.

YK : D'accord, et est-ce que... Ca, vous m'avez aussi un peu dit, mais je vais le poser quand même. Est-ce que, là, aujourd'hui, vous attendez quelque chose de particulier en plus du docteur XXXX ? Quelque chose qu'il n'aurait pas fait jusqu'à maintenant, que vous aimeriez qu'il fasse.

P6 : Ah, du docteur XXXX ?

YK : Oui. Comme c'est lui qui vous suit aujourd'hui.

P6 : Ouais. Non. Ben non. Ben non, parce que je vois pas qu'est-ce qu'il peut faire, quoi. Je me dis, c'est... Ouais, un médecin généraliste. Si, à part me... voilà, m'orienter vers les bonnes personnes, voilà. Sinon, non rien de particulier.

YK : D'accord. C'est un peu redondant par rapport à ce que vous m'aviez raconté, mais bon. Est-ce que, à un moment donné. J'ai posé une question qui ressemblait tout à l'heure. Est-ce que, à un moment donné, votre généraliste aurait pu intervenir dans votre prise en charge ? A un autre moment, je pense que de ce que vous m'avez dit, a priori, non.

P6 : A un autre moment ? Ben...

YK : Oui, parce que vous, vous attendiez de toute façon d'en parler. Enfin il n'aurait pas pu trouver tout seul.

P6 : Voilà, c'est ça. C'est ça. Quoique, des fois, ben... Avant que je ne lui en parle, je sais que j'ai... Quand, du coup j'ai des moments dépressifs, j'allais le voir. Franchement, je savais. Quand j'allais voir mon médecin, je me sentais pas bien, enfin... pas bien psychologiquement, on va dire. Moi, je lui disais que j'étais malade pour qu'il m'arrête. Pour pas aller travailler, parce que j'étais en pleine dépression. Je pouvais pas. Des fois, trop de... trop de vomissements, tout ça, m'affaiblissaient énormément. J'avais plus de force. Et... donc je lui disais pas : oh ben je vomis, hein. Et des fois, quand il me... il m'auscultait, je... peut-être que j'ai espéré qu'il le découvre. Peut-être. Mais, parce que vu que moi j'arrivais pas à en parler. Et ça... A force, c'est usant, parce qu'on... C'était usant, quoi. On se dit, vu que nous on veut pas en parler, mais on veut qu'on médecin nous aide, mais... c'est compliqué. Donc, on se dit, peut-être lui, il va le découvrir, vu que c'est un docteur. On croit qu'ils découvrent tout, mais... non. (rires) Mais non. Je me suis rendu compte que non. Donc, ouais, peut-être ça. Peut-être j'aurais aimé qu'ils découvrent par eux même et me posent peut-être en premier la question pour que... pour que je sois suivie avant, depuis longtemps. Au lieu d'avoir attendu tant de temps avant de voir un psychologue, parce que, du coup, du coup je suis peut-être restée quand même, on va dire, ben 8 ou 9 ans comme ça. Sans voir de médecin, sans voir de psychologue, sans avoir de traitement. Ouais, parce que... 32:26 C'est à dire j'étais suivie 9 ans. On va dire ça fait 20 ans... Ouais on va dire peut-être 10 ans. Ouais 8 ans, 8 ans comme ça. Donc j'aurais, oui, peut-être, aimé qu'il découvre avant. Le généraliste.

YK : Oui, parce que ça fait quand même lourd à porter toute seule.

P6 : Ouais, ah ouais. Ah ouais, ouais, ouais. Ouais, ouais. Ouais. Et ouais, donc... ouais, ça a commencé, ouais, 21 ans. Donc, au début, toute seule... Ben, au début, on se rend pas trop compte. Après, quand on se rend compte que... que ça se termine pas et que ça continue, après quand on commence à devenir maman, qu'on vit une vie de famille. Là, on se dit : waouh, c'est... ma vie, elle est bizarre, quand même. Elle est... Enfin, on a des inquiétudes. Déjà, devenir maman, on a des inquiétudes. En plus, pendant ma grossesse quand même. Ca m'a... J'ai eu deux enfants, ça arrivait quand même beaucoup moins, c'était moins fréquent, c'est pas pareil. C'est différent, mais quand même. Je me faisais quand même vomir. Ou je mangeais... ou si, non, je restais pas une journée sans manger, c'est pas possible. Mais, ouais, quand même. Et alors que moi, je croyais, le fait d'être enceinte, je me suis dit, quand j'étais jeune, je me suis dit : oh le jour que je suis enceinte, ça s'arrêtera. Bah non. Ben non. Donc, ouais, c'est peut-être, ouais, voilà. Les généralistes. Ou peut-être on croit qu'il va le déceler, trouver ça, mais non. Donc... Peut-être, j'aurais attendu ça, voilà. Ouais. (tousse)

YK : Et est-ce que... Moi, j'ai à peu près posé les questions que je voulais, mais est-ce que vous, il y a des choses que vous voudriez me raconter en plus ? Que vous voudriez ajouter ?

P6 : Sur...

YK : Sur tout ce que vous voulez. (rires) Moi, ce qui m'intéresse, c'est votre point de vue, donc vraiment sur ce que vous voulez.

P6 : Ouais, alors moi, ce qui... ce que j'ai compris, parce qu'avec ces... avec mon psychologue, hein, ces 9 ans de thérapie. Moi, je voulais savoir d'où ça venait. Pourquoi ça ? Pourquoi c'est arrivé ? Et du coup, elle m'a bien fait comprendre que c'est la relation avec ma mère. Alors, ça, moi, au fond de moi, je le savais quand même. Un petit peu. (34 :33) Je l'avais compris que c'était mon enfance. Je l'avais très bien... je l'avais bien compris que j'avais un mal être pendant l'enfance. D'ailleurs, c'est arrivé... enfin pas adolescente, puisque à 21 ans c'est arrivé. Mais du coup, oui, j'en veux. J'en veux à mes parents. J'en veux énormément à mes parents. Beaucoup à ma mère. Parce que elle, dépressive déjà, moi je l'ai vécu. J'ai vraiment des souvenirs petite de ma mère dépressive, suicidaire. C'est des choses, vraiment, douloureuses encore. A l'heure aujourd'hui, à porter. Et j'ai une relation avec ma mère... assez spéciale, et qui me... qui me dérange encore, toujours à l'heure d'aujourd'hui, d'où pourquoi ça s'arrête pas, tout ça. Et en plus, ma psychologue m'avait dit. Parce que je lui avais dit : mais quand est-ce que ça va s'arrêter quoi ? Quand est-ce que... Est-ce que, un jour, ça va s'arrêter ? Parce que ça me... C'est dur. Et du coup, elle m'avait bien fait comprendre : ben quand j'aurais perdu ma mère, en fait. Quand elle sera décédée, y'aura un soulagement au fond de moi. Et parce que moi, même moi un jour j'y avais pensé à ça. Je me suis dit, et c'est terrible de se dire ça. On se dit : mais en fait, le jour où ma

mère sera décédée, voilà, peut-être que ça va se calmer. Je sais pas. Peut-être j'aurais un soulagement. Même moi, j'y avais pensé. Et... je lui avais dit ça, je lui dis : c'est terrible que je dise ça. Elle me dit : ben, non. Elle me dit : vous avez très bien compris le truc, quoi. C'est ça. Parce que elle du coup... parce que moi quand j'ai voulu savoir, elle, elle m'a expliqué. Elle m'avait dit que, en fait, quand... la relation avec la mère et l'enfant... La mère, elle nourrit l'enfant. Elle nourrit l'enfant. Donc si elle le fait bien avec amour, l'enfant se porte bien, grandit bien, enfin tout ça, c'est du bébé à, on va dire, à l'adolescence. Si on nourrit notre enfant avec amour, normalement, on l'aide à grandir normalement. Mais si on le... si on le fait mal, je veux dire on le nourrit pour le nourrir, ou c'est mal fait, enfin, je sais pas comment vous expliquer que de la façon qu'elle m'a expliqué. Si c'est pas fait avec amour, ben en fait, ça se ressent après l'enfant dans l'adolescence, surtout chez les filles. Parce que la relation mère-fille est assez compliquée, par rapport à garçon-mère. D'où ce rejet de nourriture. Elle m'a expliqué, c'est un... voilà, on rejette l'amour qui a pas été donné. Elle me dit : c'est pour... vous prenez pour... elle me dit : vous mangez pour vous soulager, pour vous apaiser le mal être que vous avez. Le manque d'amour de votre mère. Mais après, vous le rejetez. Parce que c'est pas ce que vous avez voulu. Et quand elle m'a dit ça, j'ai dit : c'est tout à fait ça. C'est tout à fait ça. Elle m'a... elle m'a éclairée. Et du coup, ça m'a fait en vouloir dix fois plus. Je me suis dit... mais en fait je réfléchissais, même elle me disait : essayez de vous rappeler, parce qu'elle me demandait comment l'enfance elle a été. Jusqu'où je pouvais me rappeler. Et j'ai des petits souvenirs, quand même, très petite, quand même. Qui m'ont marquée. Même des photos que j'ai vues chez ma mère. Même elle, ce qu'elle m'a, ce qu'elle a pu me raconter. Elle m'a... Elle était tellement dépressive, qu'à même... j'avais même pas un an, j'étais... j'ai été placée dans une famille d'accueil, quand même. Donc je me dis, moi d'avoir entendu ça, mais ça m'a fait mal parce que surtout que j'étais maman. Et moi, moi mes enfants, jamais j'aurais pu m'en séparer. Jamais de la vie. Et pourtant j'étais... j'ai été dépressive. J'étais dépressive pareil, peut-être pas à son point, c'était pas le... la même maladie, pas le même niveau. Et malade, mais franchement, jamais de la vie, j'aurais fait n'importe quoi. Déjà ils l'ont pas... ils ont pas remarqué enfin... ils l'ont pas remarqué... Ils voyaient que des fois y'avait des petits changements d'humeur. Bon, le grand sent un peu plus, je vois qu'il s'inquiète un peu pour moi, des fois. Il voit quand je vais pas bien. Ils le ressentent un peu, les enfants. Même ma fille, elle, elle était petite. On va dire quand... si moi je pleure intérieurement, elle, elle pleure extérieurement. Bébé, je me rappelle, elle pleurait. Et j'en parlais à ma psychologue quand je la couchais, souvent, le soir, dans mes moments de dépression, je voyais qu'elle, elle le sent... Elle pleurait. Et elle m'a dit : ben vous savez quoi, votre enfant, il pleure pour vous. Et je lui disais : ça, je le remarque, parce que quand je vais bien et que je me sens bien, tout va bien. Je la couche, elle s'endort tranquillement, paisiblement. Voyez, comme quoi, vous pouvez transmettre des choses. Et ça, je lui dis : ça c'est vrai, je le remarque. Parce que même moi, je remarque au comportement des enfants. Quand je vais bien, mon moral est au top, ils sont au top. Quand je suis

pas bien, ils sont pas bien. C'est incroyable comment on peut percevoir... on peut transmettre les choses à nos enfants. Du coup, moi j'ai ressenti tout le mal être de ma mère. Toute sa dépression, je l'ai vécue, comme elle. Et après, ben forcément, quand on grandit, on grandit avec un mal être déjà au fond de nous parce que notre mère, ben, quoi qu'il arrive, on l'aime. Plus que tout. Et... pfff... et du coup, ben ça rend malheureux, et puis voilà. On grandit, et puis après, ben soit il se passe rien, soit... soit il se passe quelque chose. Donc ça peut être une boulimie comme autre chose. Moi elle m'a expliqué : ben vous ça a été ça. Et y'en a d'autre, voilà ça peut être autre chose. Donc, les états dépressifs... Mais voilà, ce qu'elle m'a fait comprendre, c'est que j'ai vécu, en fait, la dépression de ma mère dès le plus jeune âge. Donc, c'est pour ça que c'est pas venu comme ça. Moi je me suis dit... je lui dis... Parce que moi au début, je croyais que c'était... j'avais peur de grossir. Voilà, je me suis dit : ah, je me trouvais grosse. Je me suis mis à vomir. Voilà, j'ai... voilà, après, je voulais savoir si... Voilà, elle m'a expliqué que y'a pas que ça. Ca vient pas comme ça. C'est pas...

YK : C'est pas du jour au lendemain.

P6 : Non. Non. Parce qu'en plus elle me dit : souvent, ces trucs là... Elle me dit : ça arrive vers l'adolescence. 15, 16 ans. Les filles, elles veulent maigrir, nin-nin-nin. Donc c'est : soit elles se font vomir 2-3 fois, et hop, elles sont pas boulimiques, ou elles le sont, ou elles deviennent anorexiques. Mais elle me dit : vous, c'est arrivé à 21 ans, au moment où je suis partie vivre en Angleterre pendant 2 ans. Et je vivais chez ma mère à cette époque là. J'étais jamais partie du foyer. Jusqu'au jour où j'ai été faire fille au pair chez une amie. Et je suis partie. Et bah c'est arrivé à ce moment là. C'était... Et elle m'a dit : ça a été surement... Ce qui a déclenché, c'est que vous quittez... Vous êtes loin de votre mère. Et ça vous a... fait... ça a provoqué des angoisses. Et ce qui a commencé là dessus. Parce que là, je la voyais pas. Pas tout... Enfin je la voyais, quoi, deux fois par an. J'allais pas toujours en France, donc... Donc moi, moi pourtant j'étais contente. Je comprenais pas. Je vivais... ben voilà, mais j'étais loin de tout, loin de la France, loin de mes amis, de ma famille, et... et elle m'a dit : pour vous, c'est... pour vous, c'est des angoisses, d'être loin de... de votre famille. Ca provoque des angoisses. Parce qu'elle m'a dit : petite, vous avez été abandonnée. Et elle m'a expliqué, c'était le subconscient qui travaille. Et le subconscient, il oublie rien. Et ça, ça... pour moi, ça... Ouais pour moi, si elle m'aurait jamais dit, j'aurais jamais compris. Après, je me dis... Et quand elle m'expliquait ça, moi je me disais qu'elle avait raison. Je me suis dit : oui, elle a raison. Ce qu'elle dit, c'est vrai. Je le...

YK : C'est ce que vous ressentez.

P6 : Ouais, c'est ce que je ressens. Toujours, ben d'ailleurs, la psychologue... Cette psychologue, quand elle a arrêté. Ben ça a été, l'autre psychologue elle m'a dit : vous avez ressenti ce sentiment d'abandon encore. Encore une fois. Et là, du coup, ça a plus été la boulimie, mais l'alcool. En fait, je trouve toujours

un truc compensatoire. Dès que j'ai un mal être. Enfin un sentiment d'abandon surtout. Donc c'est... Ce sentiment, je me dis : est-ce qu'il va rester toute ma vie, quand même ? Parce que, j'ai 40 ans, se sentir abandonnée, même par un psychologue, c'est terrible, quoi. Donc je me dis, j'ai quand même du pas mal souffrir de... de cette relation avec ma mère qui, par moment, n'était pas toujours là. Pas toujours. Parce que, petite, bon elle m'a mis en... en famille d'accueil, elle a pas eu le choix. Y'a eu aussi même un peu après, vers un peu plus grande, 4-5 ans, 6 ans... Suite à des dépressions et des tentatives de suicides, bah, en maison de repos. Donc pareil, en nourrice. Encore en nourrice. Et toujours sans ma mère. Donc... là, on est un peu plus grand, on a 5 ans, 6 ans, 7 ans, 8 ans... Là, on se rend compte que notre mère, elle est pas là, quoi. Et mon père non plus. Parce que mon père, lui, il était pas là depuis... depuis longtemps. Mais j'avais mon beau père, qu'a... qu'a remplacé quand même. 43:10 Mais bon, ben c'est surtout la mère. L'enfant est... Je veux dire, au départ, il a besoin... C'est la maman. Donc ça, ça a été vraiment, vraiment compliqué. Et après, ben... Après, ben on vit avec. On vit avec. Et après, ce qu'est dur, c'est quand nous, à nouveau, on devient mère. De... pfffiou. Ca c'est dur. Parce qu'alors, là... Là, et depuis... et quand j'ai eu mon garçon, ça a été. Franchement, ça a été. Mais par contre, quand j'ai eu ma fille, alors là, c'est terrible, parce que... j'ai... Ma psychologue me dit : vous avez trop peur de rejouer ce... En fait, j'ai peur que ma fille sente ma dépression, enfin qu'elle soit malheureuse, ou même mon fils, hein, des fois j'ai peur qu'y ait... J'ai peur de mal faire les choses pour eux. J'ai toujours peur. Et elle me dit : vous vous mettez une barre, mais tellement haute, que... Toute seule, vous vous faites des angoisses, des pressions énormes. La mère parfait n'existe pas. Alors que moi, je veux être, voilà, la meilleure, quoi. Mais ça n'existe pas, on a... On peut pas. Mais voilà, je me dis : pfff, moi, ce qu'elle m'a fait, je... Moi je peux pas, enfin. Moi je veux toujours être là, présente pour mes enfants, même des fois, je les étouffe trop. Donc je me rends compte, quoi. Voilà, je suis trop... Trop, comment on appelle ça, la... Couveuse, quoi. Trop, trop. Mais bon, voilà, je me rends compte un peu, mais c'est pas évident. C'est pas évident.

YK : Mais comme vous avez le souci de bien faire, c'est sûr que vous faites bien.

P6 : Après, voilà. Après, elle me dit : là où vous pouvez vous soulager, c'est que... vous leur donnez tellement d'amour, que... Voilà quoi. Je lui dis : ouais, mais des fois, je leur... Alors, toujours, je culpabilise toujours. Je me trouve toujours un défaut. Ouais, je leur donne de l'amour, mais des fois, quand je suis pas bien, je peux m'énerver. Je peux... je peux... Si je mets une fessée, ça me... Oh, ça me... je culpabilise grave, après. Parce que ma mère m'en a mis des... des bonnes. Ah, elle a été violente par moments. Petite, elle a été très violente. Et ça, j'en ai un mauvais souvenir, pareil. Donc moi, mettre une fessée à mes enfants, ouah, c'est... Je crois qu'ils s'en souviennent, le peu que j'ai mis, c'est rare, quoi. Mais voilà, donc c'est pas évident, voilà, d'être ma... Même une fois, une fois, je me suis dit : j'aurais pas dû faire d'enfant, parce que c'est trop dur. C'est trop dur à supporter de toujours peur

qu'on fait mal, de... d'être une mauvaise mère. En fait, j'ai peur voilà, d'être une mauvaise maman. Parce que moi, vu que j'en ai souffert, j'ai pas envie que eux ils souffrent comme moi je souffre. J'ai envie qu'ils soient heureux. Après, elle me dit : tout le monde n'est pas heureux dans la vie, il faut... On a tous des petits tracas, hein, elle me dit. C'est pas pour autant qu'ils vont être dépressifs vos enfants, faut pas... Donc on, ouais, on se met tellement des pressions. C'est énorme, quoi. Et ça, j'en veux à ma mère, du coup, parce que je me dis : c'est terrible. A cause de ça, j'aurais été une enfant normale. J'aurais grandi normalement. Enfin je sais pas, comme mes copines. Des fois, je trouvais que, voilà, elles avaient une mère normale. Et moi, non. Et je me disais, ben... Après je vois autour de moi, quand même. Je vois des gens, ben ils élèvent leurs enfants, ils font des bêtises aussi, donc... Ca me soulage un peu, hein. Je me dis...

YK : Chez tout le monde, y'a des soucis.

P6 : Après, ils sont pas malheureux, ben oui. On a tous... On sait pas tout, mais voilà.

YK : Vu que vous vous inquiétez pour eux, et que vous faites tout pour eux, y'a pas de raison qui fasse que...

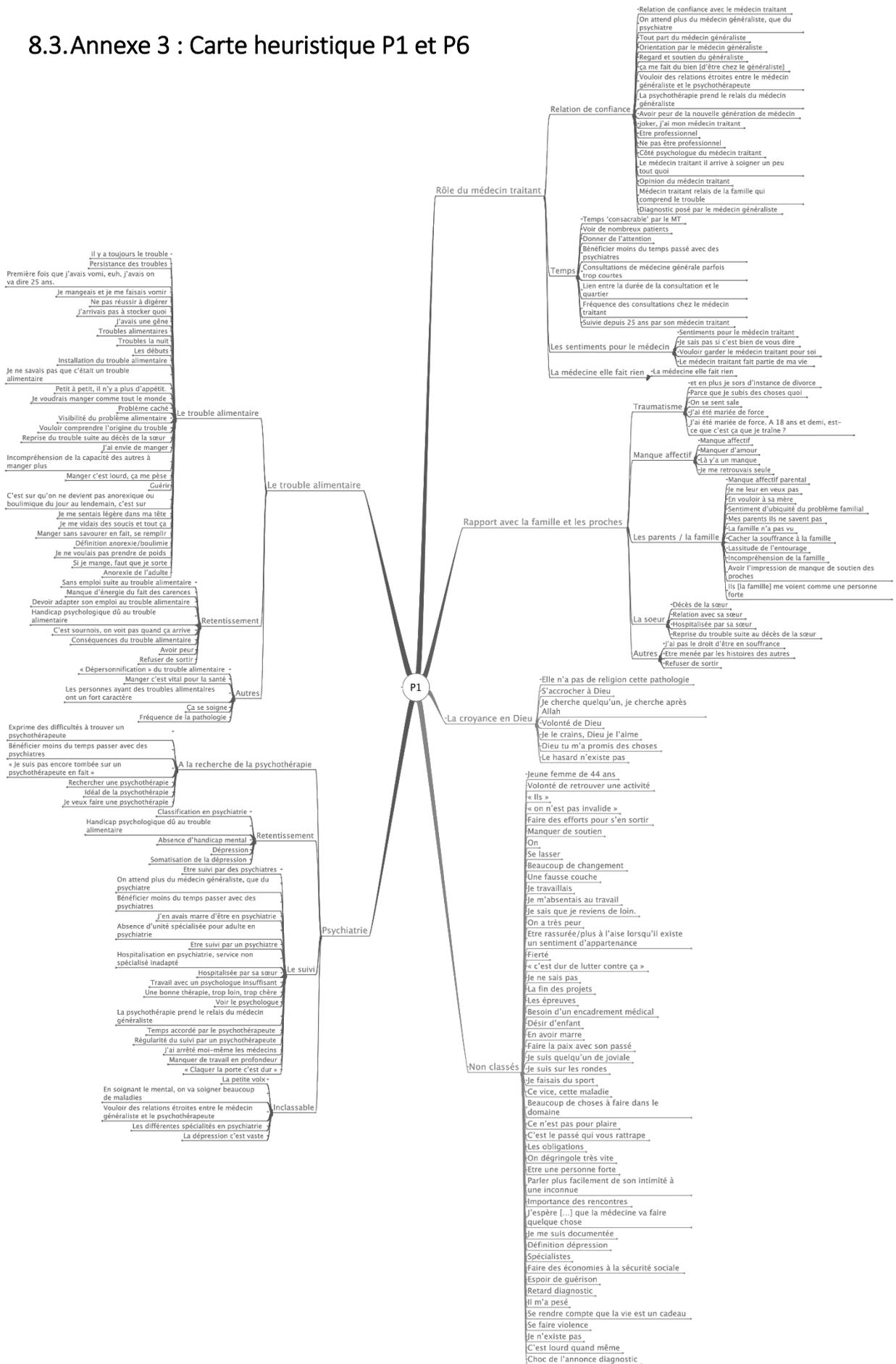
P6 : Ouais, voilà. Et puis y'a leur papa aussi. C'est pareil, c'est quelqu'un de très équilibré. Donc franchement, ça me soulage quoi. Je me dis : ils sont bien entourés. Et voilà, on est là pour eux, et je pense pas que... Je pense pas que, plus tard, ils seront dépressifs, quoi. Je pense pas. Donc, voilà ça me soulage quand même, mais bon j'ai... J'ai toujours besoin, je crois, qu'on me le rappelle. Et c'est pour ça que le psychologue aide aussi à ça. Parce que devenir mère quand on a un souci, c'est pas évident, je trouve. Vu que ce problème vient de la relation mère-enfant. Donc après, on rejoue une histoire. Donc ce que... La psychologue m'a dit : vous rejouez une histoire mère-enfant. C'est là qu'il faut... Qu'il faut encore de l'aide. C'est de l'aide constamment. Donc voilà. J'espère que je vous ai aidée (rires).

YK : Ben, c'est sûr, moi, de toutes façons, tous les récits, toutes les histoires, c'est ce qui m'intéresse.

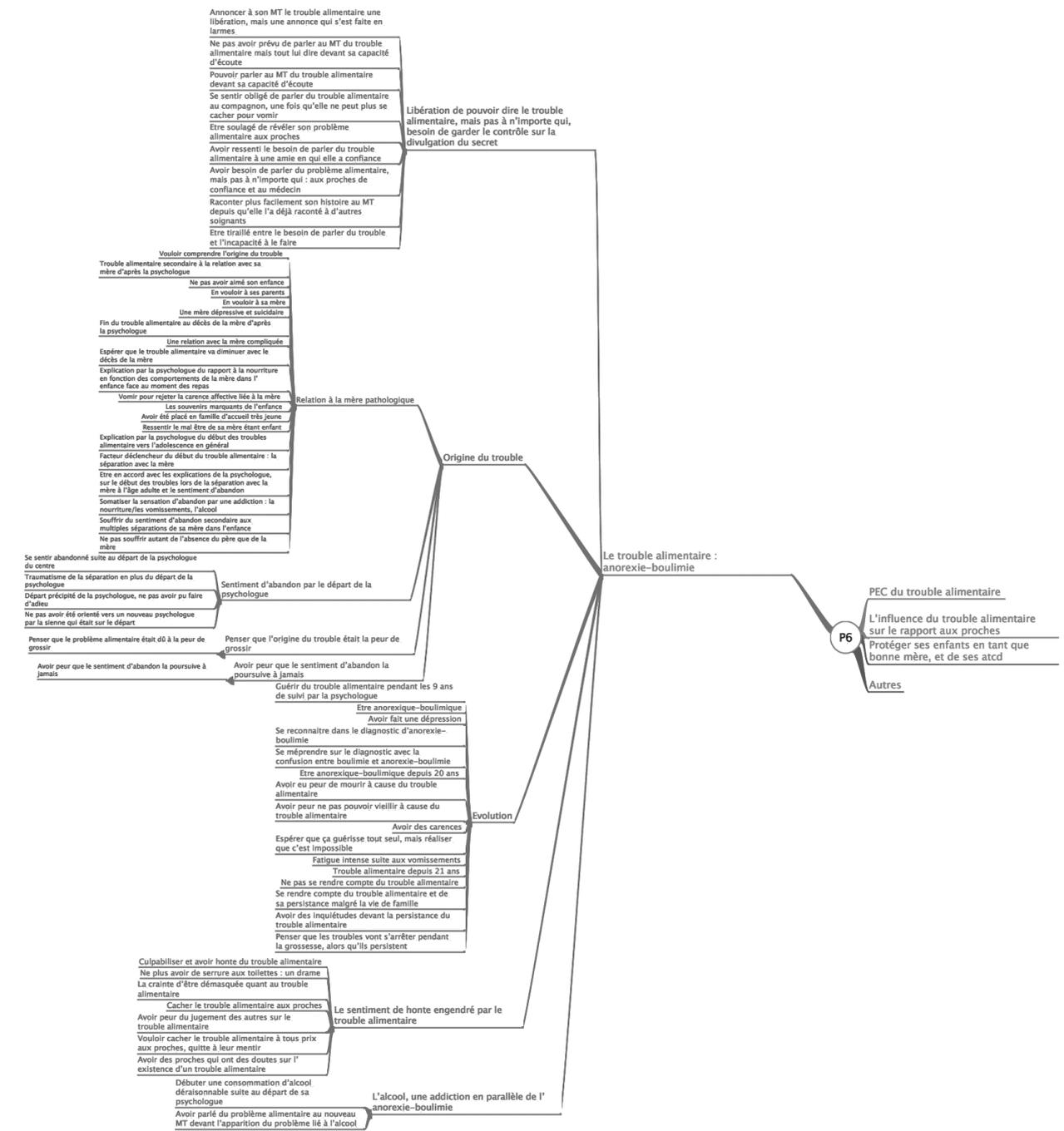
P6 : Ouais. Ouais. Et vous avez fait plusieurs personnes déjà, ou pas ?

FIN

8.3. Annexe 3 : Carte heuristique P1 et P6



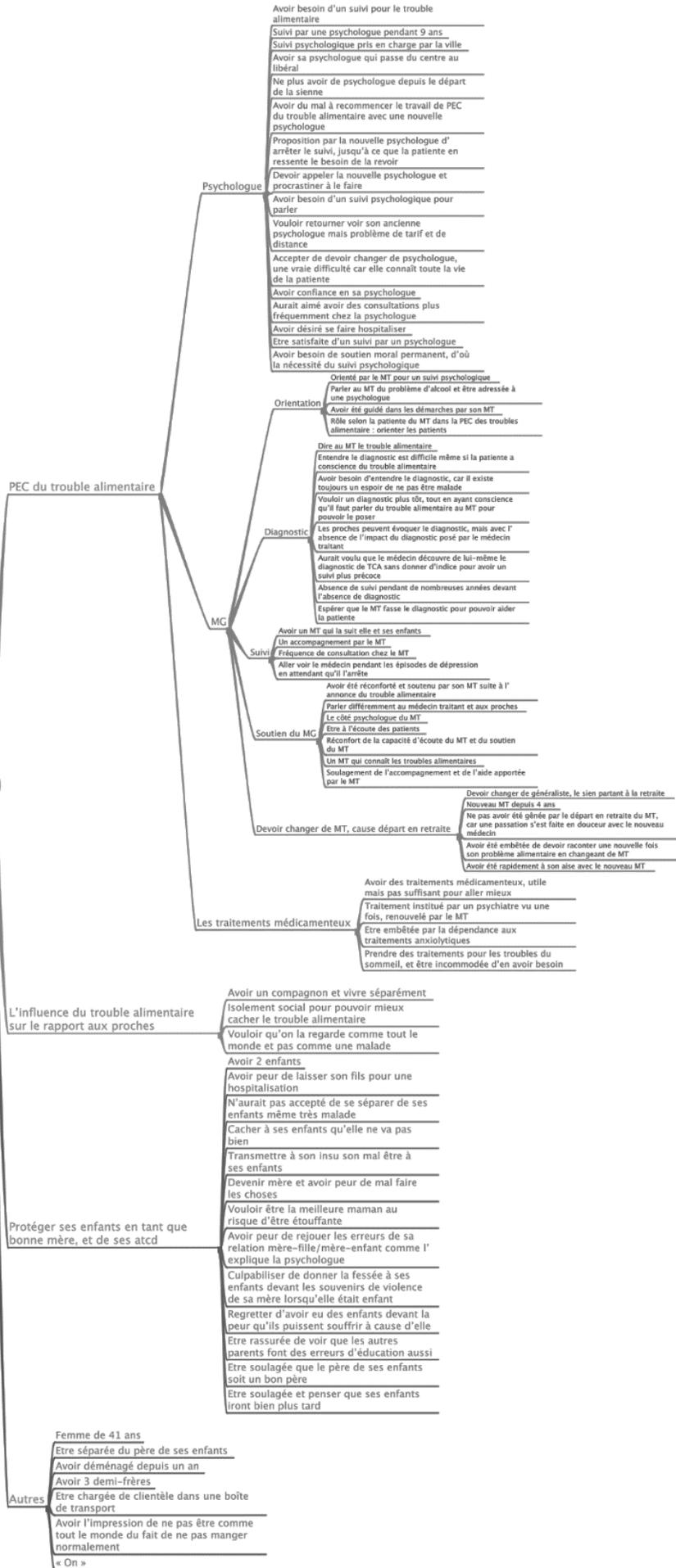
Carte heuristique P6 (1/2)



Carte heuristique P6 (2/2)

Le trouble alimentaire :
anorexie-boulimie

P6



8.4. Annexe 4 : Journal de bord

Rencontre de P1 le 28 juillet 2015

Premier contact facile. L'interviewée est une femme très sympathique. Pour discuter, elle me propose d'aller prendre un café à l'étage d'une boulangerie qu'elle connaît bien. Nous sommes seules à cet étage, mais nous entendons tous les bruits du commerce. Le lieu me paraît étrange pour ce genre de rencontre, car nous ne sommes pas au calme. P1 parle avec la main devant la bouche, probablement à cause de la difficulté de l'histoire qu'elle me raconte. Je ne peux pas m'empêcher d'être angoissée pour l'enregistrement. J'espère tout du long qu'il sera exploitable, à cause du bruit, et des paroles murmurées. Je ne prends aucune note, car j'ai peur qu'elle interprète mes annotations, comme jugeant certaines parties de son histoire plus ou moins intéressantes. Je ne veux pas l'influencer. Je suis aussi gênée de boire mon café, ou de jeter un œil à ma feuille de questions, je ne veux surtout pas l'interrompre. J'ai une bronchite, je n'arrête pas de tousser... J'ai peur de l'interrompre et de couper son élan. Mais en fait non. Son histoire est incroyable, je suis ravie que mon premier entretien soit si productif. Je suis rassurée.

J'avais beaucoup d'appréhension pour ce premier entretien. Assez rapidement, j'ai été rassurée par le discours particulièrement productif de P1. Je suis vraiment contente de la « qualité » de l'entretien.

J'ai trouvé ça très difficile pendant toute cette rencontre de ne pas couper la parole de P1. L'écoute active est un exercice pas si simple.

Mes impressions pendant le codage :

P1 parle vraiment très vite, c'est difficile de suivre les idées.

Beaucoup d'informations sont contradictoires.

Elle semble amoureuse de son médecin.

Elle dénigre les anorexiques qui n'ont pas son âge.

Rencontre de P2 le 2 octobre 2015

P2 a 21 ans, elle est très sympathique. Je la trouve gênée, du coup je le suis aussi... Nous allons nous installer dans une sorte de hall de sa faculté avec des canapés. Le lieu est un sorte d'open-space, un homme est assis proche de nous, ça me gêne. Le lieu est, je trouve, insolite pour parler de problèmes aussi profonds. Ça n'a pas l'air de déranger P2, et c'est tant mieux.

Elle parle vraiment très vite, je pense que c'est pour se retenir de pleurer. Elle rigole nerveusement, je pense que c'est sa façon de contrôler ses émotions et de ne pas craquer. Je vois bien la souffrance dans son regard quand elle me raconte son histoire.

Son histoire est très intéressante, mais je n'arrive pas à faire durer plus l'entretien (19 minutes). Une fois le dictaphone coupé, lorsque nous sommes sur le chemin du retour, avant que nos chemins ne se séparent, elle recommence à donner des informations que je ne pourrai malheureusement pas exploiter.

Je me pose plusieurs questions sur la durée de l'entretien. Est-ce qu'il a été court, parce que P2 est plus jeune que P1 ? Qu'elle a moins de vécu à raconter ? Elle a peur de dire quelque chose de travers ?

Je suis étonnée d'entendre une nouvelle fois un problème avec la mère. Je ne m'attendais pas ça.

Mes impressions pendant le codage :

Lors de la menace d'hospitalisation par le médecin du CMP, la mère dit « on l'hospitalise quand ? ». P2 le prend comme une forme de défense de la mère pour tester les limites du médecin. Mais je pense plutôt que la mère voulait la faire hospitaliser. Je pense que la patiente veut se convaincre que la mère est de son côté. En écoutant la patiente, on pourrait penser que l'hospitalisation était superflue, mais il faut remettre le contexte : elle se mutilait, et était asthénique secondairement à la maigreur. Elle était probablement dans le déni de la gravité de la maigreur.

« Elle a pas l'air bien », dit par son généraliste, revient plusieurs fois dans son discours. Ceci montre l'impact majeur des mots prononcés au patient.

Entretien téléphonique avec P3 le 5 octobre 2015

Je trouve cet entretien particulier car téléphonique.

Je me sens gênée, je ne sais pas si c'est parce qu'on a, à peu près, le même âge.

Je trouve ses réponses presque scolaires. P3 répond « en profondeur », pas de réponse en oui/non, mais j'ai l'impression de ne pas réussir à aller « plus loin ».

Je trouve l'entretien intéressant car contradictoire avec les précédents en ce qui concerne la prise en charge. Elle trouve que toute la prise en charge n'est d'aucune aide, et qu'elle s'en sort « seule ». Elle parle positivement de l'aide apportée par sa famille, et ne témoigne pas de reproche envers sa mère.

C'est mon 2^{ème} entretien avec une patiente jeune, il est à nouveau court. Je suis frustrée car le premier était long. Je me demande pourquoi ces entretiens sont moins productifs :

- Peut-être parce qu'elle est jeune et a moins de vécu ?
- Peut-être parce qu'elle a moins d'analyse sur elle-même ?
- Peut-être parce qu'elle se sent bien entourée ?

Après réflexion, je me rends compte que P3 a vraiment beaucoup insisté pour que l'entretien soit téléphonique. J'étais pourtant plutôt disponible et prête à me déplacer. Je pense que c'était important de témoigner sur le sujet pour elle, surtout qu'elle voulait dénoncer le fait que l'aide apportée par le corps médical avait été franchement insuffisante pour elle. Peut-être que c'était plus facile à dire au téléphone qu'en face à face.

Mes impressions pendant le codage :

« C'était quelque chose que j'avais institué et que je respectais » :

-notion de rituel

- Sous-entend elle que c'est de sa faute ? Je ne vois pas en quoi elle pourrait être responsable du trouble.

Une notion de durée entre l'installation du trouble et son développement pendant la prépa.

« Je suis un peu foutue », « je suis un cas à part »... je trouve qu'elle se flagelle un peu.

Lorsqu'elle parle de l'inquiétude pour les autres patientes qui sont moins fortes et ont besoin de plus d'aide, c'est de la fausse modestie ? S'inquiète-t-elle vraiment pour les autres ? Veut-elle juste souligner le fait qu'elle est plus forte ? « C'est compliqué d'aider ces personnes » alors que, pour moi, elle en fait partie. Et d'un autre côté semble se sentir investie d'une mission : « j'ai parlé à ma mère du témoignage que je devais faire ».

Rencontre de P4 le 14 octobre 2015

A l'arrivée :

Accueil de la patiente chaleureux, elle paraît relativement âgée. Je suis un peu déconcertée par la quantité de chats, et un probable syndrome de Diogène, la maison étant franchement en désordre avec des choses entassées partout. En pratique, elle est âgée de 57 ans, actuellement en invalidité secondaire pour une dépression en attendant sa retraite.

Début de l'entretien :

Assez « facile », la patiente ayant été hospitalisée récemment pour la PEC de ses troubles alimentaires dans un service spécialisé, elle a une facilité à répondre aux questions, en cherchant à aller le plus loin possible sans relance. Ce qui est peut être gênant aussi, sachant que tout ceci a déjà été formulé récemment à plusieurs reprises.

Il s'agit de mon 4^{ème} entretien. Je remarque, probablement par hasard, des similitudes dans leur histoire :

- « elles en veulent à leur mère » : La première patiente depuis son mariage forcée. Cette patiente depuis son enfance sur différents sujets : tentative de suicide répétées de la mère, dégoût de cuisiner de la mère (a mangé la même soupe tous les soirs...), rapport étrange au corps de sa fille (laisse une amie lui toucher les seins -> attouchement ; lui demande de laver ses sous-vêtements à la main).

- « recours à la PMA » sans résultat, même si contrairement à P1, elle dit ne pas regretter de ne pas avoir d'enfant.

Dans l'entrebâillement de la porte, lorsque nous nous saluons, elle me fait des dernières révélations, pour elle le trouble alimentaire s'étend dans d'autres domaines, comme le jeu et le rangement (ce qui confirme ma première suspicion d'un syndrome de Diogène).

Mes impressions pendant le codage :

Son histoire sur la maternité, « c'est mieux comme ça [...] je n'aurais pas su m'occuper d'une fille », me donne l'impression qu'elle cherche à « rompre le sort » en n'ayant pas eu d'enfant.

Elle explique ne jamais avoir eu de geste tendre de sa mère, de ne jamais avoir vu ses parents ayant des gestes tendres l'un pour l'autre. Mais elle ne parle pas du père, pourquoi ?

Elle en veut à sa mère qui n'a rien fait quand le trouble s'est installé, mais d'un autre côté, elle raconte la consultation chez le spécialiste où l'avait emmenée sa mère, certes qu'une seule fois. Sa mère avait l'air d'être très dure et difficile, mais néanmoins était-elle ouverte à la discussion avec elle ?

Rencontre de P5 le 09 janvier 2016

Charmante femme d'une quarantaine d'années me recevant dans sa maison.

Je réussis pour la première fois à me présenter comme une étudiante en sociologie.

Elle me sert un thé que je n'ose pas boire pendant l'entretien de peur de l'interrompre. Je ne veux pas qu'elle puisse penser que je ne m'intéresse pas à son histoire qu'elle me raconte.

Au début de l'entretien, sa fille passe dans le salon pour prendre quelque chose, mais retourne ensuite à l'étage dans sa chambre. Nous sommes au calme. Je me rends compte que c'est la première patiente ayant des enfants.

Au début de l'entretien, je suis déçue quand la patiente explicite sa prise de poids depuis la ménopause et le cancer de la thyroïde.

L'entretien est assez court, ça me frustre, je me demande si c'est parce que je me suis présentée comme étudiante en sociologie. Puisque dans les 4 précédents entretiens, deux

étaient courts, et les patientes âgées de moins de 30 ans, et deux étaient longs, chez des patientes âgées de plus de 40 ans... Je ne peux pas expliquer la durée de cet entretien.

Je trouve intéressant qu'elle ne veuille pas parler de ses troubles alimentaires à son médecin.

Mes impressions pendant le codage :

Je trouve la patiente mignonne, à parler de doudou, et de chocolat. Et aussi d'être critique sur son comportement, ce qui l'a fait consulter un spécialiste. Mais elle est clairement dans un déni partiel à cacher ses réveils nocturnes pour aller manger, à ses filles et au médecin.

Tentative de rencontre d'une patiente le 21 mars 2016

Malheureusement à l'arrivée au domicile de la patiente, personne n'est là. Je finis par appeler sa mère, qui m'explique qu'elle est hospitalisée depuis 4 jours, alors qu'elle sortait d'un an et demi d'hospitalisation 2 semaines plus tôt. Je crains le pire.

Rencontre de P6 le 30 mars 2016

J'arrive de nouveau à me présenter comme étudiante en sociologie.

Elle m'accueille chaleureusement chez elle, et me sert un café.

Je suis un peu perturbée qu'elle laisse la télévision allumée sur la chaîne des clips vidéo en coupant le son, et qu'elle reste assise en face.

Son histoire me touche car elle parle beaucoup de sa fille lorsqu'elle était bébé, sachant que j'ai une fille de 15 mois au moment de la rencontre.

Je suis vraiment contente de l'entretien, et de cette rencontre, qui permet d'avoir réellement un nouveau profil pour l'étude, surtout après l'échec de la semaine précédente.

RESUME

Introduction : Les médecins généralistes (MG) sont souvent cités comme des acteurs de repérage précoce des troubles des conduites alimentaires (TCA). Ils ont exprimé dans une étude précédente leurs difficultés à prendre en charge les patients atteints de TCA. Il n'existe pas, en France, d'étude sur le point de vue des patients.

Objectif : Décrire les perceptions du rôle du MG par les patients atteints de TCA dans leur prise en charge.

Méthode : Etude qualitative phénoménologique. Les patients, âgés de plus de 8 ans et atteints de TCA étaient recrutés de façon raisonnée en milieu ambulatoire par les MG d'île de France adhérents à la SFMG. Des entretiens individuels semi directifs ont été réalisés après consentement écrit des patients. L'analyse des verbatim a été réalisée par deux investigateurs de façon descriptive au sein de chaque entretien, puis de façon interprétative à l'ensemble des entretiens, aboutissant à un modèle explicatif.

Résultats : 6 entretiens ont été réalisés. Seules des femmes ont été interrogées, âgées de 21 à 57 ans. Les patientes ont décrit un parcours de vie complexe, avec des TCA ancrés dès l'enfance, influencés et influençant leur relation à l'entourage proche. Les TCA étaient un fardeau au quotidien, les femmes décrivaient des solutions pratiques de gestion. Les MG étaient décrits comme des alliés, aidant à dépasser le déni mais quelquefois décevants.

Conclusion : Le modèle explicatif a permis de mettre en évidence les concepts fondamentaux de fardeau, de maladie exogène, de troubles du lien mère fille. Les solutions à apporter étaient un renforcement de l'alliance thérapeutique, une formation approfondie des MG à la relation de soins dès l'internat.

Mots-clés : Troubles du comportement alimentaire, médecins généralistes, perception, recherche qualitative, médecine générale