

Année 2023

2023 TOU3 1059

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Adèle PROBST

Le 12 juin 2023

Quels sont les besoins de formation des médecins généralistes de la région Occitanie, concernant les troubles du comportement alimentaire ?

Directeur de thèse : Dr Florian SAVIGNAC

JURY :

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Président

Monsieur Docteur Florian SAVIGNAC

Assesseur

Madame le Docteur Monelle BERTRAND.

Assesseur

Monsieur le Professeur Patrick RITZ.

Assesseur

Département Médecine, Maieutique et Paramédical
Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine
2022-2023

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
Mme BURRA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

Professeurs Associés

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Poi Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie Oncologiques et Immunologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Cardiologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Bactériologie-virologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Biochimie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Nutrition
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Pharmacologie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Biologie du dév. Et de la reproduction
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Physiologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Médecine interne
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Biologie Cellulaire
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Physiologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Génétiq
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Immunologie
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Pédo-psychiatrie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Biophysique et médecine nucléaire
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOLAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
M. GACHIES Hervé
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

Remerciements au Jury

A Madame le Professeur Marie-Eve Rougé-Bugat,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider cette thèse. Recevez ici toute ma considération et l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Florian Savignac,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail, et de m'avoir accompagné à travers de précieux conseils tout au long de la rédaction. Sois assuré de toute ma reconnaissance et ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Patrick Ritz,

Je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer ce travail, et de m'avoir enseigné la nutrition dans votre service au cours de mon internat. Veuillez recevoir le témoignage de ma respectueuse considération.

A Madame le Docteur Monelle Bertrand,

Je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer ce travail, l'enseignement reçu dans le service d'hospitalisation de jour de nutrition m'a beaucoup apporté. Veuillez recevoir le témoignage de ma respectueuse considération.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Table des matières

I	INTRODUCTION	4
A.	<i>Définitions</i>	4
B.	<i>Épidémiologie</i>	5
C.	<i>Devoir et besoin de formation</i>	5
D.	<i>Le médecin traitant, coordinateur du parcours de soins</i>	6
II	CONTEXTES ET MOTIFS DE L'ETUDE	6
A.	<i>Justification de l'étude</i>	6
B.	<i>Objectif principal</i>	6
C.	<i>Objectifs secondaires</i>	7
III	METHODE	7
A.	<i>Schéma de l'étude</i>	7
B.	<i>Population étudiée</i>	7
C.	<i>Matériel</i>	7
1.	<i>Élaboration du questionnaire</i>	7
2.	<i>Diffusion du questionnaire</i>	8
3.	<i>Recueil des données</i>	8
D.	<i>Analyse statistique</i>	8
E.	<i>Éthique</i>	9
IV	RESULTATS	9
A.	<i>Données démographiques</i>	9
1.	<i>Age et sexe des participants</i>	9
2.	<i>Conditions d'exercice</i>	10
3.	<i>Lieu d'exercice en Occitanie</i>	10
B.	<i>Les pratiques des médecins généralistes</i>	12
1.	<i>Nombre de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire dans la patientèle</i>	12
2.	<i>Nombre de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire vu dans les 30 derniers jours</i>	13
3.	<i>Rôle(s) du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire</i>	13
4.	<i>Place du spécialiste de second recours dans le parcours du patient</i>	13
5.	<i>Recours spécialisé en fonction du trouble du comportement alimentaire</i>	14
6.	<i>Connaissance de réseau de soin spécialisé pour les troubles du comportement alimentaire</i>	15
C.	<i>Les besoins de formation</i>	17
1.	<i>Formations complémentaires concernant les TCA</i>	17
2.	<i>Besoin de formation vis-à-vis des TCA</i>	17
3.	<i>Facteurs influençant le besoin de formation</i>	17
4.	<i>Ordre de priorité dans le choix d'une formation complémentaire</i>	19
5.	<i>Importance relative des sujets abordés</i>	19
6.	<i>Facteurs limitant la formation aux troubles du comportement alimentaire</i>	20
D.	<i>Les modalités de formation</i>	20
1.	<i>Temps à consacrer à une potentielle formation</i>	20

2.	Type de formation souhaité	21
3.	Mode de formation.....	21
4.	Support de formation préférentiel.....	21
V.	DISCUSSION.....	22
A.	<i>Forces et limites de l'étude.....</i>	22
1.	Forces de l'étude.....	22
2.	Limites de l'étude	22
B.	<i>Données de la littérature</i>	23
1.	Les rôles du médecin généraliste.....	23
2.	Les besoins de formations.....	26
•	Les modalités de formation.....	28
•	Les freins à la formation	29
3.	Les réseaux de soins TCA	30
4.	Perspectives	34
VI.	CONCLUSION.....	36
VII.	BIBLIOGRAPHIE	37
VIII.	ANNEXES	41
A.	<i>ANNEXE 1 : Définitions du DSM5.....</i>	41
B.	<i>ANNEXE 2 : SCOFF</i>	42
C.	<i>ANNEXE 3 : questionnaire.....</i>	43
D.	<i>ANNEXE 4 : Critères d'hospitalisation dans les troubles du comportement alimentaire</i>	50
E.	<i>ANNEXE 5 : Structures TCA en Occitanie selon la Fédération Française Anorexie-Boulimie.....</i>	52

LISTE DES ABREVIATIONS

AFDAS-TCA : Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées des Troubles du Comportement Alimentaire

ALD : Affection Longue Durée

ANDPC : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNP : Conseil National Professionnel

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DPC : Développement Professionnel Continu

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle $IMC = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m}^2\text{)}$

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MG : Médecin Généraliste

MOOC : Massive Open Online Course (contenu pédagogique en ligne en libre accès)

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSU : Maître de Stage Universitaire

OSFED : Other Specified Feeding or Eating Disorders (Autres troubles non spécifiés de l'alimentation)

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

I. INTRODUCTION

Tout médecin généraliste, en tant que médecin de soins premiers sera un jour, ou a déjà été, confronté à un(e) patient(e) souffrant de Troubles du Comportement Alimentaire (TCA).

Au cours de cette thèse, j'ai décidé d'aborder les trois principaux troubles du comportement alimentaire décrits par la classification DSM-5 de l'American Psychiatric Association (1) :

- L'anorexie mentale ;
- La boulimie ;
- L'hyperphagie boulimique.

A. Définitions

Les différents critères diagnostiques des troubles alimentaires sus-cités sont décrits dans le DSM V(1) (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) (ANNEXE 1).

L'anorexie mentale se définit principalement par une restriction des apports conduisant à un poids bas, avec une peur intense de prendre de poids associée à une altération de la perception de son propre corps, ou faible estime de soi, ou un manque de reconnaissance de la gravité de la maigreur. L'aménorrhée ne constitue plus un élément diagnostique du trouble, mais constitue un facteur de gravité. On distingue l'anorexie mentale restrictive et l'anorexie mentale avec accès hyperphagiques/ purgatifs.

La boulimie se définit par la survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée associés à des comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids (vomissements provoqués, prises de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, exercice excessif). Le trouble ne survient pas exclusivement au cours d'une période d'anorexie mentale.

L'hyperphagie boulimique se définit par la survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée, provoquant une détresse marquée, sans utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés comme c'est le cas dans des épisodes de boulimie, et ne survient pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.

B. Épidémiologie

En France, l'anorexie mentale touche environ 1% des femmes et 0,3% des hommes. La boulimie atteint 1,5% des femmes et 0,5% des hommes. L'hyperphagie boulimique concerne environ 3% des femmes et 1,5% des hommes(2).

La pandémie de COVID-19 a aggravé le fardeau des troubles de l'alimentation. En France(3), une étude réalisée chez les étudiants a mis en évidence une augmentation de la prévalence des TCA entre 2009 et 2021 : 24,0 % en 2009, 23,1 % en 2011, 20,3 % en 2015, 24,9 % en 2018 et 46,6 % en 2021.

Face à l'augmentation de la fréquence des troubles du comportement alimentaire, les médecins généralistes, spécialistes de premier recours, vont être de plus en plus sollicités.

C. Devoir et besoin de formation

La formation médicale continue est un devoir légal et déontologique, comme le décrit l'article 11 du Code de déontologie médicale : « Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu ». Le Développement Professionnel Continu (DPC) des médecins doit comporter des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion du risque. Chaque médecin doit justifier, sur une période de trois ans, de son obligation de formation(4).

En 2020, Natalie Touyères a interrogé les médecins généralistes de Midi-Pyrénées sur le dépistage et l'initiation de la prise en charge des TCA. Ces derniers ont reconnu manquer de connaissance en termes d'outils de repérage des troubles, et sont demandeurs de ressources fiables. En 2016, 55,5% des médecins interrogés en Ille-et-Vilaine sont en demande d'une formation sur l'anorexie mentale(5). Dans la thèse de Julia Mauhourat en 2018, 80% des médecins généralistes se sentent en difficulté dans la prise en charge de l'anorexie mentale(6). De même, les médecins généralistes des Hauts-de-France ont exprimé des difficultés dans l'accompagnement des patients, la communication avec l'entourage et entre pairs. Dans sa thèse, Romain Bouchet nous apprend que des formations existent déjà dans les Hauts-de-France mais sont peu choisies par les médecins généralistes(7).

D. Le médecin traitant, coordinateur du parcours de soins

Le médecin généraliste est au centre de la coordination des soins et a pour missions « d’orienter ses patients, selon leurs besoins » et de « s’assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients » (article L.4130-1 du Code de la Santé Publique). D’après la Haute Autorité de Santé (HAS), le professionnel de premier recours organise les soins ambulatoires multidisciplinaires une fois le diagnostic posé(8)(9).

L’amélioration de la formation des médecins pourrait permettre une orientation plus pertinente et une prise en charge ambulatoire de premier recours coordonnée par le médecin traitant.

II. CONTEXTES ET MOTIFS DE L’ETUDE

A. Justification de l’étude

La prise en charge précoce des TCA constitue un enjeu de santé publique. Avec 10% de mortalité, l’anorexie mentale est la pathologie psychiatrique la plus létale(10).

Les formations aux troubles du comportement existantes sont peu choisies par les médecins généralistes, pourtant en demande d’une amélioration de leurs pratiques. Pour proposer une formation attractive, il est nécessaire de mieux cibler les besoins des médecins généralistes de notre territoire.

Par ailleurs, le réseau TCA Occitanie est un projet territorial en cours de développement, avec un appel à candidature lancé en 2022(11). Ce projet vise à structurer l’offre de soin, et aura également une vocation de formation des acteurs de premier recours.

B. Objectif principal

L’objectif principal de cette étude est de recueillir les besoins de formation des médecins généralistes d’Occitanie, concernant les troubles du comportement alimentaire.

C. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude sont :

- de déterminer les éléments d'un outil d'aide à la formation des médecins généralistes ;
- d'identifier des acteurs de premiers recours en demande de formation sur les troubles du comportement alimentaire, dans le cadre de la création du réseau de soins « TCA Occitanie ».

III. METHODE

A. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive. Les variables sont exprimées en nombre et en pourcentage.

B. Population étudiée

Ce travail a interrogé des médecins généralistes installés dans les 13 départements de la région Occitanie, acceptant de participer à l'étude.

C. Matériel

1. Élaboration du questionnaire

Pour interroger le besoin de formation des médecins généralistes, nous avons réalisé un questionnaire Google Forms (Annexe 1). Ce questionnaire comprend 4 parties :

- Une partie recueille des données démographiques sur les participants : sexe, âge, lieu d'installation, mode d'exercice ;
- Une partie interroge les pratiques des médecins généralistes concernant les troubles du comportement alimentaire ;
- Une partie caractérise le besoin de formation des médecins généralistes, ou les freins à la formation pour les participants n'exprimant pas de besoin de formation ;
- Une dernière partie traite des modalités d'une potentielle formation.

Un pré-test du questionnaire avant diffusion a été effectué auprès de 5 médecins généralistes.

2. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a d'abord été diffusé, par mail, aux Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM). Certains départements ont refusé de relayer le questionnaire aux médecins généralistes de leur circonscription.

Le questionnaire a alors été adressé par mail aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) des différents départements d'Occitanie, répertoriées sur le site de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) d'Occitanie (<https://www.guichet-cpts-occitanie.org/cartographie-des-projets/>). En l'absence d'adresse mail notée, celle-ci a été obtenue en téléphonant individuellement à chaque coordinateur des CPTS.

Dans les régions avec un faible nombre de réponse, les principales maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) ont été contactés par téléphone. Les anciens maîtres de stages et leurs associés ont également été sollicités. Enfin, le questionnaire a été diffusé sur des groupes de médecins via le réseau social Facebook.

Une demande de diffusion via l'URPS a été effectuée, après 6 mois sur liste d'attente, cette option a été abandonnée.

Il est difficile de déterminer le nombre de questionnaires qui sont parvenus jusqu'aux boîtes mails des médecins. La diffusion du questionnaire s'est effectuée entre le 19 juillet 2022 et le 19 octobre 2022. Deux relances ont été effectuées : le 29 août et le 3 octobre 2022.

3. Recueil des données

Nous avons pu collecter 167 réponses. Deux questionnaires étaient incomplets et ont été exclus. Au total, 165 réponses ont été analysées.

D. Analyse statistique

Les données recueillies ont été exportées et codées dans un tableur Excel.

Les analyses ont été réalisées grâce au logiciel de statistique R version 4.2.2., et à la plateforme de statistique en ligne « BioStatTVG ». Nous avons eu recours à une analyse statistique descriptive classique.

Pour les tests d'indépendance, un test de Chi 2 a été réalisé, ou un test exact de Fisher si les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5. Le seuil de significativité alpha retenu était de 0,05.

E. Éthique

Pour effectuer cette étude, l'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été obtenu, afin de recueillir les coordonnées des participants souhaitant être recontacté.

S'agissant d'une étude observationnelle, celle-ci est considérée comme hors loi Jardé, et n'a pas nécessité l'accord du comité de protection des personnes.

Les médecins interrogés étaient informés dans le texte d'introduction des objectifs de l'étude et du traitement des données. Ils pouvaient contacter l'administrateur par mail pour toute question.

IV. RESULTATS

A. Données démographiques

1. Age et sexe des participants

La figure 1 représente la distribution de la population interrogée selon l'âge et le sexe sous forme de pyramide des âges. La médiane d'âge des médecins interrogés était de 40 ans. L'âge moyen était de 42,5ans. 68% étaient des femmes (N=113), et 32% étaient des hommes (N=52).

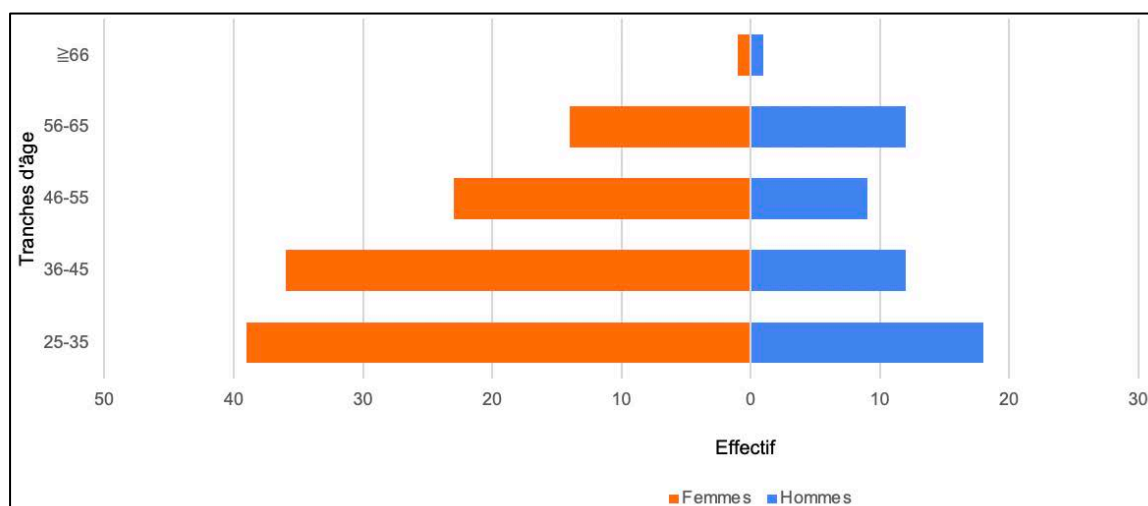


Figure 1-Pyramide des âges

2. Conditions d'exercice

Parmi les médecins répondant, 21% exercent en zone rurale (n=34), 31% en zone semi-rurale (n=51), 25% en zone urbaine (n=42), et 23% en zone semi-urbaine (n=38).

3. Lieu d'exercice en Occitanie

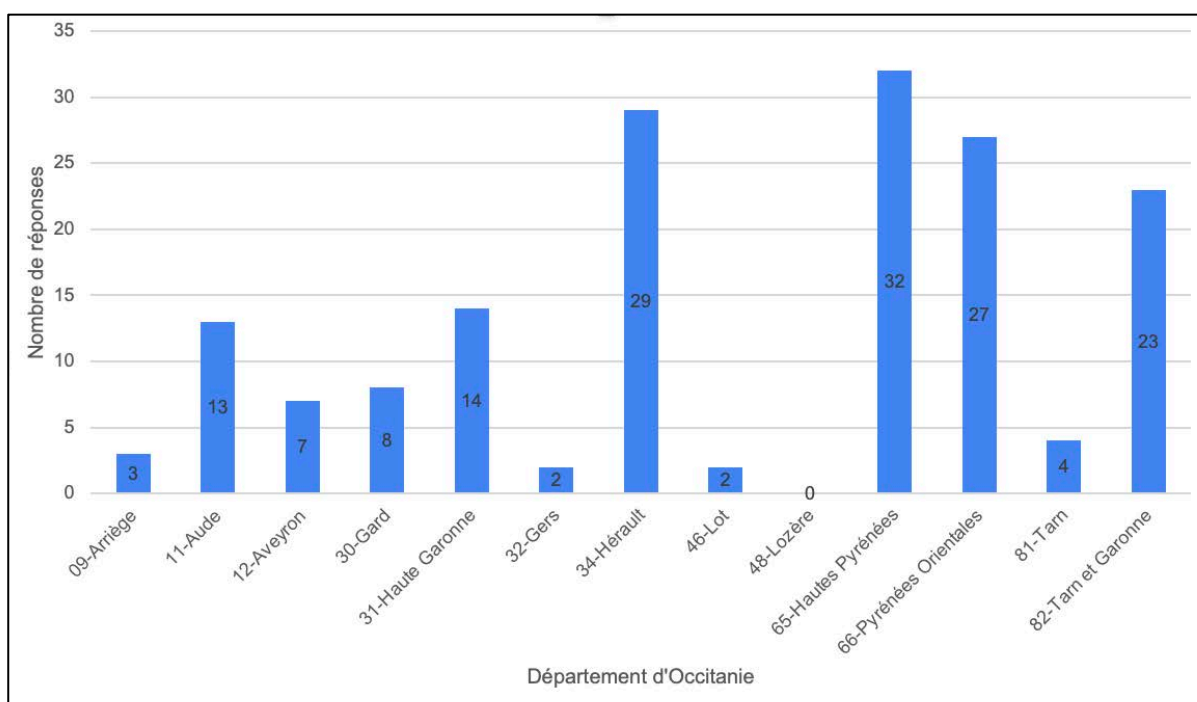


Figure 2-Répartition des réponses en Occitanie

La figure 2 représente la répartition des réponses selon les départements de la région Occitanie. Dans les départements de l'Ariège, de l'Aveyron, du Gard, du Gers, du Lot, de la Lozère et du Tarn, moins de 10 réponses ont été obtenues.

Le tableau 1 représente les différents modes de recueil des données selon les départements, afin d'augmenter le nombre de réponses.

Département	Nombre	%	Diffusion CDOM	Nombre de CPTS contactées (nombre de médecins généralistes MG)	Nombre de MSP contactées (nombre de médecins généralistes MG)	Contact des MSU
09-Ariège	3	2%	Non	2 CPTS (120 MG)	4 MSP (12 MG)	
11-Aude	13	8%	Oui	4 CPTS (254 MG)		
12-Aveyron	7	4%	?	4 CPTS (160 MG)		Oui
30-Gard	8	5%	Non	9 CPTS (479 MG)		
31-Haute Garonne	14	8%	Non	7 CPTS (720 MG)		Oui
32-Gers	2	1%	Non	3 CPTS (54MG)	3 MSP (12 MG)	
34-Hérault	29	18%	Oui	8 CPTS (598 MG)		
46-Lot	2	1%	Non	3 CPTS (157 MG)	3 MSP (8 MG)	
48-Lozère	0	0%	Non	1 CPTS (22 MG)	5 MSP (21 MG)	
65-Hautes Pyrénées	32	19%	?	4 CPTS (170MG)		Oui
66-Pyrénées Orientales	27	16%	Oui	1 CPTS (19 MG)		
81-Tarn	4	2%	?	4 CPTS (230 MG)	8 MSP (25 MG)	
82-Tarn et Garonne	23	14%	?	2 CPTS (41 MG)	2 MSP (8 MG)	Oui

Tableau 1-Receuil des données

L'échantillon de médecins interrogés comportait plus de femmes 68% que d'hommes 32%. L'âge moyen était de 42,5 ans. Les médecins interrogés étaient également répartis entre des zones rurales ou urbaines. Dans les départements de l'Ariège, l'Aveyron, le Gard, le Gers, le Lot, la Lozère et le Tarn, moins de 10 réponses ont été obtenues.

B. Les pratiques des médecins généralistes

1. Nombre de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire dans la patientèle

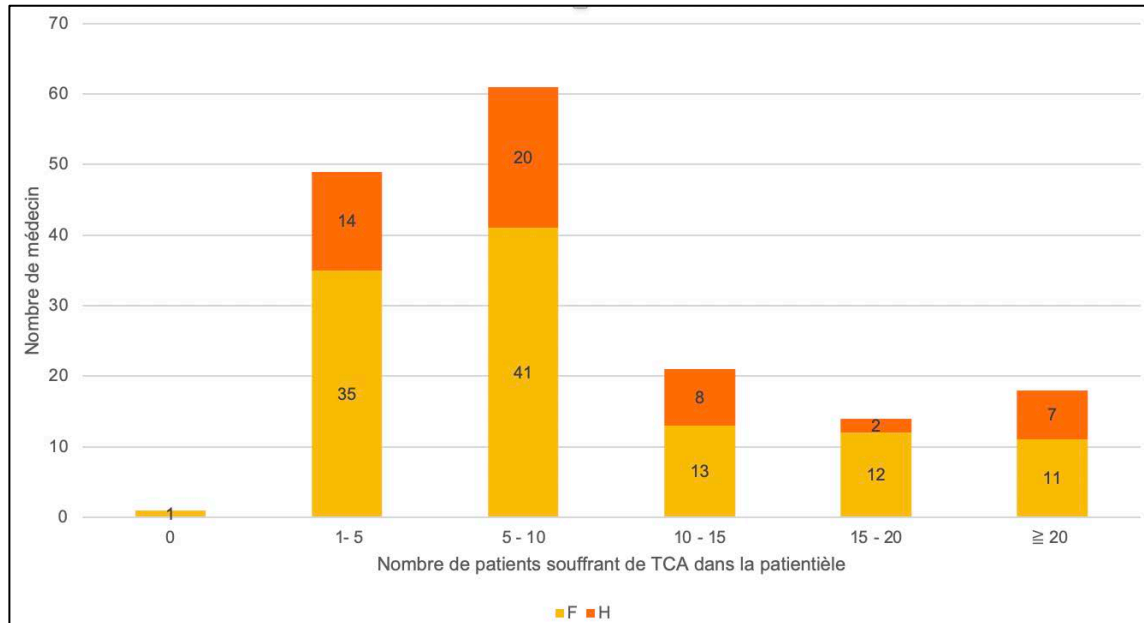


Figure 3-Nombre de patients souffrant de TCA

La figure 3 représente la répartition du nombre de patients souffrant de TCA dans la patientèle selon le sexe des médecins interrogés. Les médecins généralistes de l'échantillon ont dans la majorité des cas entre 5 et 10 patients souffrant de TCA (37%, n=61) dans leur patientèle. 30% des médecins accompagnent entre 1 et 5 patients souffrant de TCA (n=49). 13% des médecins ont entre 10 et 15 patients qui souffrent de TCA dans leur patientèle (n=21). 8% des médecins suivent entre 15 et 20 patients souffrant de TCA (n=14) et 11% des médecins accompagnent 20 patients ou plus (n=18).

Plus de femmes ont répondu au questionnaire. La réalisation d'un test de Fisher permet de dire que le sexe n'influence pas le nombre de patient TCA dans la patientèle des médecins (p=0,64).

2. Nombre de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire vu dans les 30 derniers jours

La majorité des médecins répondant voient peu fréquemment ces patients souffrant de TCA. Ils sont ainsi 32% (n=52) à n'avoir vu aucun patient souffrant de TCA dans les 30 derniers jours, 30% à en avoir vu 1 (n= 49) et 30% à en avoir vu entre 2 et 3 (n = 49).

Seulement 3% des médecins interrogés (n=5) ont vu 5 patients souffrant de TCA ou plus, et 4% des médecins ont vu entre 4 et 5 patients souffrant de TCA (n=7).

3. Rôle(s) du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire

Les principaux rôles du médecins généralistes sont ceux de repérage et diagnostic à 98% (n=162) et d'orientation à 93% (n=154).

Plus de la moitié des médecins estiment également avoir un rôle dans le bilan initial (65%, n=107), et le suivi (64%, n=105).

Les médecins interrogés se sentent moins concernés par le traitement, qui rentre dans le rôle du médecin généraliste pour 16% des répondants (n=26).

4. Place du spécialiste de second recours dans le parcours du patient.

La majorité de l'échantillon (49%, n=81) a recours à un avis spécialisé après bilan complémentaire. 28% des médecins (n=47) demandent un avis spécialisé dès la première consultation. Aucun des médecins interrogés n'a demandé d'avis spécialisé après instauration d'un traitement, alors que 22% (n=36) attendent l'échec de leur prise en charge.

5. Recours spécialisé en fonction du trouble du comportement alimentaire.

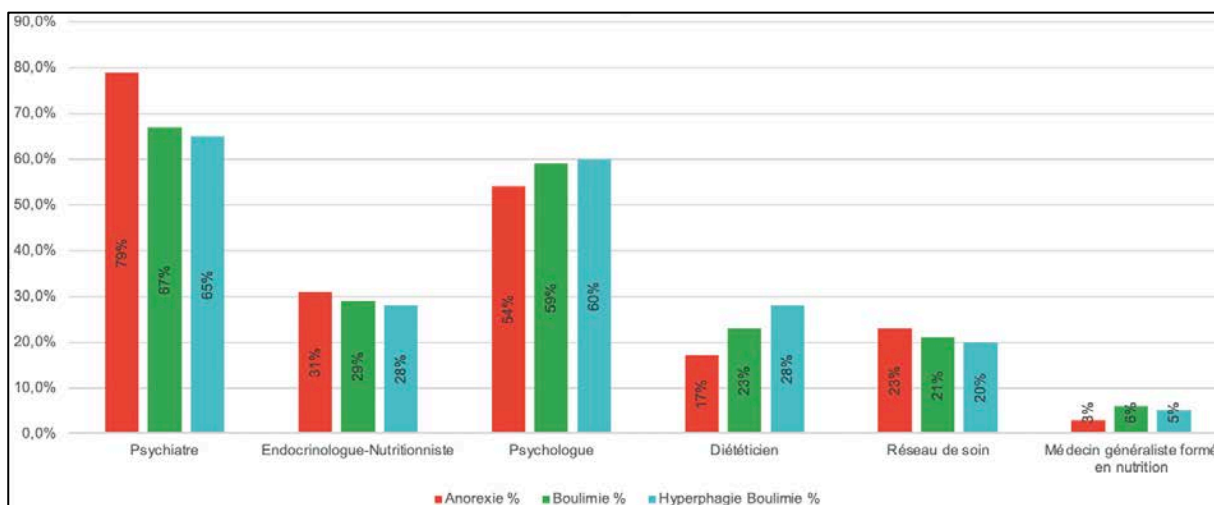


Figure 4-Orientation selon le trouble du comportement alimentaire.

La figure 4 représente l'orientation spécialisée de second recours choisie préférentiellement par les médecins de notre étude en fonction du trouble du comportement alimentaire.

Pour l'anorexie mentale, l'orientation se fait le plus souvent vers le psychiatre, puis le psychologue, suivi par l'endocrinologue-nutritionniste. Le réseau de soin apparaît en 4ème position suivie par le diététicien et enfin le médecin généraliste formé en nutrition.

Face à un patient souffrant de boulimie, les médecins de l'échantillon ont également recours au psychiatre puis au psychologue, suivi par l'endocrinologue-nutritionniste. Le diététicien intervient en 4^e position avant le réseau de soin, et avant le médecin généraliste formé en nutrition.

Devant une problématique d'hyperphagie boulimique, les patients sont adressés également vers un psychiatre, puis un psychologue. En 3^e position le recours à l'endocrinologue-nutritionniste et au diététicien arrivent à égalité (28%), suivi par le réseau de soin puis le médecin généraliste formé en nutrition.

Les médecins généralistes orientent donc en majorité vers les psychiatres et les psychologues. Le recours à l'endocrinologue ou au diététicien intervient en 3^e ou 4^e position, sauf dans le cas de l'anorexie mentale où l'orientation vers un réseau de soin (23%, n=38) intervient avant le diététicien (17%, n=28). Entre 20 et 23% des médecins orientent vers un réseau de soin.

6. Connaissance de réseau de soin spécialisé pour les troubles du comportement alimentaire

Trois médecins sur quatre (75%) ne connaissent pas de réseau de soin spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire (n=123).

7% des médecins ont cité leur Centre Hospitalier Universitaire (CHU) (n=12), 5% un établissement médico-psychologique de type Centre Médico Psychologique (CMP) ou Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) comme recours spécialisé dans le domaine des troubles du comportement alimentaire. Un des médecins oriente vers une clinique. Un autre des participants à l'étude adresse à un spécialiste libéral.

Neufs médecins ont cité une association (5%) :

- « Manger-bouger 11 » (n=2) : dispositif d'appui aux professionnels dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile ;
- « Anorexie-boulimie Occitanie » (n=4) : association régionale d'Aide et de Soutien aux familles et aux personnes souffrant de Troubles du Comportement Alimentaire (Anorexie, Boulimie, Hyperphagie) ;
- « Obésité croque santé » (n=1) : programme de dépistage et prise en charge de l'obésité infantile, mené par l'association COMERBI ;
- « ABAS Anorexie Boulimie Aide et Soutient » (n=2) : association d'aide et de soutien pour les patients et les familles de patients de troubles du comportement alimentaire.

Six médecins ont cité un réseau de soin (4%) :

- « RéPoP » (n=5) : réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique ;
- « Réseau ado du 66 » (n=1) : réseau enfant-ado 66 pour les jeunes en difficultés multiples ;
- « La 2PAO : plateforme professionnelle addiction Occitanie » (n=1) : plateforme de ressources en addictologie pour le territoire de la grande région Occitanie.

Un médecin dit orienter vers le réseau de son département sans le citer.

Un médecin a cité « effFORMip » qui n'est pas un réseau spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire, mais une association en faveur de l'intégration de l'activité physique dans le parcours de soins du patient en Midi Pyrénées.

Deux noms de réseau n'ont pas été retrouvés sur Google : « rosa » (n=1) et « reseda » (n=1).

Ainsi, la majorité des médecins interrogés ne connaît pas de réseau de soin spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire. Les autres ont surtout cité des réseaux ou des associations spécialisées dans l'obésité.

Les médecins généralistes interrogés suivent dans la majorité des cas entre 5 et 10 patients(e) souffrant de troubles du comportement alimentaire. Le sexe n'influence pas le nombre de patients TCA suivis. 60% des médecins ont vu entre 0-3 patients TCA dans les 30 derniers jours.

Les médecins généralistes estiment avoir un rôle de repérage et de diagnostic, puis d'orientation et de suivi. Les médecins interrogés se sentent moins concernés par le traitement. Le recours à un avis spécialisé se fait le plus souvent après bilan complémentaire. L'orientation se fait en priorité vers des spécialistes de la santé mentale (psychiatres et psychologues). Trois médecins sur quatre ne connaissent pas de réseau de soin spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire.

C. Les besoins de formation

1. Formations complémentaires concernant les TCA

Parmi les médecins interrogés, 75% (n=123) n'ont pas effectué de formation complémentaire concernant les troubles du comportement alimentaire après la fin de leurs études.

Parmi les médecins qui se sont formés, 86% l'ont fait à travers des lectures et recherches personnelles (n=36), 10% via une formation validant le développement professionnel continu (DPC) (n=4), 5% via une formation ne validant pas le DPC (n=2).

Aucun des médecins interrogés n'avait effectué de formation diplômante de type Diplôme Universitaire (DU) ou Diplôme Inter-Universitaire (DIU).

2. Besoin de formation vis-à-vis des TCA

La majorité des médecins interrogés expriment un besoin de formation complémentaire (72,7%, n=120).

3. Facteurs influençant le besoin de formation

Le tableau 2 représente l'influence de divers facteurs sur le besoin de formation.

Le sexe influence le besoin de formation, en effet les femmes expriment de façon significative, plus de besoin de formation que les hommes ($p=0,045$).

Les médecins qui estiment que le rôle du médecin généraliste est un rôle de suivi ressentent plus un besoin de formation ($p=0,001$).

		Besoin de formation		Influence	p value
		Oui	Non		
Sexe	Homme	32	20	OUI	0,045
	Femme	88	25		
Age	25-35	47	10	NON	0,139
	36-45	34	14		
	46-55	19	13		
	56-65	19	7		
	≥66	1	1		
Exercice	Rural	25	9	NON	0,642
	Semi-rural	40	11		
	Urbain	28	14		
	Semi-Urbain	27	11		
Département	9	3	0	NON	0,651
	11	11	2		
	12	6	1		
	30	7	1		
	31	11	3		
	32	1	1		
	34	20	9		
	46	1	1		
	65	23	9		
	66	17	11		
	81	4	0		
	82	16	7		
Nombre de TCA dans la patientèle	0	1	0	NON	0,51
	1 à 5	39	10		
	5 à 10	45	17		
	10 à 15	13	8		
	15 à 20	11	3		
	≥20	11	7		
Nombres de TCA vus dans les 30 derniers jours	0	40	12	NON	0,851
	1	36	13		
	2 à 3	38	12		
	4 à 5	5	2		
	≥5	5	0		
Rôle du médecin généraliste	Repérage et diagnostic	118	44	NON	1
	Bilan initial	82	25	NON	0,18
	Orientation	115	39	NON	0,08
	Traitement	20	6	NON	0,777
	Suivi	86	19	OUI	0,001
Avoir déjà fait une formation		27	15	NON	0,223
Ne pas avoir fait de formation		93	30		

Tableau 2-Facteurs influençant le besoin de formation

4. Ordre de priorité dans le choix d'une formation complémentaire

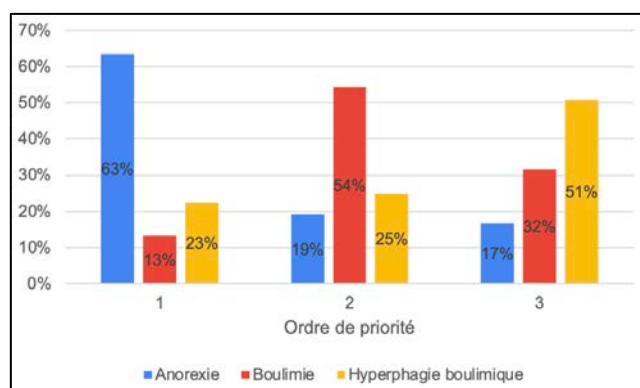


Figure 5-Priorité de formation

La figure 5 représente le classement par ordre de priorité (de 1 à 3) du type de TCA à aborder lors d'une formation complémentaire. Pour les médecins interrogés, l'ordre de priorité majoritaire place l'anorexie mentale en choix numéro 1 (63%), suivi de la boulimie (54%) puis l'hyperphagie boulimique (51%).

5. Importance relative des sujets abordés

Nous avons demandé aux médecins interrogés de noter par ordre d'importance, entre 0 « pas prioritaire » et 5 « très prioritaire », les différents points à aborder lors d'une potentielle formation. Nous avons calculé la moyenne pondérée pour chaque sujet, puis classé ces derniers par ordre de priorité dans la figure 6.

Le dépistage, les critères d'hospitalisation et le diagnostic sont les trois sujets qui sont le plus prioritaires pour les médecins interrogés. Tous les sujets ont obtenu un score médian pondéré supérieur à la moyenne ($>2,5/5$), ce qui met en évidence l'intérêt porté au sujet et les besoins de formation.

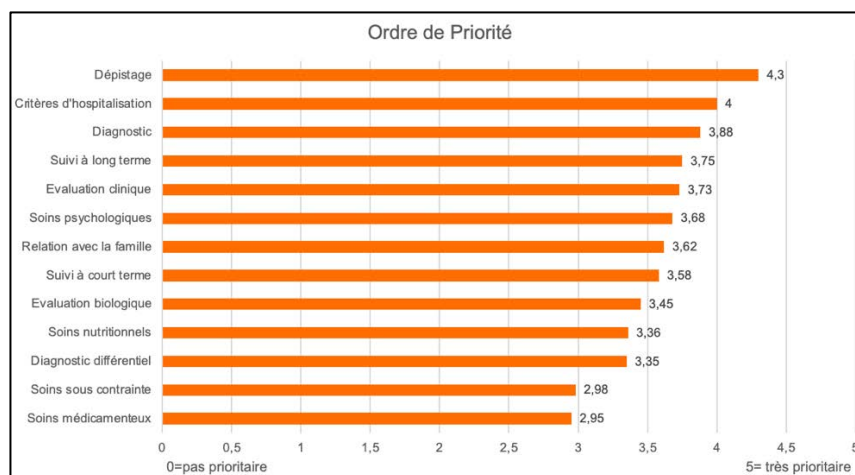


Figure 6-Classement des sujets par priorité

6. Facteurs limitant la formation aux troubles du comportement alimentaire

Concernant les médecins ne souhaitant pas de formation, le principal facteur limitant est le manque de temps pour 36,4% des médecins (n=16). Pour 20,5% des médecins (n=9) les troubles du comportement alimentaires sont des pathologies spécialisées et ils ne ressentent donc pas de besoin de formation. 15,9% (n=8) des médecins ont peu de patient TCA ou peu d'intérêt pour le sujet. 9,1% (n=4) des médecins ne souhaitant pas de formation sont déjà formés.

75% pourcents des médecins n'ont pas effectué de formation complémentaire concernant les troubles du comportement alimentaire après la fin de leurs études. 72,7% des médecins interrogés expriment un besoin de formation complémentaire.

En premier lieu les médecins souhaitent aborder l'anorexie, suivi de la boulimie puis l'hyperphagie boulimique. Le dépistage, les critères d'hospitalisation et le diagnostic sont les trois sujets qui sont le plus prioritaires. Le principal frein à la formation est le manque de temps.

D. Les modalités de formation

1. Temps à consacrer à une potentielle formation

Pour 72% des répondants (n=86) le temps d'une potentielle formation doit être de plusieurs heures (type soirée de formation, groupe de pairs). Dans cette étude, 16% des médecins (n=19) préféreraient consacrer moins de quelques heures à la formation (type vidéo courte, plaquette d'information). On constate que 13% des médecins (n=15) sont prêts à se former pendant plusieurs jours consécutifs (type congrès, séminaire, weekends de formation).

Enfin, le choix d'une formation sur plusieurs semaines (type DU ou DIU) n'a été retenu par aucun médecin interrogé.

2. Type de formation souhaité

La majorité des médecins, soit 63% (n=75) souhaiteraient une formation en présentiel, alors que 38% (n=45) ont voté pour une formation en distenciel.

3. Mode de formation

Pour 73% des médecins (n=87) la formation souhaitée devrait être sous forme de journée ou soirée de formation.

Concernant trois autres modes de formation, les avis sont plus répartis :

- 40% (n=48) en faveur du E-Learning (formation à distance via des supports écrits ou numérique) ;
- 38% (n=46) en faveur des cas cliniques et groupes de pairs ;
- 38% (n=46) en faveur du MOOC (contenu pédagogique en ligne en libre accès).

Enfin, la formation diplômante ou certifiante n'intéresse que 2% (n=2) des médecins interrogés.

4. Support de formation préférentiel

Le support préférentiellement choisis par les médecins interrogés est une combinaison de vidéos et résumés papier (47%, n=56), suivi par les cas cliniques (23%, n=28) et le support papier seul (17%, n=20). Les supports les moins choisis sont les formats vidéo (8%, n=9) et jeux de rôles (6%, n=7).

La formation idéale serait en présentiel et de plusieurs heures (type journée/soirée de formation ou groupe de pairs). La formation diplômante ou certifiante n'intéresse que 2% de l'échantillon. Les avis sont partagés concernant les formats en E-learning, cas cliniques et groupes de pairs, et MOOC. Le support préférentiel est une combinaison de vidéos et résumés papier.

V. DISCUSSION

A. Forces et limites de l'étude

1. Forces de l'étude

Il n'existe, à notre connaissance, aucune étude interrogeant les besoins de formation des médecins généralistes concernant les troubles du comportement alimentaire en région Occitanie. La réalisation d'un pré-test du questionnaire accroît la qualité méthodologique.

Nous nous sommes intéressés aux trois troubles du comportement alimentaire dit typiques. Peu d'études ont été retrouvées sur la boulimie et/ou l'hyperphagie boulimique en médecine générale.

Nous avons ciblé avec notre étude tous les départements de l'Occitanie. Les résultats étaient anonymes, diminuant ainsi le biais de déclaration.

2. Limites de l'étude

Notre échantillon comportait 68% de femmes et 32% d'hommes, avec un âge moyen de 42,5 ans. Au niveau national, au premier janvier 2022, 52,5% des médecins généralistes sont des femmes, l'âge moyen des médecins en activité est de 50 ans(12). Notre échantillon était donc plus féminin et plus jeune. L'envoi du questionnaire par voie électronique a pu créer un biais de diffusion en ciblant des médecins plus jeunes.

Il existait également un biais de représentativité : les médecins qui répondent sont plus enclins à se former et plus intéressés par le sujet. Par ailleurs, dans certains départements d'Occitanie nous n'avons pu recueillir qu'un faible nombre de réponses. Les CDOM de l'Ariège, du Gard, du Gers, et de la Lozère ont refusé de diffuser le questionnaire. Les CDOM de l'Aveyron, des Hautes Pyrénées, du Tarn et du Tarn et Garonne n'ont pas répondu à ma sollicitation par mail. De plus, en raison d'une diffusion via le secrétariat du médecin ou via les CPTS, le taux de réponse n'est pas connu.

Un médecin a fait remarquer en commentaire que la question des facteurs limitants la formation aux TCA n'était pas à choix multiple, la faible part de patients concernés et le manque de temps le décourageaient à se former, il préférerait en référer au spécialiste de second recours. Il estimait que le tarif de la consultation de médecin générale ne valorisait pas le traitement et le suivi de pathologies relevant d'une prise en charge spécialisée.

B. Données de la littérature

1. Les rôles du médecin généraliste

Dans notre étude, les médecins généralistes estiment avoir un rôle de repérage et diagnostic (98%), d'orientation (93%), dans le bilan initial (65%) et le suivi (64%). Le traitement rentre dans le rôle du médecin généraliste seulement pour 16% des répondants. Les besoins de formation ressentis placent en priorité le dépistage et le diagnostic, puis les critères d'hospitalisation et le suivi à long terme. On retrouve un ressenti similaire du rôle du médecin traitant dans la littérature(5)(13).

D'après l'HAS le rôle du médecin généraliste est essentiellement le repérage des troubles du comportement alimentaire, puis selon ses compétences, il peut se positionner en coordinateur des soins ou choisir d'orienter le patient vers un confrère pour une prise en charge spécifique(9)(10).

- Le repérage et le dépistage des troubles du comportement alimentaire

Les personnes atteintes de TCA consultent plus fréquemment leur médecin généraliste que la population générale dans les 5 années précédant le diagnostic pour des plaintes somatiques diverses(14).

Le repérage correspond à l'identification des situations à risque ou des signes cliniques évocateurs.

Le dépistage s'adresse aux personnes décelées comme à risque de développer une pathologie, dans une population indemne de toute maladie. Le médecin peut interroger l'existence de TCA à travers une ou deux questions : « Avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ? » ou « Est-ce quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? »(10).

Le questionnaire SCOFF est recommandé par l'HAS pour le dépistage des TCA, 2 réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA (ANNEXE 2). Sa sensibilité varie selon le type de TCA entre 93 et 100% en population étudiante et entre 93 et 95% dans une population de femmes âgées de 18 à 30 ans. Sa spécificité est de 94,8% en population étudiante et de 94% dans une population de femmes âgées de 18 à 30 ans(15). Cependant, en région lilloise en 2016, 90% des médecins interrogés ignoraient l'existence du questionnaire SCOFF, alors que plus de 85% des médecins disaient pouvoir l'utiliser dans leur pratique quotidienne(16). De même en 2018 dans la métropole Aix-Marseille Provence, 90% des médecins déclaraient ne pas connaître le questionnaire SCOFF(17). En région Midi-Pyrénées en 2020, seulement 17% des médecins connaissent un outil permettant le dépistage des TCA (comme le SCOFF), et 26% un site internet validé d'aide au repérage(18).

Par ailleurs, l'impact du dépistage systématique des TCA en population générale ou en soins primaires n'est pas connu(19). Un âge de détection des troubles inférieur à 19 ans est prédictif d'une guérison plus fréquente et plus rapide(20), faisant du dépistage un enjeu pronostique.

Le diagnostic est confirmé par la présence des critères diagnostiques du DSM IV.

- L'orientation

Dans notre échantillon, 49% des médecins ont recours à un avis spécialisé après bilan complémentaire. Les médecins orientent le plus souvent leurs patient(e)s vers des spécialistes de la santé mentale (psychiatre et psychologues), puis vers les spécialistes de la nutrition (nutritionnistes et diététiciens), et enfin vers un réseau de soin.

On retrouve dans la littérature ce type d'orientation préférentielle : spécialiste de la santé mentale et de la nutrition arrivent au premier plan, suivi par une institution spécialisée, et en dernier recours les urgences hospitalières(5).

La boulimie et l'hyperphagie boulimique sont plutôt d'orientation ambulatoire(13). Cependant, en cas de critères de gravité somatique (hypokaliémie majeure) ou psychiatrique (état de mal boulimique, risque suicidaire) une hospitalisation s'impose(9).

Dans l'anorexie mentale, l'identification de critères de gravité (ANNEXE 4) peut mener à une hospitalisation. En cas d'indication d'hospitalisation, sans critère d'urgence, un service de soins multidisciplinaire (associant renutrition, surveillance somatique et accompagnement psychosocial) sera le plus adapté.

Fabien Pauchet a interrogé des patients souffrant d'anorexie mentale sur le ressenti concernant leur prise en charge. Ces derniers se sentaient peu écoutés par le professionnel de premier recours, vite adressé vers un spécialiste ou des structures hospitalières psychiatriques pas toujours adaptées. Par ailleurs, le manque de place en hospitalisation générait un critère d'entrée pondéral, et les patients demandeurs de soins mais présentant un poids « pas assez bas » ne pouvaient être prise en charge(21).

Afin d'améliorer le dépistage, l'orientation et les premières étapes de prise en charge des patients souffrants de troubles du comportement alimentaire, un outil a été développé par le CHU de Rouen : l'algorithme EXPALI. Deux réponses positives du questionnaire SCOFF combinées à l'Indice de Masse Corporelle (IMC) permettent d'orienter vers des catégories larges de TCA (restrictif, boulimique, compulsifs ou autres). L'algorithme n'a pas encore été validé sur une population dépistée en médecine générale(22).

Le réseau TCA Poitou-Charentes propose sur son site un module d'aide au diagnostic et à la prise en charge de l'anorexie mentale, à destination des médecins généralistes : Anorexiclic. Julia Mauhourat a étudié l'utilisation du site dans sa thèse : 22% des médecins interrogés ont visité le site web et 95% de ceux-ci l'ont trouvé utile. Cependant, les autres TCA ne sont pas abordés et l'outil n'est pas encore validé par une publication(6).

Le prise en charge des troubles du comportement alimentaire se doit donc d'être pluridisciplinaire avec une approche triple : nutritionnelle, psychothérapeutique et corporelle. Le patient doit pouvoir identifier le coordinateur des soins et comprendre la démarche engagée.

- Le suivi

Dans notre échantillon, 37% des médecins suivent entre 5 et 10 patients(e) souffrant de troubles du comportement alimentaire. 60% des médecins ont vu entre 0-3 patients dans les 30 derniers jours.

Ces chiffres sont supérieurs à ceux retrouvés dans la littérature : dans le travail de Jessica Peduzzi Rat, 84% des médecins généralistes suivent moins de 3 patients anorexiques(5), dans la thèse de Philippe Laroye, 71,7% des médecins interrogés avaient moins de 3 patients atteints d'anorexie mentale dans leur patientèle(17).

Ces données de la littérature portent uniquement sur l'anorexie mentale. Notre échantillon s'est intéressé aux 3 principaux troubles du comportement alimentaires, ce qui peut expliquer un nombre plus important de patient identifié comme « souffrant de TCA ».

Concernant l'hyperphagie boulimique, l'HAS recommande un suivi d'au moins un an après avoir obtenue une amélioration clinique significative et précise les examens nécessaires ainsi que leur fréquence (9). Concernant l'anorexie mentale, en fonction de l'état nutritionnel, une surveillance pondérale régulière est recommandée. Le détail des examens paracliniques justifiés sont précisés dans les recommandations HAS. La psychothérapie doit être poursuivie au moins un an après amélioration clinique significative (8).

Bien que les médecins généralistes aient bien identifié leurs rôles dans la prise en charge de troubles du comportement alimentaire, la réalité révèle un sous-diagnostic des troubles, des patients qui ne se sentent pas écoutés et mal orientés. Il est nécessaire de revoir la formation des acteurs de premier recours.

2. Les besoins de formations

- Les formations aux troubles du comportement alimentaire

Dans notre échantillon, 75% des médecins interrogés n'avaient pas effectué de formation complémentaire après la fin de leurs études, et 72,7% ont exprimé un besoin de formation. Les médecins déjà formés l'ont fait en majorité à travers des lectures et recherches personnelles (86%), puis via des formations validant le DPC 10%. Seulement 5% ont réalisé des formations ne validant pas le DPC. Aucun des médecins interrogés n'avait effectué de diplôme universitaire (DU) ou diplôme inter-universitaire (DIU).

En France, au cours du deuxième cycle des études médicales, les troubles des conduites alimentaires sont abordés dans un seul item, l'item 69, retrouvé dans le collège des enseignants de nutrition, et dans le référentiel de psychiatrie. Ce cours traite des 3 principaux troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie, hyperphagie boulimique), leur diagnostic, le bilan clinique et paraclinique, les critères d'hospitalisation, ainsi que la prise en charge.

Au cours du 3^e cycle à l'Université de Toulouse, la nutrition est enseignée à travers le séminaire « hygiène alimentaire et activité physique », qui n'aborde pas les troubles des conduites alimentaires. Un terrain de stage hospitalier en Hospitalisation de Jour de nutrition au CHU de Rangueil peut permettre aux étudiants d'approfondir leurs connaissances des TCA. A l'Université de Montpellier, il n'y a pas d'enseignement universitaire dédié aux internes de médecine générale, qui se rapporte aux troubles du comportement alimentaire.

Une thèse menée par Lisa Franceschini a interrogé le ressenti d'un groupe d'internes, médecins remplaçants, et médecins généralistes installés concernant leur formation universitaire en nutrition(23). Ceux-ci ont évoqué une formation initiale trop chiffrée, trop théorique et non adaptée à la pratique ambulatoire. De même, dans la thèse de Philippe Laroye, 88,5% des médecins généralistes estiment que leur formation initiale concernant les troubles du comportement alimentaire est insuffisante(17). Plusieurs travaux ont mis en évidence la nécessité d'une formation aux habilités communicationnelles (19)(26). Selon les internes et médecins spécialistes en médecine générale Canadiens, l'amélioration de la formation pourrait permettre de surmonter le sentiment d'incompétence et d'impuissance des médecins (27).

Jessica Peduzzi Rat a également interrogé les médecins de sa région sur les besoins de formation et leurs modalités, en se limitant à l'anorexie mentale. Ainsi en 2016, en Ille-et-Vilaine les médecins généralistes étaient majoritairement demandeur d'une formation à travers une FMC (55,4%) ou un référentiel pratique (56,6%). 38,4% souhaitaient une amélioration de la formation médicale initiale(5).

Plusieurs diplômes interuniversitaires (DIU) troubles du comportement alimentaire existent en France : à Poitiers/Angers/Limoges, Lille/Montpellier/Nantes. Il s'agit de formations payantes mais diplômantes. Le diplôme universitaire (DU) de la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB) se déroule en présentiel à Paris, et également en distanciel.

L'association « Autrement » propose un e-learning TCA payant sur 5 mois, avec des cours classés par pathologie et se terminant par des quiz. Les participants peuvent également poser des questions à des médecins et paramédicaux spécialistes des TCA. Elle propose également une application payante « TCA Care », pour le diagnostic et le suivi des TCA, qu'il est possible de jumeler avec le e-learning(25).

Entre formation médicale initiale et développement professionnel continu, l'essentiel du besoin se trouve surtout dans une formation pratique et le développement des compétences de communication. La formation de deuxième cycle s'adresse à des étudiants n'ayant pas encore fait le choix de leur spécialité et la généralité des notions abordées semble pertinente. La formation de troisième cycle des internes en médecine générale pourrait être interrogée. Les internes utilisent leurs connaissances universitaires dans un environnement contextualisé, face à un patient complexe, ce qui peut susciter d'autres interrogations plus pragmatiques et faire naître un besoin de formation adapté à la pratique de la médecine générale.

- Les modalités de formation

Nous avons interrogé les médecins sur les modalités d'une potentielle formation. Les participants sont majoritairement en faveur d'une formation de plusieurs heures, en présentiel, regroupées sur une journée ou soirée de formation. Les formations de plusieurs semaines et diplômantes (type DU ou DIU) n'ont pas séduit les médecins de l'échantillon.

En effet, les formations universitaires font parties des méthodes de formations les moins choisies par les médecins généralistes. Dans le travail d'Elodie Rodrigues concernant les moyens de formation des médecins des Hautes Pyrénées en 2016, 10,7% des médecins avaient réalisé une formation universitaire complémentaire.

De même, d'après l'étude d'Hugo-Pierre Becq, les formations hospitalo-universitaires font parties des méthodes les moins employées (10%)(28). Les choix de formation se portent le plus souvent vers des formations courtes, d'une soirée ou d'une journée(28), voir un temps dédié à la formation regroupé sur un weekend. Les formations les plus plébiscitées par les médecins sont en présentiel et basées sur des recommandations scientifiques. L'adaptation à la pratique professionnelle est favorisée par l'interactivité(29).

La question de la formation en distanciel a été posée en raison de son développement à la suite de la pandémie COVID 19. La formation en présentiel reste cependant le premier choix avec 63% des médecins en faveur dans notre échantillon, pour 38% des médecins préférant le distanciel. Cependant, dans la question sur le mode de formation, 40% des médecins étaient en faveur du E-learning et 38% en faveur du MOOC qui constituent des supports de formation distanciels. Il s'agissait d'une question à choix multiples.

Les médecins de notre échantillon préféraient une pédagogie appuyée par un mélange de vidéos et de résumés papier (47%) puis les cas cliniques (23%).

Une étude menée aux Etats-Unis a comparé l'impact de deux modalités de formations sur l'amélioration du dépistage des TCA chez les adolescents : l'apprentissage en présentiel suivi d'un enseignement espacé en ligne a amélioré le dépistage de manière statistiquement significative(30).

Au Québec, Laurence Plouffe et son équipe ont évalué l'impact d'une formation au dépistage des TCA sur un échantillon de professionnels de santé (psychologues, nutritionnistes, infirmier(e)s). En fin de formation, les participants ont augmenté significativement leurs connaissances (moyennes des résultats passant de 58% à 78%), et jugés la formation utile. Les supports post formation (diapositives, schémas, outils de dépistages) ont été apprécié. Les participants ont suggéré d'inclure des formations continues en ligne et une supervision post-formation. La concertation avec des collègues ayant suivi la même formation est un facteur influençant la mise en pratique des connaissances(31).

Ces expériences mettent en évidence l'importance de la supervision de la formation et de laisser un support aux participants.

- Les freins à la formation

Le principal frein à la formation retrouvé était le manque de temps. Cette question sur les freins a été adressée aux médecins ne ressentant pas de besoin de formation. Il aurait été pertinent d'interroger les médecins qui souhaitent se former, sur leurs limites à s'engager dans cette démarche.

Dans d'autres thèses interrogeant les médecins sur les freins à la formation en général, le manque de temps et les contraintes d'organisation du cabinet étaient au premier plan (28)(29)(31). D'autres motifs pouvaient amener les médecins à ne pas se former comme la méconnaissance d'un sujet, pouvant entraîner une appréhension dans le choix de la formation(29), le coût ou l'absence de financement de celle-ci(28).

L'amélioration de la formation des médecins généralistes pourrait permettre d'améliorer le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des TCA. Le manque de temps et le peu de patients identifiés comme ayant un TCA dans la patientèle sont souvent retrouvés comme freins à la formation.

Le développement de stratégies de formation en distanciel et surtout asynchrone permettra peut-être au médecin de choisir le moment le plus opportun pour se former en limitant les contraintes d'organisation liées à son absence au cabinet. Il convient cependant de s'interroger sur les qualités pédagogiques et la pérennité des compétences acquises à travers ces interventions menées à distance.

Par ailleurs, le peu d'accessibilité à des soins spécialisés est identifié comme une barrière au dépistage. Le regroupement des intervenants sous forme de réseau de soins pourrait permettre d'améliorer la coordination des soins et de rompre les sentiments d'isolement et d'impuissance du médecin généraliste.

3. Les réseaux de soins TCA

Le travail en équipe, dans les troubles du comportement alimentaire, semble mettre en difficultés les médecins généralistes français: manque de spécialistes disponibles engendrant un long délai d'attente avant la consultation, manque de communication avec les équipes spécialisées(6), manque de structure d'accueil adaptée(19). L'apparition des réseaux de soins dans les années 90 puis leur organisation dans les années 2000 vise à améliorer l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge, pour une pathologie ou un problème de santé complexe(32).

A travers une question ouverte nous avons demandé aux médecins de notre échantillon s'ils connaissaient des réseaux de soins TCA en Occitanie, 75% des médecins interrogés ont répondu non. Pourtant, entre 20 et 23% des médecins orientent vers un réseau de soins.

Parmi les structures identifiées comme spécialisées dans les TCA : 7% ont cité le CHU, 5% un établissement médico-psychologique (type CMP ou CATTP), et 5% une association. 4% des médecins ont cité un réseau de soin. Cependant, il n'existe pas de réseau TCA en Occitanie. Dans les commentaires libres, 2 participants ont mis en avant le manque de psychiatre sur leur territoire compliquant la prise en charge, et le non remboursement des psychologues et diététiciens qui peut représenter un frein important pour les familles.

- Les réseaux TCA en France

La fédération française Anorexie-Boulimie propose sur un site un annuaire des centres de soins TCA par région actualisé en 2021, 13 structures sont proposées en Occitanie (33) (ANNEXE 5). L'association Autrement propose également une cartographie des professionnels spécialisés dans les TCA, essentiellement des paramédicaux(34). Dans les départements de l'Ariège, l'Aveyron, le Lot, la Lozère, le Tarn et le Tarn et Garonne, aucun spécialiste des TCA n'est référencé.

Les structures d'accueil pour les adolescents en difficultés (RAP 31, RESADO 82, la Maison des Ado) ne sont pas spécialisées dans les troubles du comportement alimentaire mais peuvent être amené à accueillir des jeunes qui présentent ce problème, sans qu'il soit au premier plan.

On retrouve en France essentiellement deux grands réseaux TCA :

- Le réseau TCA francilien (Ile-de-France)(35), qui gère la ligne « anorexie boulimie info écoute » et organise des réunions cliniques mensuelles autour de cas complexes.
- Le réseau TCA Poitou-Charentes, qui propose une cartographie des spécialistes, un DIU troubles du comportement alimentaire, et le module « Anorexiclic » outil d'orientation diagnostique et de prise en charge des TCA à destination des médecins généralistes(36).

L'HAS souhaite améliorer l'organisation territoriale des soins avec l'identification d'un centre de référence par région (de niveau 3) et d'au moins un service de recours par département (de niveau 2 ou 3) avec des praticiens formés facilement identifiables que ce soit dans le domaine public ou privé(9).

L'appel à candidature de l'ARS Occitanie concernant la structuration de l'offre de soins pour les troubles du comportement alimentaire rejoint cette organisation en 3 niveaux(11):

- niveau 1 : offre de proximité non spécialisée avec un rôle d'évaluation, de prise en charge de premier recours sur le plan somatique, nutritionnel et psychiatrique, et également d'orientation vers les soins les plus adaptés.

- niveau 2 : unité de soins de proximité spécialisée, qui dispose d'une unité dédiée aux troubles du comportement alimentaire pour une évaluation pluriprofessionnelle somatique, nutritionnelle et psychiatrique, en hospitalisation et en ambulatoire.

- niveau 3 : unité de recours spécialisée, qui regroupe les possibilités de prise en charge des niveaux 1 et 2 avec également une capacité de coordination des parcours de soins. Ces structures constituent le recours régional pour les prises en charge complexes s'appuyant sur des Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles (RCP), des unités d'accueil d'urgences, des services de psychiatries ou encore de soins intensifs et réanimation.

Les médecins généralistes ont ainsi un rôle socle dans cette organisation en niveau. La formation des acteurs de premier recours et la création d'une plateforme d'orientation par département, avec un recours au centre de référence réservé aux cas complexes pourraient permettre d'améliorer le parcours des patients souffrant de TCA.

- Les réseaux TCA dans le Monde

Nous nous sommes intéressés à l'organisation des soins dédiés aux troubles alimentaires dans d'autres pays. Le Canada, l'Australie et la Belgique sont des pays avec un niveau de vie comparable au notre, et dont l'organisation pourrait être inspirante.

Au Canada, l'organisme national de référence le NEDIC (National Eating Disorder Information Center) propose une ligne d'assistance en direct par téléphone ou par chat, des ressources à consulter en ligne ou à télécharger (pour les patients, la famille ou les professionnels), ainsi qu'un référencement des centres de soins spécialisés par région(38). La stratégie canadienne sur les troubles de l'alimentation 2019-2029, proposée par le Canadian Eating Disorders Alliance (CEDA), contient 50 recommandations autour de 6 axes : prévention, éducation et sensibilisation du public, traitement, soutien aux soignants, formation, et recherche(39).

En Australie, une revue rapide de la littérature anglaise de 2009 à 2019 à propos des modèles de prise en charge des troubles alimentaires, a été réalisée afin de repenser le système de soins(41). Plusieurs conclusions de cette étude encouragent à une amélioration de l'offre de soin ambulatoire :

- les patients qui ont reçu des soins hospitaliers plus courts suivis de soins ambulatoire ont signalé une amélioration légère mais significative de l'IMC (0,14 de plus) par rapport à ceux qui ont reçu uniquement des soins hospitaliers ;
- après une hospitalisation, les augmentations de poids n'étaient pas associées à une réduction des symptômes d'anorexie mentale dans une cohorte d'adolescents, indiquant un besoin de soins ambulatoires/communautaires supplémentaires ;
- les programmes de jour sont prometteurs avec une prise de poids maintenue 12 mois après le traitement, une diminution significative de la symptomatologie de troubles alimentaires entre le départ et le suivi à 2 ans, un coût des programmes de jour jusqu'à 34% inférieur aux services d'hospitalisation, et un meilleur maintien des patients dans leur environnement social ;
- les liens entre les soins primaires et les services spécialisés ont eu un impact significatif sur la cohérence et la qualité des soins dans l'anorexie mentale.

Le réseau des troubles alimentaires est encadré au niveau national par la NEDC (la collaboration nationale sur les troubles du comportement alimentaire), plateforme financée par le gouvernement qui rassemble plus de 8 000 membres(42). Elle a permis, par exemple, la mise en place d'un plan de traitement et de gestion des troubles de l'alimentation. Le médecin de premier recours (généraliste, pédiatre, psychiatre) élabore le plan de soin et oriente le patient vers un professionnel de la santé mentale et un diététicien pris en charge dans ce cadre.

D'autres organismes ont des vocations de formation comme l'Inside Out Institute (IOI), financé par le ministère de la Santé du gouvernement australien (43), ou encore l'ANAZED, académie Australienne et Néo-Zélandaise pour les troubles de l'alimentation (44).

Le réseau Belge s'est inspiré du système australien pour réorganiser la prise en charge des TCA en 2022, en proposant une organisation en 3 niveaux : soins primaires, soins ambulatoires spécialisés, et soins résidentiels. Cette organisation vise à renforcer la prévention, la détection précoce et à fournir des soins de haute qualité et sur mesure.

Deux grands réseaux TCA existent en Belgique: Eetespert créée en 2000 dans les Flandres(45), et CEPIA créée en 2022 pour la Wallonie, la communauté germanophone et la région de Bruxelles(46).

En juin 2022, la commission pour la nouvelle politique de santé mentale des enfants et adolescents (COMSMEA) fait état du caractère essentiel et urgent de la coordination des soins, d'un besoin de remboursement de toutes les disciplines ambulatoires nécessaires, et de l'importance de la formation du réseau ambulatoire(48). Cette commission demande également la mise en place d'une ligne de soutien téléphonique spécialisée régionale pour les patients, et une ligne de conseil pour les professionnels au niveau national. La réorganisation du système tend vers une amélioration de l'offre ambulatoire avec la mise en place d'équipes de soutien ambulatoire, la création d'options de thérapie résidentielle, de jour ou multifamiliales, la création d'équipes de liaison TCA pour apporter une expertise lors d'une hospitalisation dans un service non spécialisé, et un meilleur remboursement des soins libéraux.

4. Perspectives

Le médecin généraliste constitue le pivot central dans l'organisation future des troubles du comportement alimentaire. Comme l'a prouvé l'étude australienne, et comme s'appête à le faire le système belge, le temps est à une réorganisation des soins vers un système plus ambulatoires et une meilleure organisation territoriale.

L'amélioration du repérage et dépistage vont entrainer plus de patients vers les médecins généralistes pour une première évaluation somatique et psychiatrique. Le médecin généraliste va devoir orienter le patient dans son secteur de soins en fonction de la gravité de la pathologie. La formation des médecins généralistes intervient à chacune de ces étapes pour garantir la qualité des soins.

Les médecins généralistes sont en demande de formation dans la région Occitanie. Sur le site de l'agence nationale du développement professionnel continu il est possible de rechercher des formations selon la profession, la région, le sujet d'intérêt(49). Il serait pertinent d'étendre ce système à des formations non DPC, avec une orientation plus régionale, au vu de la demande majoritaire d'une formation présentielle.

Actuellement, la formation médicale continue constitue une obligation déontologique, mais sa non-réalisation n'est pas sanctionnée, et aucun contrôle de compétence n'est demandé aux médecins qui la réalisent. Un projet de loi vise à mettre en place une certification périodique, définie par l'Ordonnance n°2021-961 du 19 juillet 2021. Elle prévoit que le médecin, au cours d'une période de 6 ans, réalise un programme d'action concernant l'actualisation des connaissances et compétences, la qualité des pratiques professionnelles, l'amélioration de la relation soignant-patient, et la prise en compte de la santé personnelle du soignant. Les référentiels de certification seront élaborés par les Conseils Nationaux Professionnels (CNP), qui délivrent également l'attestation de conformité aux médecins ayant réalisé les actions nécessaires(51)(52).

L'agence nationale du DPC fixe le 17 février 2023 les orientations prioritaires du développement professionnel continu pour 2023-2025. Le repérage et la prise en charge des troubles nutritionnels, font partie de ces axes prioritaires(53).

En parallèle de ces modifications de formation, la prise en charge des troubles du comportement alimentaire est en pleine évolution en Occitanie. La plateforme TCA Occitanie en est actuellement à la phase de recrutement de ses effecteurs.

VI. CONCLUSION

Alors que les troubles du comportement alimentaire sont en augmentation, les médecins généralistes se sentent mal formés et sont en demande d'une amélioration de leur pratique. Nous avons cherché à définir à travers ce travail quelle était la demande de formation des médecins généralistes d'Occitanie, concernant les troubles du comportement alimentaire à travers un questionnaire en ligne.

Ainsi, 72,7% des médecins interrogés ont exprimés un besoin de formation. Les thèmes prioritaires étaient par ordre : l'anorexie mentale, suivi de la boulimie, puis l'hyperphagie boulimique. Le dépistage, les critères d'hospitalisation et le diagnostic sont les trois sujets qui sont les plus prioritaires. Le principal frein à la formation est le manque de temps. La formation idéale serait en présentiel et de plusieurs heures (type journée/soirée de formation ou groupe de pairs). Le support préférentiel est un mélange de vidéos et résumés papier.

Les médecins généralistes estiment avoir un rôle de repérage et de diagnostic, puis d'orientation et de suivi. Cependant, le manque d'identification des spécialistes du territoire compromet l'orientation des patients. Alors que d'autres régions ont mis en place des réseaux de soins spécialisés dans les troubles du comportement alimentaire, ce type de dispositif n'existe pas encore en Occitanie et limite l'offre de soin dans certains départements.

La création TCA Occitanie a été validé par l'agence régionale de santé courant 2022 et devrait permettre de réorganiser l'offre de soin, d'apporter une expertise dans les situation complexes, et de proposer des formations aux différents acteurs de premier recours dont les médecins généralistes.

Lu et Approuvé
Toulouse le 09 Mai 2023
Professeur Marie-Eve Rougé Bugat



Toulouse, le 11/05/2023

Vu et permis d'imprimer
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Collège national universitaire des enseignants d'addictologie. Item 69-Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent et l'adulte. In: Référentiel de psychiatrie et addictologie 3e édition. 2021.
2. Fédération Française Anorexie Boulimie. Définition et différents TCA - Journée mondiale des TCA [Internet]. journée mondiale TCA.fr. 2022 [cité 18 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.journeemondialetca.fr/tout-sur-les-tca/definition-et-differents-tca>
3. Tavolacci MP, Ladner J, Dechelotte P. Forte augmentation de la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les étudiants pendant la pandémie COVID-19. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 1 févr 2022;36(1, Supplement):S28-9.
4. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Se former tout au long de sa carrière. 2019.
5. Pедуzzi-Rat J. Évaluation des besoins en formation des médecins généralistes en Ille-et-Vilaine sur l'Anorexie mentale à partir d'un état des lieux des pratiques des médecins généralistes : du diagnostic au suivi et de leur coordination avec les différentes structures de soins. Rennes 1; 2016.
6. Mauhourat J. Enquête menée auprès des généralistes du Poitou-Charentes et propositions d'outils d'aide au diagnostic et à la prise en charge des patients souffrant de Troubles du Comportement Alimentaire. Poitiers; 2018.
7. Bouchet R. Le médecin généraliste face au patient souffrant d'anorexie mentale: approche, difficultés et perspectives [Thèse d'exercice]. Université de Lille; 2019.
8. HAS. Anorexie mentale: prise en charge. 2010.
9. HAS. Boulimie et hyperphagie boulimique: repérage et éléments généraux de prise en charge. 2019;
10. HAS. Anorexie mentale: prise en charge. 2010.
11. ARS Occitanie. Structuration de l'offre de soins pour les troubles du comportement alimentaires en Occitanie Labellisation des unités niveau 2 et 3. 2022.
12. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.
13. Bourreau A. Quelle est la place du médecin généraliste dans le repérage et le parcours de soins des adolescents atteints de troubles des conduites alimentaires (hors obésité) en soins secondaires en Indre et Loire ? Tours; 2013.
14. Ogg EC, Millar HR, Pusztai EE, Thom AS. General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 1997;22(1):89-93.
15. Garcia FD. Troubles du comportement alimentaire : mieux dépister pour traiter précocement. *Correspondances en Métabolismes Hormones Diabète et Nutrition*. 2011;
16. Pawlak J. Le questionnaire SCOFF-F : Utilisation en médecine de soins primaires dans le dépistage de l'anorexie mentale ou de la boulimie. Lille 2; 2016.
17. Laroye P. Étude descriptive du dépistage de l'anorexie mentale en médecine générale dans la métropole Aix-Marseille Provence. Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2018.
18. Touyères N. Dépistage et initiation à la prise en charge des patient(e)s atteint(e)s de troubles des conduites alimentaires en médecine générale en Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales

Rangueil; 2020.

19. Cadwallader JS. TCA-MG : Prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires par les médecins généralistes français. Paris Sud; 2018.
20. Van Son GE, Van Hoeken D, Van Furth EF, Donker GA, Hoek HW. Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. *Int J Eat Disord.* 2009;NA-NA.
21. Pauchet F. Quels sont les besoins d'un(e) patient(e) anorexique mentale lors d'une primo-consultation en médecine générale? Brest; 2016.
22. CHU de Rouen, INSERM U1073, CIC-CAB INSERM. EXPALI : Système EXPert en ALimentation Dépistage et aide à la prise en charge des troubles du comportement alimentaire [Internet]. Disponible sur: <http://expali.gillibert.fr>
23. Franceschini L. Exercice de la nutrition en médecine générale: ressenti des médecins, difficultés rencontrées, stratégies de prise en charge et attentes de formation. [Internet] [Thèse d'exercice]. [2009-...., France]: Université de Strasbourg; 2021 [cité 27 avr 2022]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2021/2021_FRANCESCHINI_Lisa.pdf
24. Réseau TCA Francilien. Troubles du comportement alimentaire-Missions [Internet]. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: <https://reseautca-idf.org>
25. Association Autrement. e-Learning/ TCare [Internet]. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/abonnes-compte.htm>
26. Kornstein SG, Keck PE, Herman BK, Puhl RM, Wilfley DE, DiMarco ID. Communication between physicians and patients with suspected or diagnosed binge eating disorder. *Postgrad Med.* 2015;127(7):661-70.
27. Tse A, Xavier S, Trollope-Kumar K, Agarwal G, Lokker C. Challenges in eating disorder diagnosis and management among family physicians and trainees: a qualitative study. *J Eat Disord.* 31 mars 2022;10:45.
28. Becq HP. La formation médicale continue chez les jeunes médecins généralistes en Occitanie. *Toulouse 3*; 2022.
29. Trinh M. Représentation des médecins généralistes qui se forment sur la formation médicale continue. *Lille 2*; 2017.
30. Gooding HC, Cheever E, Forman SF, Hatoun J, Jooma F, Touloumtzis C, et al. Implementation and Evaluation of Two Educational Strategies to Improve Screening for Eating Disorders in Pediatric Primary Care. *J Adolesc Health.* mai 2017;60(5):606-11.
31. Plouffe L, Dagenais C, Monthuy-Blanc J. Évaluation d'une formation québécoise fondée sur des données probantes pour améliorer le dépistage des troubles du comportement alimentaire. *Canadian Journal of Community Mental Health.* 1 oct 2019;38(2):49-69.
32. Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Les réseaux de santé [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>
33. Fédération Française Anorexie Boulimie. Annuaire national des structures d'accueil TCA. FFAB.
34. Association Autrement. Annuaire des thérapeutes [Internet]. Disponible sur: <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/annuaire-des-therapeutes.htm>
35. Réseau TCA Francilien. Réseau troubles du comportement alimentaire [Internet]. Disponible sur: <https://www.reseautca-idf.org/>
36. Réseau TCA Poitou Charentes. TCA [Internet]. Disponible sur: <http://tca-poitoucharentes.fr/>

37. Prétagut S. réseau ABELA (Anorexie et Boulimie en Loire-Atlantique) [Internet]. CHU de Nantes. [cité 25 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.chu-nantes.fr/reseau-abela-anorexie-et-boulimie-en-loire-atlantique>
38. NEDIC National Eating Disorder Information Centre. Groupes communautaires sur les troubles de l'alimentation [Internet]. [cité 27 mars 2023]. Disponible sur: <https://nedic.ca/community-groups/>
39. NIED. Canadian Eating Disorders Strategy [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://nied.ca/canadian-eating-disorders-strategy/>
40. NIED. Etudes et informations pour les professionnels de santé [Internet]. Disponible sur: <https://nied.ca/healthcare-professionals/>
41. Pehlivan MJ, Miskovic-Wheatley J, Le A, Maloney D, Research Consortium NED, Touyz S, et al. Models of care for eating disorders: findings from a rapid review. *J Eat Disord.* 15 nov 2022;10:166.
42. National Eating Disorders Collaboration. A propos [Internet]. NEDC. 2017. Disponible sur: <https://nedc.com.au/about-us/>
43. Inside Out Institute for Eating Disorders. Repenser les troubles de l'alimentation de l'intérieur vers l'extérieur [Internet]. Disponible sur: <https://insideoutinstitute.org.au/>
44. Académie australienne et néo-zélandaise pour les troubles de l'alimentation (ANZAED) [Internet]. [cité 27 mars 2023]. Disponible sur: https://www.xcdsystem.com/ANZAED/member_directory/
45. Eetexpert. Centre de connaissances sur les problèmes d'alimentation et de poids [Internet]. Eetexpert. Disponible sur: <https://eetexpert.be/>
46. CEPIA. Définition du Centre d'expertise Poids, Image et Alimentation [Internet]. Disponible sur: <https://www.cepia-poids-alimentation.be/>
47. MIATA - Maison d'Information et d'Accueil des Troubles de l'Alimentation [Internet]. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.miata.be/>
48. Comité pour la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents. Recommandations du groupe de travail programmation.
49. Agence du Numérique en Santé. Rechercher une action de DPC [Internet]. Agence DPC. [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/formations-dpc-rechercher-un-dpc>
50. Castex J, Véran O, Parly F, Vidal F. Décret n° 2022-798 du 11 mai 2022 relatif à la composition et au fonctionnement du conseil national de la certification périodique. 2022-798 mai 11, 2022.
51. Ministère de la Santé et de la Prévention. La certification périodique des professionnels de santé [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/la-certification-periodique-des-professionnels-de-sante>
52. FAQ DPC - Certification périodique [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2021. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/actualites/faq-dpc-certification-periodique>
53. Agence nationale du DPC. Orientations prioritaires de développement professionnel continu de politique nationale de santé s'adressant à certaines professions de santé Amélioration de la prévention, du repérage et des prises en charge Fiche de cadrage n°17.
54. CSA TCA - association Les Petits Pois | Centre de Soins et d'Accompagnement des Troubles du Comportement Alimentaire [Internet]. Disponible sur:

<https://www.anorexiebulimieobesite-toulouse.fr/>

55. CATTP Récifs [Internet]. CH Gérard Marchant. Disponible sur: <https://www.ch-marchant.fr/RECIFS/>

56. Clinique psychiatrique Castelviel - Castelmaurou (31) - | Clinea [Internet]. Disponible sur: <https://www.clinea.fr/clinique-psychiatrique-castelviel-castelmaurou-31>

57. Troubles des conduites alimentaires [Internet]. OC Santé. [cité 21 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.oc-sante.fr/etablissements/clinique-stella/specialites/troubles-des-conduites-alimentaires/>

58. Pôle pédiatrique de Cerdagne L'établissement [Internet]. Disponible sur: <https://pediatrie-occitanie.alefpa.asso.fr/letablissement/>

VIII. ANNEXES

A. ANNEXE 1 : Définitions du DSM5

Anorexie Mentale :

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

Dans la forme restrictive de la maladie : la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif, au cours des 3 derniers mois.

Dans le type avec accès hyperphagiques ou purgatifs on note la présence de crises d'hyperphagie récurrentes et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs au cours des 3 derniers mois.

Boulimie:

- Survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée. C'est-à-dire :
 - absorptions alimentaires largement supérieures à la moyenne et en peu de temps (par ex. moins de 2 h),
 - associées à une impression de perdre le contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter.
- Mise en œuvre de comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids (vomissements provoqués, prises de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, exercice excessif).
- Avec une fréquence moyenne d'au moins 1 fois par semaine durant au moins 3 mois.
- L'estime de soi est perturbée de manière excessive par la forme du corps et le poids.
- Le trouble ne survient pas exclusivement au cours d'une période d'anorexie mentale.

Hyperphagie boulimique :

- Survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée. C'est-à-dire :
 - Prises alimentaires largement supérieures à la moyenne, par exemple en moins de 2 heures.
 - Associées à une impression de perte de contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter.
- Ces épisodes sont associés avec au moins 3 des éléments suivants :
 - Manger beaucoup plus rapidement que la normale,
 - Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale,
 - Manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim,
 - Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe,
 - Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.
- Détresse marquée en lien avec l'existence de cette hyperphagie.
- Les épisodes d'hyperphagie se produisent au moins 1 fois par semaine pendant au moins 3 mois consécutifs.
- Le trouble n'est pas associé à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés comme c'est le cas dans des épisodes de boulimie et ne survient pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.

B. ANNEXE 2 : SCOFF

Questionnaire SCOFF pour le dépistage des TCA :

1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
3. Avez-vous récemment perdu plus de 6kg en 3 mois ?
4. Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

C. ANNEXE 3 : questionnaire

Quels sont les besoins de formation des médecins généralistes de la région Occitanie, concernant les troubles du comportement alimentaire (TCA) ?

Bonjour,

Interne en médecine générale, je réalise un travail de recherche sous la direction du Dr Florian Savignac. Ce travail porte sur les envies de formation des médecins généralistes d'Occitanie, concernant les troubles du comportement alimentaire.

Seront abordés dans ce travail, les trois principaux troubles du comportement alimentaire :

- l'anorexie mentale : restriction alimentaire conduisant à un poids significativement bas avec peur intense de prendre du poids et altération de la perception de soi.
- la boulimie : survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée avec comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids.
- l'hyperphagie boulimique : épisodes d'hyperphagie incontrôlée sans comportements compensatoires.

Il vise à préciser le contenu d'une potentielle formation, ainsi que ses modalités.

Par ailleurs, l'identification et la formation de médecins généralistes intéressés par les troubles du comportement alimentaire, pourrait participer à l'étayage du réseau de soins.

Si vous n'avez pas d'attente de formation, vous pouvez néanmoins répondre à ce questionnaire qui traite en partie de vos pratiques concernant les troubles du comportement alimentaire.

Merci pour votre participation.

Vous pouvez me contacter pour toute question, ou pour connaître les résultats de cette enquête.

Adèle Probst (adele.probst@hotmail.fr).

Faculté de médecine Toulouse-Rangueil.

Les informations recueillies sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'investigateur (Adèle Probst) à des finalités de recherche et feront l'objet d'une thèse d'exercice. Les données collectées seront communiquées aux seuls investigateurs de l'enquête. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données : [\[dpo@dumg-toulouse.fr\]](mailto:dpo@dumg-toulouse.fr).

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

1 Vous êtes ?

- Un homme
- Une femme

2 Quel âge avez-vous ?

Réponse libre :

3 Vous avez un lieu d'exercice :

- Rural <2000 habitants / km²
- Semi-rural 2000-5000 habitants / km²
- Semi-urbain 5000-10 000 habitants /km²
- Urbain > 10 000habitants / km²

4 Dans quel département exercez-vous ?

- 09-Ariège
- 11-Aude
- 12-Aveyron
- 30-Gard
- 31-Haute-Garonne
- 32-Gers
- 34-Hérault
- 46-Lot
- 48-Lozère
- 65-Hautes-Pyrénées

- 66-Pyrénées-Orientales
- 81-Tarn
- 82-Tarn-et-Garonne

5 A combien estimez-vous le nombre de patient(e) souffrant de troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie, hyperphagie boulimique) dans votre patientèle ?

- 0
- 1-5
- 5-10
- 10-15
- 15-20
- >20

6 Combien de patient (e)s souffrant de troubles du comportement alimentaire avez-vous vu dans les 30 derniers jours ?

- Aucun
- 1
- 2-3
- 4-5
- >5

7 Pour vous quel est le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire ? (plusieurs réponses possibles).

- Repérage et diagnostic
- Bilan initial
- Orientation
- Traitement
- Suivi

8 Le plus souvent, quand avez-vous recours à un avis spécialisé concernant les troubles du comportement alimentaire ?

- Dès la première consultation
- Après bilan complémentaire

- Après instauration d'un traitement
- En cas d'échec de votre prise en charge

9 Le plus souvent, vers qui adressez-vous un(e) patient(e) souffrant d'anorexie mentale ?

- Psychiatre,
- Endocrinologue-nutritionniste,
- Psychologue,
- Diététicien,
- Un réseau de soins
- Médecin généraliste formé en nutrition
- Je n'adresse pas le/la patient(e)

10 Le plus souvent, vers qui adressez-vous un(e) patient(e) souffrant de boulimie ?

- Psychiatre,
- Endocrinologue-nutritionniste,
- Psychologue,
- Diététicien,
- Un réseau de soins
- Médecin généraliste formé en nutrition
- Je n'adresse pas le/la patient(e)

11 Le plus souvent, vers qui adressez-vous un(e) patient(e) souffrant d'hyperphagie boulimie ?

- Psychiatre,
- Endocrinologue-nutritionniste,
- Psychologue,
- Diététicien,
- Un réseau de soins
- Médecin généraliste formé en nutrition
- Je n'adresse pas le/la patient(e)

12 Quel(s) réseau(x) prenant en charge les troubles du comportement alimentaire connaissez-vous ?

Réponse libre :

13 Avez-vous effectué des formations complémentaires concernant les troubles du comportement alimentaire après la fin de vos études ?

- Oui, formation validant le développement professionnel continu (DPC)
- Oui, formation ne validant pas le développement professionnel continu (DPC)
- Oui, formation diplômante (diplôme universitaire DU, ou diplôme interuniversitaire DIU)
- Oui, lectures et recherches personnelles
- Non

14 Exprimez-vous un besoin de formation complémentaire vis-à-vis des troubles du comportement alimentaire ?

- Oui
- Non

Si oui : rubrique 2

Si non : rubrique 3

Rubrique 2 : évaluation de vos besoins de formation

15 Si oui, quel(s) trouble(s) du comportement alimentaire aimeriez-vous approfondir (par ordre de priorité) ?

- Anorexie mentale
- Boulimie
- Hyperphagie boulimique`

16 Quelle est pour vous l'importance relative des sujets à aborder ?

	IMPORTANCE RELATIVE DES SUJETS A ABORDER					
	Pas prioritaire			Très prioritaire		
	0	1	2	3	4	5
REPERAGE
DEPISTAGE
DIAGNOSTIC
DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL
EVALUATION CLINIQUE
EVALUATION BIOLOGIQUE
CRITERES D'HOSPITALISATION
SOINS SOUS CONTRAINTE
PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE
PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE
PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE
RELATIONS AVEC LA FAMILLE
SUIVI A COURT TERME
SUIVI A LONG TERME

17 Quel temps consacreriez-vous préférentiellement à une formation concernant les troubles du comportement alimentaire ?

- Moins de quelques heures (typé vidéos courte, plaquettes d'information)
- Plusieurs heures (type soirée de formation, groupe de pairs)
- Plusieurs jours consécutifs (type congrès, séminaire, weekends de formation)
- Plusieurs semaines (type DU ou DIU)

18 Quel type de formation souhaiteriez-vous ?

- Formation en distanciel
- Formation en présentiel

19 Quel mode de formation souhaiteriez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

- Journée(s)/Soirée(s) de formation
- Cas cliniques et groupes de pairs
- E-learning : formation à distance via des supports écrits ou numériques
- MOOC : contenu pédagogique en ligne en libre accès
- Formation diplômante ou certifiante

20 Quel support de formation vous conviendrait le mieux ?

- Support papier
- Vidéos
- Vidéos + résumés papiers
- Cas cliniques
- Jeux de rôles

21 Souhaitez-vous être recontacté pour tester le module de formation ?

- Oui
- Non

Rubrique 3 : Vous n'avez pas de besoin de formation

22 Si non quels sont pour vous les facteurs limitants une formation complémentaire ?

- J'ai déjà effectué une/des formations(s) complémentaire(s) concernant les troubles du comportement alimentaire
- Je manque de temps
- J'ai peu d'intérêt pour le sujet
- Je préfère laisser la main au spécialiste
- J'ai peu/pas de patient souffrant de troubles du comportement alimentaire dans ma patientèle

23 Merci pour votre participation ! Des commentaires, des suggestions ?

Texte libre :

D. ANNEXE 4 : Critères d'hospitalisation dans les troubles du comportement alimentaire

Anorexie mentale : recommandations HAS Juin 2010.

Tableau 4. Critères somatiques d'hospitalisation

Chez l'enfant et l'adolescent	
Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine • Refus de manger : aphagie totale • Refus de boire • Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique • Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • IMC < 14 kg/m² au-delà de 17 ans, ou IMC < 13,2 kg/m² à 15 et 16 ans, ou IMC < 12,7 kg/m² à 13 et 14 ans • Ralentissement idéique et verbal, confusion • Syndrome occlusif • Bradycardies extrêmes : pouls < 40/min quel que soit le moment de la journée • Tachycardie • Pression artérielle systolique basse (< 80 mmHg) • PA < 80/50 mmHg, hypotension orthostatique mesurée par une augmentation de la fréquence cardiaque > 20/min ou diminution de la PA > 10-20 mmHg • Hypothermie < 35,5 °C • Hyperthermie
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie < 0,6 g/L • Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères, en particulier : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie (seuils non précisés chez l'enfant et l'adolescent) • Élévation de la créatinine (> 100 µmol/L) • Cytolyse (> 4 x N) • Leuconéutropénie (< 1 000 /mm³) • Thrombopénie (< 60 000 /mm³)
Chez l'adulte	
Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none"> • Importance et vitesse de l'amaigrissement : perte de 20 % du poids en 3 mois • Malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance • Vomissements incoercibles • Échec de la renutrition ambulatoire
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Signes cliniques de déshydratation • IMC < 14 kg/m² • Amyotrophie importante avec hypotonie axiale • Hypothermie < 35 °C • Hypotension artérielle < 90/60 mmHg • Fréquence cardiaque : <ul style="list-style-type: none"> ○ Bradycardie sinusale FC < 40/min ○ Tachycardie de repos > 60/min si IMC < 13 kg/m²
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalies de l'ECG en dehors de la fréquence cardiaque • Hypoglycémie symptomatique < 0,6 g/L ou asymptomatique si < 0,3 g/L • Cytolyse hépatique > 10 x N • Hypokaliémie < 3 mEq/L • Hypophosphorémie < 0,5 mmol/L • Insuffisance rénale : clairance de la créatinine < 40 mL/min • Natrémie : < 125 mmol/L (potomanie, risque de convulsions) > 150 mmol/L (déshydratation) • Leucopénie < 1 000 /mm³ (ou neutrophiles < 500 /mm³)

Tableau 5. Critères psychiatriques d'hospitalisation

Risque suicidaire	<ul style="list-style-type: none">• Tentative de suicide réalisée ou avortée• Plan suicidaire précis• Automutilations répétées
Comorbidités	Tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation : <ul style="list-style-type: none">• Dépression• Abus de substances• Anxiété• Symptômes psychotiques• Troubles obsessionnels compulsifs
Anorexie mentale	<ul style="list-style-type: none">• Idéations obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes• Renutrition : nécessité d'une renutrition par sonde naso-gastrique, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire• Activité physique : exercice physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation)• Conduites de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul des conduites de purge intenses
Motivation, coopération	<ul style="list-style-type: none">• Échec antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite• Patient peu coopérant, ou coopérant uniquement dans un environnement de soins très structuré• Motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires

Tableau 6. Critères environnementaux d'hospitalisation

Disponibilité de l'entourage	<ul style="list-style-type: none">• Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires• Épuisement familial
Stress environnemental	<ul style="list-style-type: none">• Conflits familiaux sévères• Critiques parentales élevées• Isolement social sévère
Disponibilité des soins	<ul style="list-style-type: none">• Pas de traitement ambulatoire possible par manque de structures (impossibilité du fait de la distance)
Traitements antérieurs	<ul style="list-style-type: none">• Échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation)

E. ANNEXE 5 : Structures TCA en Occitanie selon la Fédération Française Anorexie-Boulimie

Dans le Gard : le pôle psychiatrique du CHU de Nîmes (30).

Dans le Gers : le centre hospitalier du Gers (32).

En Haute Garonne :

- L'association les petits poids à Toulouse : propose, pour les patients souffrant de TCA, des consultations avec des diététiciens ou des psychologues, des ateliers d'art-thérapie, des groupes de parole. Les consultations sont toutefois payantes(54).
- Le CATTP RECIFS à Toulouse : centre de soin de jour avec une équipe pluridisciplinaire composée d'un psychiatre coordonnateur, d'une infirmière, d'une diététicienne, d'un psychologue, d'autres intervenant. Les patients ne peuvent être adressés vers ce centre que par un psychiatre ou un psychologue qui les suit en externe(55).
- La clinique Castelviel à Castelmauou : elle dispose d'une unité d'hospitalisation spécialisée dans les TCA, ou propose des hospitalisation de jour destinées spécifiquement aux personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire(56).
- L'hôpital des enfants à Toulouse
- L'unité de nutrition du centre hospitalo-universitaire de Rangueil à Toulouse
- Le service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA) à Toulouse

Dans l'Hérault :

- La clinique Stella à Verargue : elle dispose d'une unité troubles du comportement alimentaire pour hospitalisation(57).
- Le CHU Saint Eloi à Montpellier
- Le service hospitalo-universitaire de nutrition de l'hôpital Lapeyronie à Montpellier

Dans les Pyrénées Orientales :

- le pôle pédiatrique de Cerdagne : à Cabestany pour une hospitalisation à temps partiel, à Osseja pour une hospitalisation complète(58).

AUTEUR : Adèle PROBST

TITRE : Quels sont les besoins de formation des médecins généralistes de la région Occitanie, concernant les troubles du comportement alimentaire ?

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Florian SAVIGNAC

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : le 12 juin 2023 à Toulouse

Contexte : Les troubles du comportement alimentaire sont en augmentation et les médecins généralistes français se sentent en difficultés face à ces pathologies. Nous avons interrogé les besoins de formation des médecins généralistes de la région Occitanie concernant les troubles du comportement alimentaire, ainsi que les modalités d'une potentielle formation.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une enquête épidémiologique observationnelle descriptive à travers un questionnaire auto-administré en ligne. Nous avons obtenu 165 réponses, entre juillet 2022 et octobre 2022.

Résultats : 72,7% des médecins ont exprimés un besoin de formation. Les médecins souhaitent aborder l'anorexie, suivi de la boulimie puis l'hyperphagie boulimique. Le dépistage, les critères d'hospitalisation et le diagnostic sont les trois sujets qui sont le plus prioritaires. Le principal frein est le manque de temps. La formation idéale serait en présentiel et de plusieurs heures (type journée/soirée de formation ou groupe de pairs). Le support préférentiel est un mélange de vidéos et résumés papier.

Discussion et conclusion : Le manque de formation et les difficultés d'orientation mettent en difficultés les médecins généralistes. L'organisation des soins, de plus en plus ambulatoire, tend à replacer le médecin généraliste au centre de la prise en charge des TCA. La mise en place de la certification obligatoire des professionnels de santé en 2023 et la création du réseau Troubles du Comportement Alimentaire Occitanie vont certainement modifier les pratiques.

TITLE: What are the professional training needs of general practitioners in the Occitanie region about eating disorders?

Background: Eating disorders are on the increase and French general practitioners are struggling with these pathologies. We asked the training needs of general practitioners in the Occitanie region regarding eating disorders, as well as the modalities of potential training.

Material and method: We carried out a descriptive observational epidemiological survey through an online self-administered questionnaire. We obtained 165 responses, between July 2022 and October 2022.

Results: 72.7% of doctors expressed a need for training. Doctors want to discuss about anorexia, followed by bulimia and then binge eating disorder. Screening, hospitalization criteria and diagnosis are the three topics that have the highest priority. The main obstacle is the lack of time. The ideal training would be face-to-face and of several hours (training day/evening or peer group type). The preferred support is a mixture of videos and paper summaries.

Discussion and conclusion: Lack of training and orientation difficulties make it difficult for general practitioners. The organization of care, increasingly outpatient, tends to place the general practitioner at the center of management of TCA. The introduction of mandatory certification for health professionals in 2023 and the creation of the Eating Disorders Occitanie network will certainly change practices.

Mots-Clés : troubles du comportement alimentaire, formation médicale, réseaux de soin / eating disorders, médical training, care network.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE
