

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement
par

Johanna GUILLO

Le 10 avril 2025

**Troubles du Comportement Alimentaire restrictifs chez l'adolescent : état des lieux
des pratiques des médecins généralistes des Hautes-Pyrénées.**

Directeur de thèse : Dr Virginie QUENTIN

JURY :

Monsieur le Professeur Jean Philippe RAYNAUD
Monsieur le Professeur Jean Christophe POUTRAIN
Madame le Docteur Blandine CABARET
Madame le Docteur Virginie QUENTIN

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur

**UNIVERSITÉ
DE TOULOUSE**

FACULTÉ DE SANTÉ

Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine

2023-2024

Professeurs Honoraires

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

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONSTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

Mise à jour le 14/05/2024

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

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

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

P.U. Médecine générale

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

Mise à jour le 14/05/2024

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Professeurs Associés de Médecine Générale M. ABITTEBOUL Yves M. BIREBENT Jordan M. BOYER Pierre Mme FREYENS Anne Mme IRI-DELAHAYE Motoko Mme LATROUS Leila M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
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	Professeurs Associés Honoraires Mme MALAUAUD Sandra Mme PAVY LE TRAON Anne M. SIBAUD Vincent Mme WOISARD Virginie
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	
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence	
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. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale	
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	
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. REAUDINEAU Yves	Immunologie	
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie	
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie	
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loic	Hématologie	

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
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. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessica	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CURET Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maitres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) 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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD, qui me fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN,

A Madame le Docteur Blandine CABARET

Qui ont accepté de juger ce travail.

A Madame le Docteur Virginie QUENTIN, qui a accepté de diriger cette thèse.

Merci de m'avoir soutenue durant ces longs mois, depuis l'élaboration du projet, jusqu'à la présentation. J'espère que ce travail sera à la hauteur de tes attentes.

A Monsieur le Docteur BARTHEZ et Madame le Docteur MESQUIDA, merci pour cette journée de formation très enrichissante.

A Monsieur le Docteur Hervé GACHIES, qui m'a aidée à créer le lien avec les différents médecins du département.

Merci pour ton aide et pour ton investissement sur le territoire des Hautes-Pyrénées.

Merci de m'avoir soutenue tout au long de mon internat, après avoir été mon premier maître de stage universitaire en médecine générale.

A mes différents maîtres de stages, merci pour votre bienveillance.

A tous les médecins généralistes ayant accepté de répondre au questionnaire, sans quoi la réalisation de ce travail n'aurait pas été possible.

A ma famille,

A Papa, Maman, merci d'avoir été présents pour me soutenir tout au long de ce parcours semé d'embûches. Merci pour votre aide, votre patience et votre amour malgré les épreuves. Sans vous rien n'aurait été possible.

A Elsa et Rose, merci pour la relation fusionnelle que nous avons, pour cette entraide entre nous trois.

A Papy, Mamie, Guy, merci d'être présents, de m'encourager à chaque étape. Merci pour votre soutien. Merci pour tous les précieux moments partagés, et ceux à venir.

A mes amis,

A Marion (la meilleure), merci d'être là, depuis les quatre coins du monde. Tu me supportes depuis si longtemps, maintenant c'est forcément pour toujours. Je t'aime.

A Camille (la 2ème meilleure), Pierre, Nina et Marciello, la plus belle des petites familles, si forte et inspirante, un petit rayon de soleil dans nos vies trop sérieuses.

A Julia, Robin-Charles, Christopher, Alice, Antoine, ainsi que Fanny, Marie, Pauline. Merci pour votre soutien, votre amitié sans faille. Merci d'être toujours présents après toutes ces années. A cette jeunesse inoubliable, et à toutes les occasions qui vont encore nous réunir.

A Mylène, Rémi, Boris, vous avez illuminé mon internat. Grâce à vous cette période a été, sans aucun doute, la plus facile et la plus belle de toutes ces années de médecine.

Merci pour votre soutien. Merci pour tous ces mois de collocation riches en émotions.

Merci de m'avoir fait découvrir la montagne. A toutes ces aventures, qui je l'espère ne sont pas terminées.

A Christopher, Robin-Charles et Rémi, les pro' des statistiques, merci pour votre aide face à mon désespoir lors de ce travail.

A mon chéri, Louis, merci pour ton amour, ton soutien et ta compréhension. Merci de me supporter malgré mon caractère pas toujours « facile » à vivre.

J'ai hâte de découvrir la suite à tes côtés, aujourd'hui l'avenir s'ouvre à nous.

Enfin, merci pour ton aide à l'élaboration de cette thèse. Tes talents de relecteur ont souvent été sollicités, ainsi que ta maîtrise d'Excel et Word, sans quoi ce travail aurait sûrement eu une autre allure.

Table des matières

<i>Serment d'Hippocrate</i>	6
<i>Remerciements</i>	7
<i>Tableaux et Figures</i>	11
<i>Liste des abréviations</i>	12
<i>Liste des annexes</i>	13
<i>I- INTRODUCTION</i>	14
<i>II- MATERIELS ET METHODES</i>	18
II.1 Type d'étude.....	18
II.2 Lieu, temps de l'étude et médecins interrogés	18
II.3 Questionnaire et recueil des données.....	19
II.4 Analyse statistique.....	19
<i>III- RESULTATS</i>	21
III. 1 - Analyse descriptive	21
III.1.a Données de démographie médicale	21
III.1.b Type de patients.....	21
III.1.c Prise en charge des troubles du comportement alimentaire	22
III.1.d : Coordination des soins.....	24
III.1.e : Rôle du médecin généraliste	25
III.1.f : Difficultés rencontrées par le médecin et pistes d'amélioration.....	25
III.2 – Analyses en sous-groupes	27
III.2.a : Analyses selon le secteur (rural, semi-rural, urbain)	27
III.2.b Analyses selon le nombre d'années d'installation (< 5 ans, 5 - 15 ans, > 15 ans)	30
III.2.c Analyses selon l'intérêt porté à la prise en charge des TCA (< 5, 5 – 8, > 8)	32
<i>IV- DISCUSSION</i>	34
IV.1 Forces et Limites	34
IV.1.a Limites	34
IV.1.b Forces.....	35
IV.2 Profils, Analyses	35
IV.2.a Analyse des résultats.....	35
IV.2.b Création d'un réseau de soins pluriprofessionnels	39
IV.2.c Analyses en sous-groupes	41
<i>V- CONCLUSION</i>	43
<i>Annexes</i>	46

Tableaux et Figures

Figure 1: Nombre de patients souffrant de TCA par médecin	21
Figure 2: Taux d'intérêt pour la prise en charge des TCA, échelle de 0 à 10.....	22
Figure 3: Diagnostic du TCA	22
Figure 4: Orientation des patients souffrants de TCA.....	23
Figure 5: Prise en charge hospitalière.....	24
Figure 6: Coordination des soins	24
Figure 7: Rôle du médecin généraliste	25
Figure 8: Niveau de difficulté ressenti par le médecin dans la prise en charge des TCA. Échelle de 0 à 10.....	25
Figure 9: Difficultés exprimées par le médecin généraliste pour la prise en charge des TCA	26
Figure 10: Pistes envisagées afin de faciliter la prise en charge des TCA dans les Hautes- Pyrénées.....	26
Figure 11: Spécialiste ayant posé le diagnostic en fonction du secteur d'exercice.....	27
Figure 12: Effecteur de la coordination des soins, selon le secteur d'exercice.....	28
Figure 13: Difficultés ressenties par le médecin généraliste pour la prise en charge des TCA sur une échelle de 0 à 10. Selon le secteur d'exercice	29
Figure 14: Intérêt porté au TCA par le médecin généraliste, selon le nombre d'années d'installation.....	30
Figure 15: Effecteur de la coordination des soins, selon le nombre d'années d'installation	31
Figure 16: Effecteur de la coordination des soins, selon l'intérêt porté aux TCA.....	32
Figure 17: Rôles du médecin généraliste, selon l'intérêt porté aux TCA	33

Liste des abréviations

HAS : Haute autorité de Santé

IMC : Indice de masse corporelle

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

HDJ : Hôpital de jour

TCA : Troubles du comportement alimentaire

CH : Centre hospitalier / CHU : Centre hospitalo-universitaire

CMP : Centre médico-psychologique

MDA : Maison des Adolescents

CPTS : Communauté professionnelle territoriales de santé

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

HAD : Hospitalisation à domicile

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

FFAB : Fédération Française Anorexie Boulimie

MPR : Médecine physique et de réadaptation

SSR : Soins de suite et de réadaptation

PTSM : Projet territorial de santé mentale

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

Liste des annexes

- Annexe 1 : Questionnaire de dépistage SCOFF
- Annexe 2 : Critères diagnostics du DSM-V
- Annexe 3 : Questionnaire de thèse
- Annexe 4 : Présentation du projet de Thèse et recommandations
- Annexe 5 : Tableaux de contingences
- Annexe 6 : Critères d'hospitalisation

I- INTRODUCTION

L'anorexie mentale est une maladie d'étiologie encore méconnue. D'origine **multifactorielle**, elle comprend une composante environnementale (codes sociétaux, influence parentale, stress à domicile, anxiété), génétique (des études ont trouvé un défaut de neurotransmission de sérotonine et dopamine), et hormonale (rôle de la ghréline, leptine, ocytocine à l'étude). (1)

Il s'agit de la pathologie psychiatrique ayant le **taux de mortalité le plus élevé**, variant de 5 à 20 % selon les études. La moitié par suicide, l'autre moitié des suites des complications de la maladie. (2) (3)

Selon une étude parue en 2021, les personnes souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie ont une mortalité ajustée selon l'âge 2 à 6 fois plus élevée, et ont des taux de suicide jusqu'à 18 fois supérieurs à ceux de leurs pairs. (4)

Après prise en charge, on estime 50% de rémission complète, 30% de rémission partielle et 20% de formes chroniques. (1)

A ce jour, la prévalence de l'anorexie mentale varie de 0,9 à 2,2% de la population générale féminine et 0,3% des hommes (2) ; ce qui en fait la **troisième cause de maladie chronique chez l'adolescent** (après l'asthme et l'obésité). (3)

On peut ajouter à cela les troubles du comportement alimentaire « sub-syndromiques » qui toucheraient 1 adolescent sur 5. (5)

De plus, après plusieurs décennies de stabilisation, il semblerait que la prévalence tend à augmenter depuis le début de la pandémie COVID. (6)

Devant la gravité du trouble, toutes les études et recommandations montrent l'intérêt d'une **prise en charge précoce** pour l'amélioration du pronostic. (4)

Les meilleurs moments de dépistages sont alors les examens de santé annuels et les consultations pour la pratique sportive, d'où l'importance du rôle du médecin généraliste. (5)

En ce sens, d'après la Haute autorité de santé (HAS), il est recommandé à chaque consultation de mesurer le poids, calculer l'indice de masse corporelle (IMC), et rechercher un stress, notamment dans le milieu scolaire et familial.

Des questionnaires de dépistages tel que le questionnaire SCOFF (Annexe 1) peuvent apporter une aide en consultation.

Enfin, il ne faudra pas oublier d'interroger la famille dont l'aide est précieuse, afin de rechercher des préoccupations nouvelles pour ce qui a trait à l'alimentation, à une focalisation excessive autour de l'image du corps, à des conduites de restriction ou d'exclusion alimentaire, de comptage des calories, à des conduites de purges, à une hyperactivité physique, et/ou un hyper investissement scolaire ou professionnel. (7)

Le diagnostic de TCA sera alors confirmé par la présence des critères DSM-V (annexe 2). Lorsque celui-ci est établi, il est recommandé de pratiquer un examen clinique complet à la recherche de signes de gravité. Un électrocardiogramme et un bilan biologique comprenant un ionogramme et un hémogramme seront également souhaitables. (7)

Par la suite, les bénéfices d'une **prise en charge ambulatoire** ont été largement démontrés. Elle permet de maintenir l'adolescent dans son milieu de vie, favorisant ainsi une meilleure observance des soins, et donc une meilleure efficacité. (8) (9)(10)(7).

Elle est donc recommandée en première intention, en l'absence de signes de gravité.

De ce fait, le suivi devra être multidisciplinaire comprenant au minimum le médecin généraliste et un psychiatre se coordonnant. (1)(7)(5).

Pour répondre à cela, la HAS préconise le recours à des **réseaux de soins coordonnés** impliquant les différents intervenants dans le but de faciliter le développement de la multidisciplinarité. (10)

Concernant la prise en charge à mettre en place chez l'enfant et l'adolescent : la thérapie familiale est recommandée en première intention. (5) (7) Elle semble être l'approche la plus prometteuse, montrant de plus forts taux de rémissions, avec un meilleur gain de poids. (1) (4) Lorsque la thérapie familiale n'est pas envisageable, ou non bénéfique, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pourra être utilisée.

Les patients échappant à la prise en charge ambulatoire pourront bénéficier d'une hospitalisation partielle (Hôpital de jour), ce qui semble être un bon compromis entre prise en charge ambulatoire et hospitalisation complète. (4)

Enfin, si une hospitalisation complète doit être envisagée, la sortie doit être préparée en amont avec le médecin généraliste et l'équipe médicale. En effet, il a été montré qu'une prise en charge hospitalière entraîne des taux de rechutes et de réadmissions plus élevés que les autres formes de traitements. (11)

Pour finir, il n'a pas été démontré l'intérêt de traitements pharmacologiques (antidépresseurs, anxiolytiques, ou neuroleptiques) dans la prise en charge de l'anorexie mentale. Une étude parue en 2019 suggère que l'utilisation de l'OLANZAPINE pourrait aider modérément à la prise de poids ainsi que sur certains symptômes somatiques, mais n'apporte pas de bénéfice sur le plan psychologique. (12)(13)

Ce sujet de thèse a été inspiré des expériences vécues lors de mon internat.

Durant mes stages, j'ai été confrontée à des adolescents souffrant de troubles du comportement alimentaire (TCA). J'ai alors été en difficulté dans la prise en charge, et surtout, dans l'orientation de ces patients vers les professionnels de santé adaptés.

En effet, le département des Hautes-Pyrénées dénombre peu de psychiatres et pédopsychiatres prenant en charge les TCA. Aussi, il est difficile de repérer les psychologues et diététiciens formés à la prise en charge de ces troubles.

Enfin, les structures d'hospitalisation complète, à savoir le Centre hospitalier (CH) de Tarbes service de pédiatrie, et le CH de Lannemezan service de pédopsychiatrie, sont surchargés, avec des délais d'attentes parfois très longs. Il en est de même pour les centres médico-psychologiques (CMP) et maisons des adolescents (MDA).

Dans le cadre de mon mémoire, j'ai pu recenser les différents professionnels médicaux (pédiatres et pédopsychiatres) et paramédicaux (psychologues, diététiciens) exerçant sur le département ; ainsi que les différentes Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et Maison de Santé Pluriprofessionnels (MSP).

J'ai également recherché les structures d'aides existantes sur le territoire. Le Réseau Relai Santé Pyrénées (RESAPY) a alors été mis en avant. Il s'agit d'un acteur majeur dans la coordination et la prise en charge des patients à domicile sur le département. Il est constitué de 3 pôles : Hospitalisation à Domicile (HAD), Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) et le pôle Offre de services (comprenant la réhabilitation respiratoire, l'activité physique adaptée, la formation, l'éducation thérapeutique du patient). Ce réseau est joignable par téléphone au 05 62 54 66 50, ou par mail à contact@resapy.fr (14).

Cependant, cette structure ne dispose pas de pôle pour la prise en charge des troubles du comportement alimentaire.

A l'échelle nationale, la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB), créée en 2005, est une association tenant une place prépondérante. Elle regroupe des professionnels du soin, de la prévention, de la formation et de la recherche dans le domaine des TCA (psychiatres,

pédopsychiatres, endocrinologues, pédiatres, psychologues, cadres de santé, infirmiers, représentants d'associations de familles et d'usagers). Cette fédération vise au développement de soins cohérents et organisés sur le territoire Français. (15)(16)

Sur son site internet, on peut retrouver :

- Des explications concernant l'anorexie et la boulimie
- Une présentation des recommandations de prise en charge
- Des pistes d'aides pour les proches
- Un annuaire national des centres de soins classés par région. (17) (18)

La FFAB dispose également d'une ligne téléphonique « Anorexie, Boulimie, Info écoute » au 09 69 325 900 (n° cristal, appel non surtaxé), destinée aux patients, familles, proches et professionnels. (19)

Ces recherches m'ont permis de constater qu'aucune structure n'existe actuellement pour la prise en charge des TCA dans les Hautes-Pyrénées.

J'ai alors émis l'hypothèse que la création d'un réseau de soins pluridisciplinaire, à l'échelle locale, faciliterait la prise en charge et la coordination des soins entre les différents intervenants, dans le département des Hautes-Pyrénées.

L'objectif principal de cette étude est de réaliser un état des lieux des pratiques des médecins généralistes des Hautes-Pyrénées dans la prise en charge des troubles alimentaires restrictifs chez l'adolescent. Ce travail est centré sur l'orientation vers les différents spécialistes, la coordination des soins et les difficultés rencontrées.

L'objectif secondaire est d'identifier les moyens pouvant permettre une amélioration de la prise en charge dans le département.

II- MATERIELS ET METHODES

II.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, réalisée à l'aide d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes des Hautes-Pyrénées.

L'étude est descriptive, observationnelle et transversale.

II.2 Lieu, temps de l'étude et médecins interrogés

Le questionnaire a été diffusé une première fois, via le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins, le 08 février 2024. Il a été envoyé aux médecins généralistes installés dans les Hautes-Pyrénées, exerçant en libéral ou salariat ; ce qui représente environ 170 Médecins. (20)

Les médecins remplaçants non-inscrits au conseil de l'ordre ont été exclus, tout comme les médecins hospitaliers.

À la suite de cette première diffusion, 10 réponses étaient enregistrées.

Plusieurs relances ont été effectuées, d'avril 2024 jusqu'en août 2024.

Le questionnaire a alors été adressé, de manière dirigée, aux médecins généralistes des différentes vallées du département afin d'avoir une représentation optimale de l'ensemble du territoire. A souligner que les médecins remplaçants ont, à cette étape, été inclus dans l'étude.

Les CPTS ont été sollicitées pour diffuser le questionnaire. Puis j'ai contacté les différentes MSP du département, ainsi que les médecins généralistes hors structures afin d'obtenir quelques réponses supplémentaires. A la suite de cela, je comptabilisais 24 réponses.

Enfin, en juillet 2024, une dernière relance a été effectuée, par téléphone, auprès de chaque médecin du département.

Ce qui a permis de récolter 43 réponses au total, représentant un taux de participation d'environ 25,3%.

II.3 Questionnaire et recueil des données

Les médecins ont été interrogés par un questionnaire standardisé et anonymisé (annexe 3), via le logiciel Google Forms.

Le questionnaire a été accompagné d'une présentation du projet de thèse, et d'une brève synthèse des recommandations concernant la prise en charge des TCA (annexe 4), puis diffusé par mail.

Il comporte 18 questions, dont 11 à réponses obligatoires.

Des questions sont à choix unique, d'autres à choix multiples, certaines se présentent sous la forme d'une échelle d'appréciation de 0 à 10.

Une ligne « autre » à la fin de chaque question permet au répondant d'ajouter une remarque.

La première partie du questionnaire concerne les données démographiques et professionnelles des médecins interrogés.

La deuxième partie recueille les données concernant leurs patients souffrant de TCA (nombre, âge, Indice de Masse Corporel (IMC)).

Puis nous nous intéressons à la prise en charge instaurée.

La dernière partie interroge sur les difficultés rencontrées lors de la prise en charge, et sur les pistes d'améliorations envisagées.

II.4 Analyse statistique

Les résultats ont été envoyés directement sur un tableau Google Sheets en lien avec le questionnaire, et ont été exprimés par les effectifs et leurs pourcentages.

Pour chaque question, les réponses hors sujet ont été supprimées afin de ne pas fausser les analyses.

Pour l'interprétation des résultats, il a été décidé de façon arbitraire, de regrouper certaines données.

Ainsi, le taux d'intérêt pour la pathologie a été jugé :

- Faible si inférieur à 5
- Moyen entre 5 et 8
- Fort si supérieur à 8.

Le nombre d'année d'installation a été découpé en 3 :

- Moins de 5 ans
- De 5 à 15 ans
- Plus de 15 ans

Le niveau de difficulté ressenti par le médecin a été jugé :

- Modéré si inférieur à 5
- Intermédiaire entre 5 et 8
- Fort si supérieur à 8

Les différentes variables ont, ensuite, été analysées selon 3 catégories :

- Secteur d'exercice
- Nombre d'années d'installation
- Intérêt pour la pathologie

Enfin, l'ensemble des résultats a été répertorié dans des tableaux de contingence (annexe 5). Des tests statistiques ont alors été réalisés afin de déterminer l'indépendance de chaque variable, permettant ainsi de mettre en évidence les différences significatives au sein de chaque catégorie de population.

L'outil BIOSTAT TGV a été utilisé pour les calculs statistiques. Le test du Chi2 a été utilisé majoritairement, puis le test de Fisher quand les effectifs étaient inférieurs à 5. Enfin, le test de Student a été utilisé pour analyser les variables quantitatives.

A noter qu'au regard de questions à caractère non obligatoire et de questions à réponses multiples possibles, le nombre des réponses ne correspond pas toujours au nombre de médecins ayant répondu.

Les pourcentages s'appliquent alors au nombre de réponses obtenues pour chaque question.

III- RESULTATS

III. 1 - Analyse descriptive

III.1.a Données de démographie médicale

On peut observer que les médecins ayant répondu exercent dans des secteurs variés : 35 % en milieu urbain, 35 % en semi-rural et 30 % en rural. Aussi 73,3 % exercent leur activité en libéral, 13,3 % sont salariés et 13,3 % sont remplaçants.

Enfin, le nombre d'années d'installation est très varié, s'étendant de 0 à 34 ans.

III.1.b Type de patients

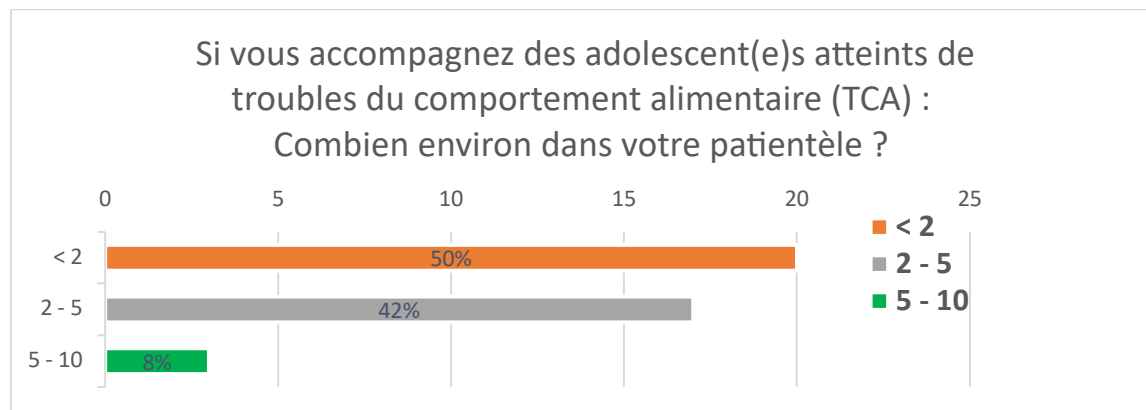


Figure 1: Nombre de patients souffrant de TCA par médecin

Sur l'ensemble des médecins interrogés, seuls 2 ne suivent aucun patient atteint de TCA.

Pour le reste, on peut voir sur la figure 1 que la **majorité suit entre 1 et 5 patients**.

Les troubles du comportement alimentaire sont donc des pathologies relativement fréquentes en médecine générale.

Dans **31 % des cas ces patients ont entre 10 et 15 ans, 54 % ont entre 15 et 18 ans**, et 15% entre 18 et 25 ans. C'est donc une pathologie touchant prioritairement des patients jeunes.

De plus, on constate que **l'IMC moyen se situe dans 62 % des cas entre 15 et 18** ; dans 28% des cas entre 10 et 15, et dans 10 % des cas il est supérieur à 18.

Ces résultats montrent que les adolescents souffrant de troubles du comportement alimentaire et suivis en médecine générale ont le plus souvent un IMC normal.

III.1.c Prise en charge des troubles du comportement alimentaire

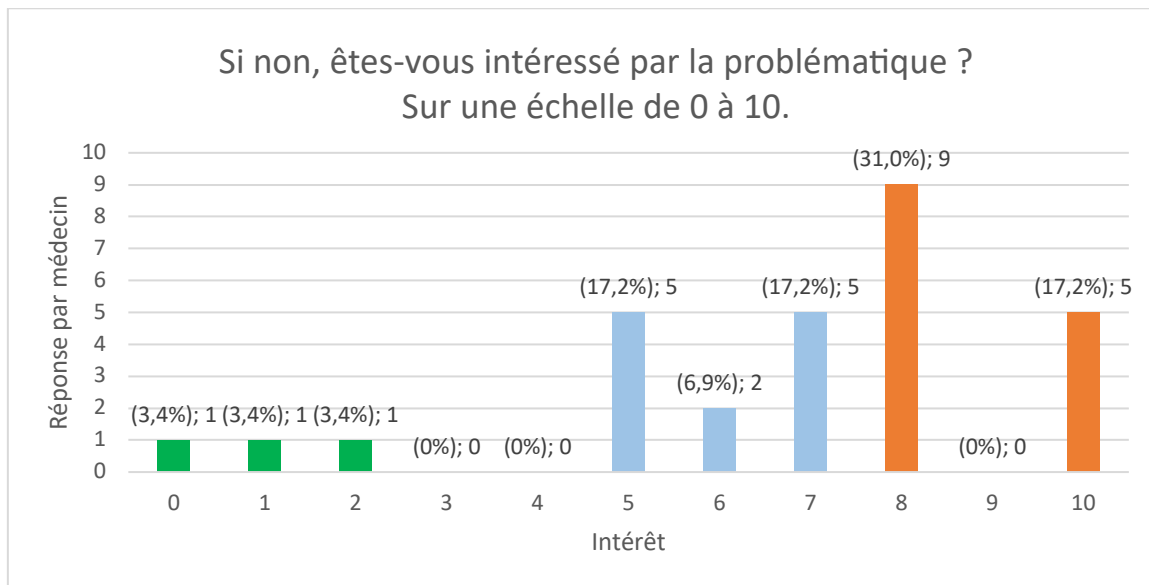


Figure 2: Taux d'intérêt pour la prise en charge des TCA, échelle de 0 à 10.

Sur la figure 2, on peut noter que les médecins interrogés semblent intéressés par la problématique. En effet, **48,2 % montrent un intérêt fort**, 41,4 % placent le curseur au niveau intermédiaire, et seulement 10,3 % semblent peu intéressés.

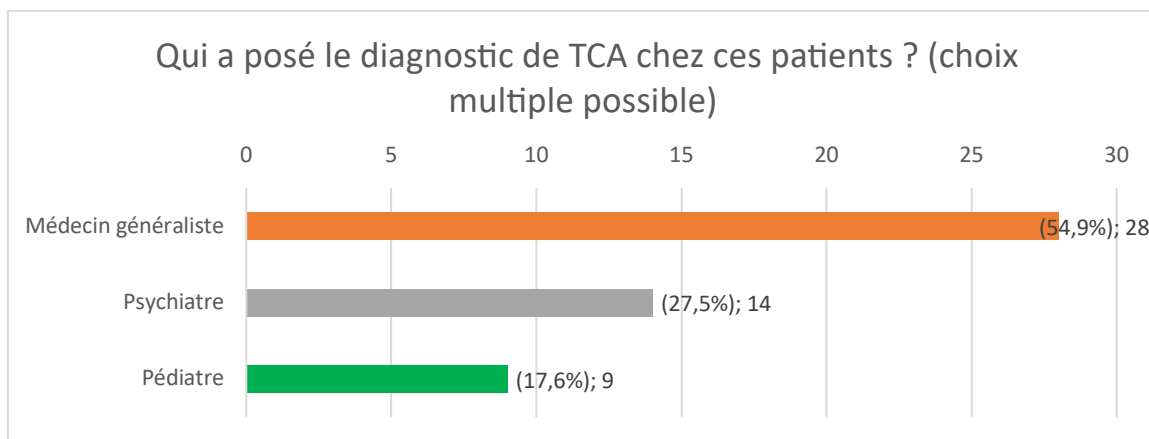


Figure 3: Diagnostic du TCA

Pour ce qui est du diagnostic, la figure 3 nous indique que dans la majorité des cas, il a été établi par le médecin généraliste, puis par le psychiatre, et ensuite par le pédiatre. Cela souligne **l'importance du rôle du médecin généraliste dans le dépistage** de ces troubles.

Par la suite, 88% des médecins généralistes interrogés ont opté pour une prise en charge ambulatoire, 10 % ont eu recours à l'hospitalisation complète et 2 % ont orienté vers l'hôpital de jour. 2 médecins ont répondu avoir mis en place une prise en charge ambulatoire avec avis spécialisés et hospitalisations itératives.

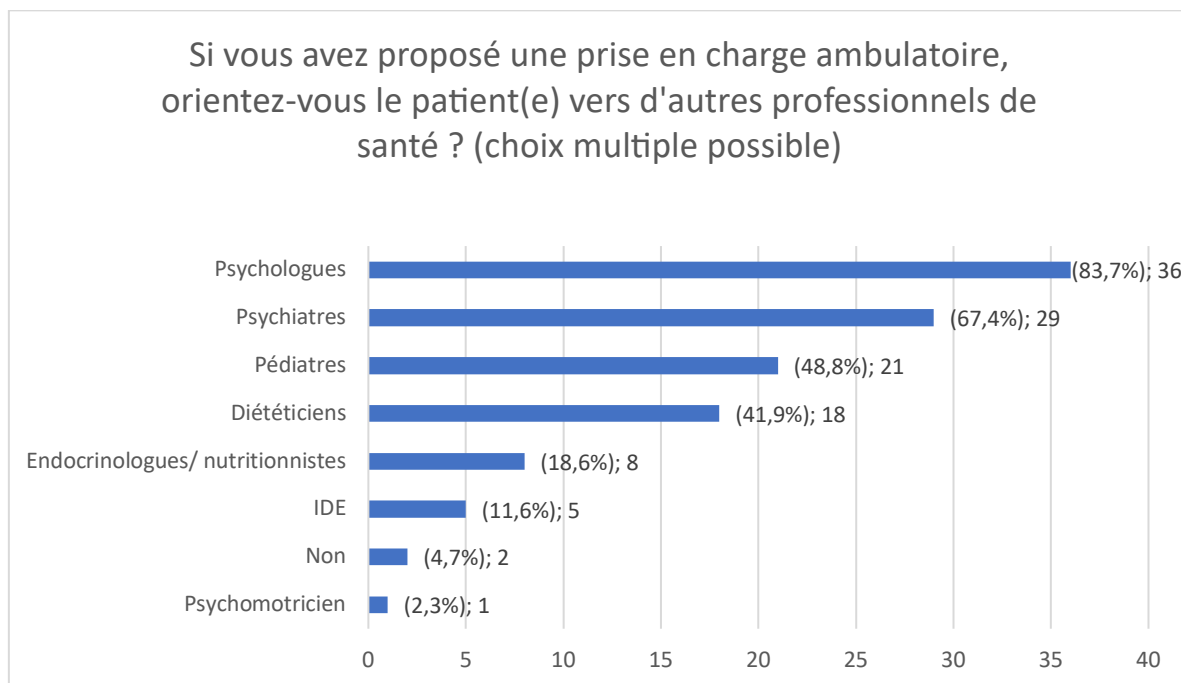


Figure 4: Orientation des patients souffrants de TCA

Parmi les médecins ayant opté pour une prise en charge ambulatoire, on observe sur la figure 4 que l'orientation se fait majoritairement vers le psychologue, puis le psychiatre, le pédiatre, et le diététicien. Quelques-uns travaillent également avec un endocrinologue, un infirmier, ou un psychomotricien. Pour 1 médecin il a été difficile de trouver un interlocuteur, et 2 n'ont pas orienté le patient vers d'autres professionnels.

Aussi, on peut noter que parmi tous ces professionnels de second recours, 80 % exercent sur le territoire des Hautes-Pyrénées, et 20 % dans un autre département.

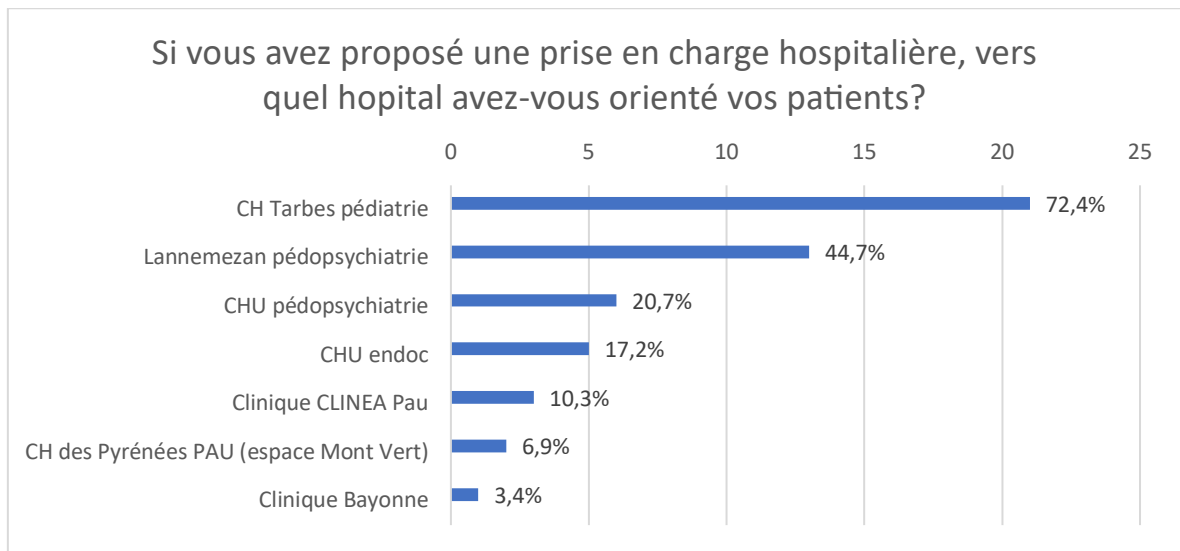


Figure 5: Prise en charge hospitalière

Pour les médecins ayant eu recours à une prise en charge hospitalière, la figure 5 montre que la majorité ont adressé leurs patients vers le service de pédiatrie de l'hôpital de Tarbes, puis vers le service de pédopsychiatrie de l'hôpital de Lannemezan.

37,9 % des médecins interrogés ont travaillé avec le service d'endocrinologie/nutrition du CHU de Toulouse et/ou le service de pédopsychiatrie du CHU de Toulouse ; et 20,6% ont orienté leurs patients vers le département des Pyrénées-Atlantiques (Pau et Bayonne)

III.1.d : Coordination des soins

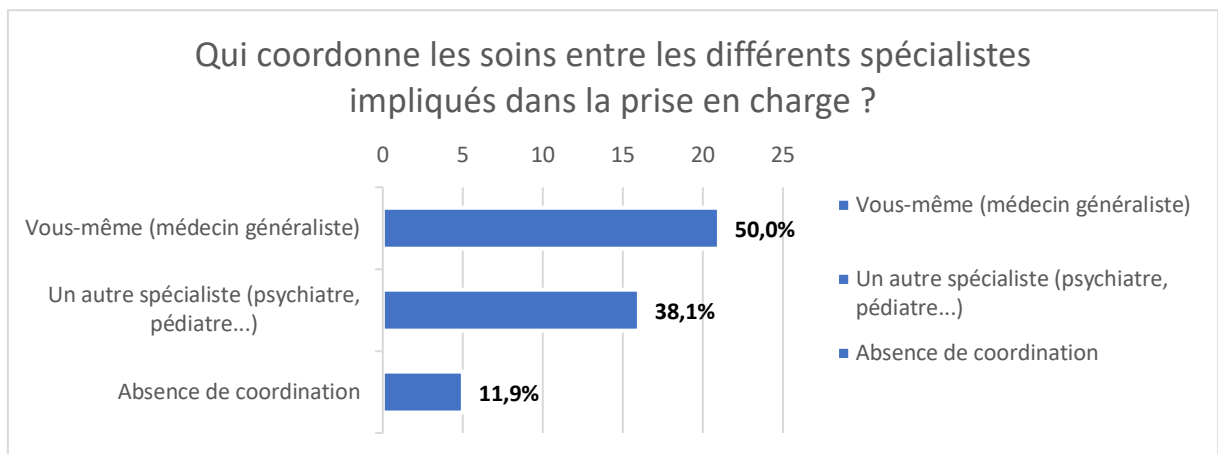


Figure 6: Coordination des soins

Sur la figure 6, on constate que dans la moitié des cas, parmi les médecins ayant répondu, la coordination des soins est assurée par le médecin généraliste, puis par un spécialiste (psychiatre ou pédiatre), ou le centre hospitalier référent. Néanmoins, **dans 11,9 % des cas, il n'existe aucune coordination des soins.**

Pour communiquer entre professionnels, il semble que les médecins interrogés utilisent essentiellement le courrier, ainsi que les services de messageries sécurisées.

III.1.e : Rôle du médecin généraliste

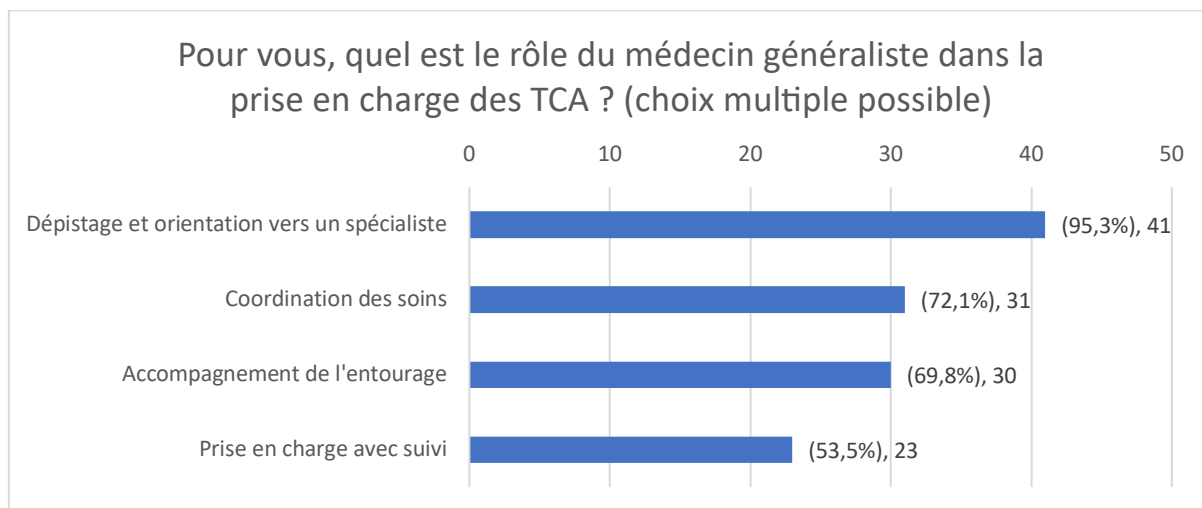


Figure 7: Rôle du médecin généraliste

Sur la figure 7, on observe que pour la majorité des médecins répondants, le dépistage des troubles et l'orientation vers un spécialiste sont des rôles clés du médecin généraliste, suivi par la coordination des soins et l'accompagnement de l'entourage. Pour la moitié des médecins interrogés, il a également un rôle dans la prise en charge et le suivi du patient.

III.1.f : Difficultés rencontrées par le médecin et pistes d'amélioration

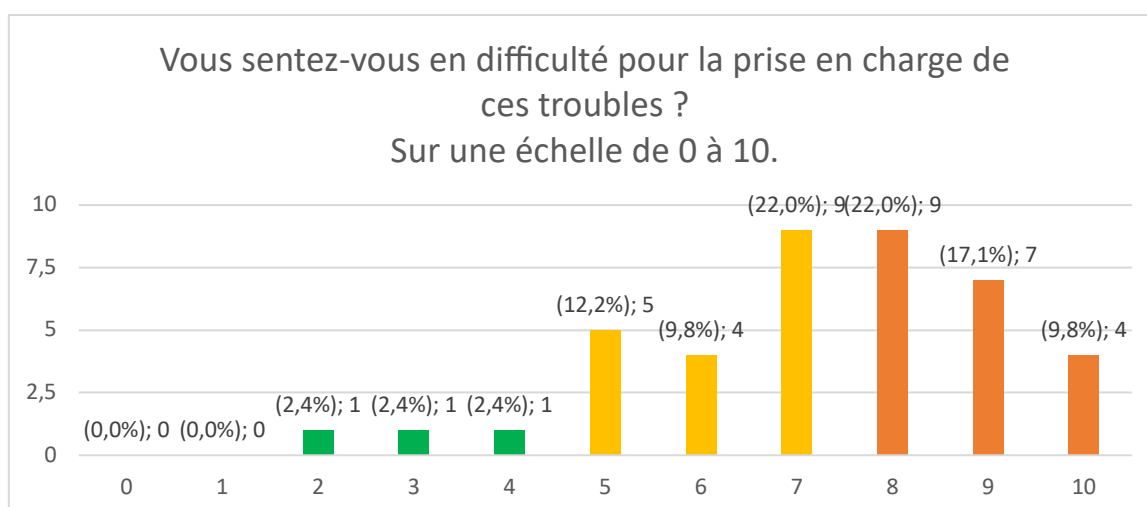


Figure 8: Niveau de difficulté ressenti par le médecin dans la prise en charge des TCA. Échelle de 0 à 10

Comme le montre la figure 8, les médecins interrogés se sentent en difficulté dans la prise en charge des TCA. En effet, **48,7 % se disent fortement en difficulté**, avec une note supérieure ou égale à 8/10. 43,9 % estiment un niveau de difficulté intermédiaire (entre 5 et 8).

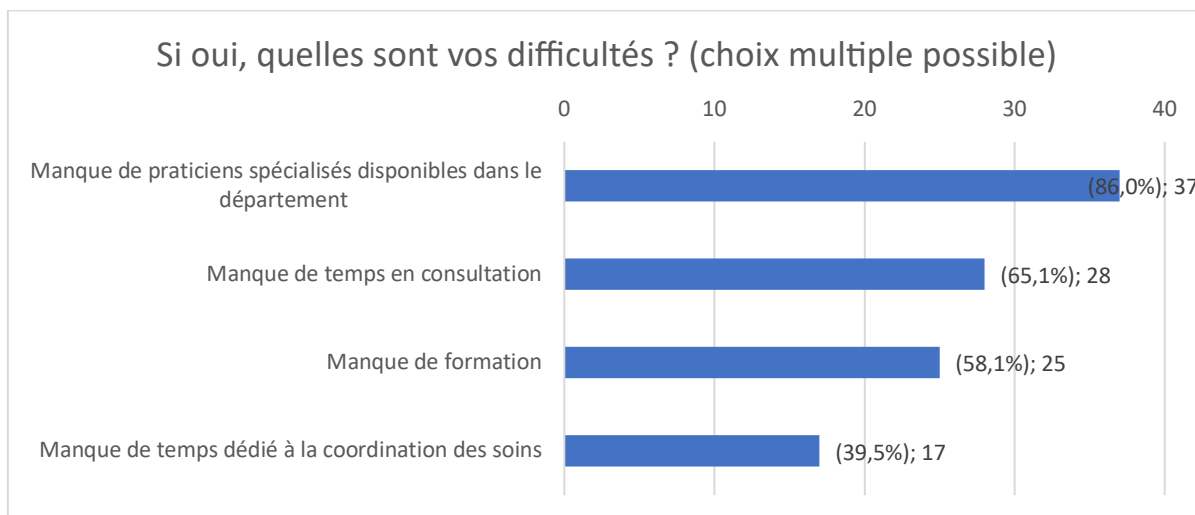


Figure 9: Difficultés exprimées par le médecin généraliste pour la prise en charge des TCA

D'après la figure 9, les médecins ayant répondu déplorent majoritairement le **manque de praticiens spécialisés** disponibles dans le département ; suivi par le **manque de temps** en consultation. On constate également que 58 % se plaignent d'un **manque de formation**.

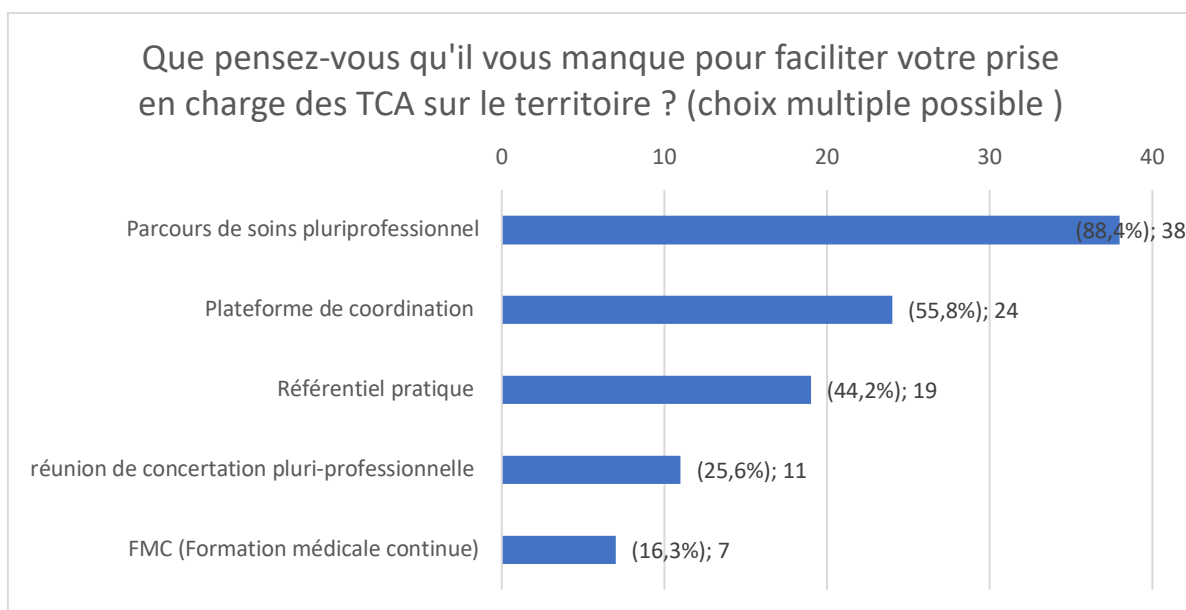


Figure 10: Pistes envisagées afin de faciliter la prise en charge des TCA dans les Hautes-Pyrénées

Afin de faciliter la prise en charge, on observe sur la figure 10 que la majorité des médecins ayant répondu seraient favorables à la création d'un parcours de soins pluri professionnel. On peut également constater que plus de la moitié souhaiteraient la création d'une plateforme de coordination (afin de faciliter l'entrée dans la prise en charge et la communication entre les différents intervenants).

Ensuite, on observe une demande relativement forte concernant la création d'un référentiel pratique répertoriant les axes de prise en charge, de suivi et de prescription.

III.2 – Analyses en sous-groupes

III.2.a : Analyses selon le secteur (rural, semi-rural, urbain)

Tout d'abord, nous n'observons pas de différence significative concernant le nombre de patients par médecin, ni concernant l'âge et l'IMC de ces patients. Les populations sont, en effet, similaires avec un nombre de patients moyen par médecin d'environ 2,5, un âge moyen de 15,9 ans et un IMC moyen de 15,7.

Il n'a pas, non plus, été mis en évidence de différence significative concernant l'intérêt porté à la pathologie par les médecins interrogés, avec une moyenne de 6,5 /10. (6,28 en rural, 7,11 en semi-rural et 6,4 en urbain).

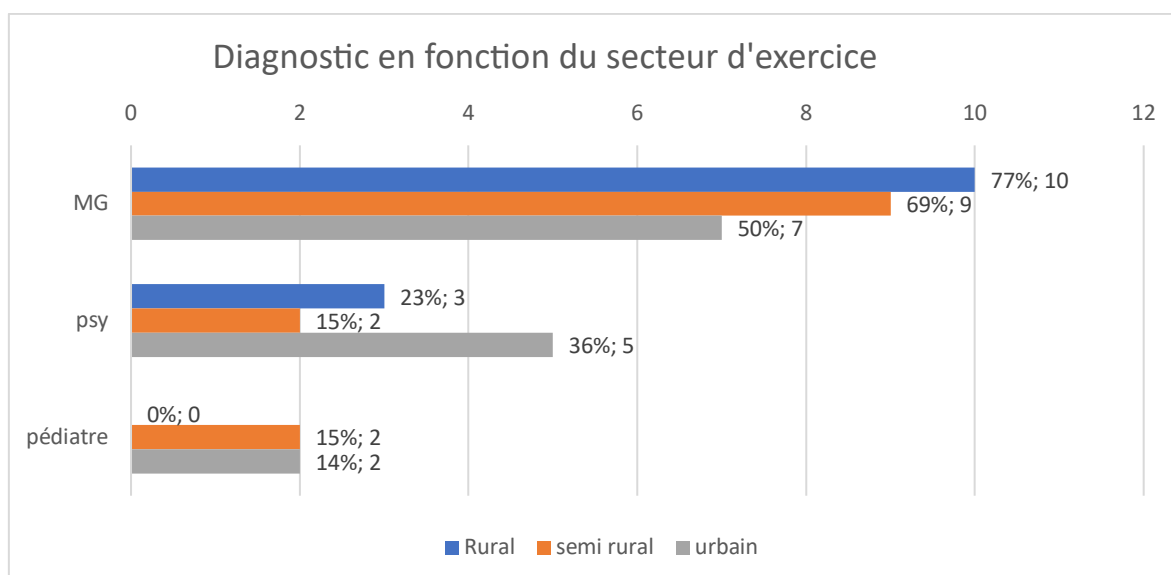


Figure 11: Spécialiste ayant posé le diagnostic en fonction du secteur d'exercice

Concernant le diagnostic : il n'a pas été mis en évidence de différence significative (*p-value* 0,42). Néanmoins, nous pouvons observer sur la figure 11 qu'en milieu rural le diagnostic aurait plus tendance à être posé par le médecin généraliste avec 77% de réponses, et moins pas le spécialiste (psychiatre ou pédiatre) avec 23% de réponses, contre 30% en milieu semi-rural et 50% en milieu urbain.

Concernant la prise en charge, il a été mis en évidence que les médecins exerçant en milieu urbain orientent plus fréquemment vers l'hospitalisation. Tandis que les médecins installés en secteurs rural et semi-rural mettent le plus souvent en place une prise en charge ambulatoire. *p-value* 0,007.

Par la suite, on peut voir que la prise en charge varie peu selon le secteur.

Il n'y a pas de différence significative concernant l'orientation vers les différents spécialistes et paramédicaux, ni sur les moyens de communication utilisés.

Concernant l'hôpital vers lequel les médecins ont orienté leurs patients : comparé aux autres secteurs, on peut observer que les médecins exerçant en secteur rural orientent majoritairement leurs patients vers l'hôpital de Lannemezan et moins vers l'hôpital de Tarbes. Cependant cette différence n'est pas significative.

Enfin, les 3 groupes semblent s'accorder sur le rôle du médecin généraliste. En effet, tous ont majoritairement répondu que le médecin a un rôle dans le dépistage des troubles, puis dans la coordination des soins, et dans l'accompagnement de l'entourage. Pour la moitié, le médecin généraliste a également un rôle dans la prise en charge et le suivi du patient.

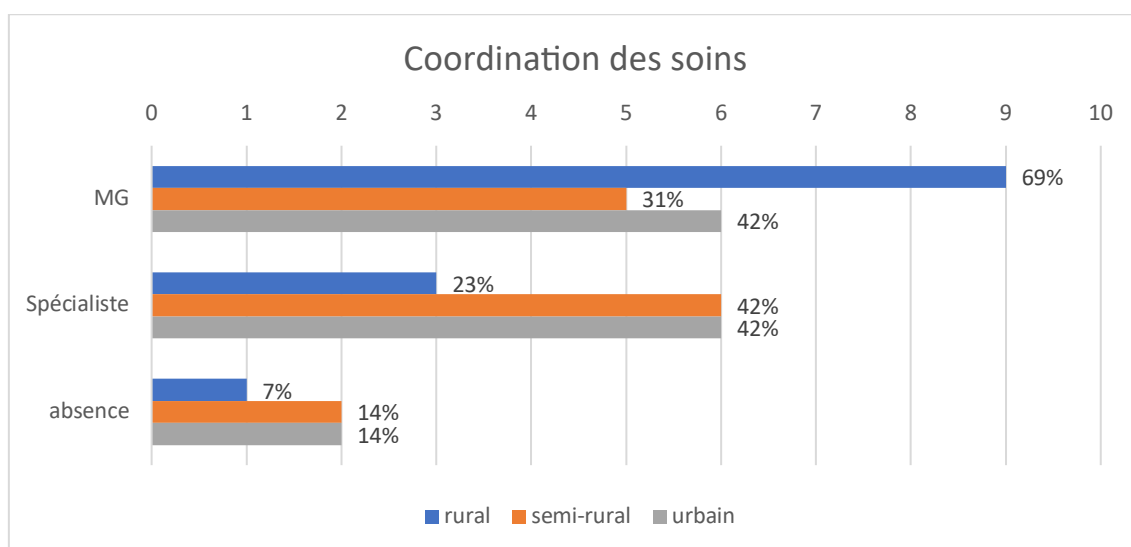


Figure 12: Effecteur de la coordination des soins, selon le secteur d'exercice

Concernant la coordination des soins, on peut voir sur la figure 12, qu'en milieu rural elle est majoritairement effectuée par le médecin généraliste ; alors que pour les médecins exerçant en secteur semi-rural et urbain, elle est plutôt du ressort du spécialiste. Cependant ces différences ne sont pas statistiquement significatives ($p\text{-value } 0,61$).

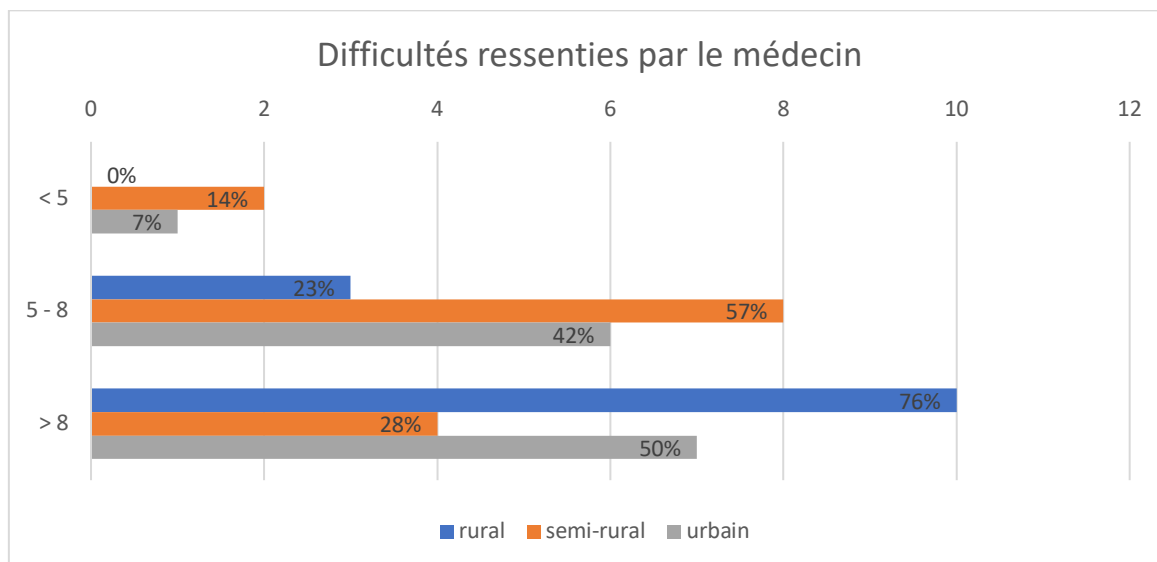


Figure 13: Difficultés ressenties par le médecin généraliste pour la prise en charge des TCA sur une échelle de 0 à 10. Selon le secteur d'exercice

Concernant le niveau de difficulté ressenti par le médecin généraliste dans la prise en charge des TCA, il n'a pas été mis en évidence de différence significative ($p\text{-value } 0,12$). Cependant, on peut observer, que les médecins exerçant en secteur rural auraient tendance à se sentir plus en difficulté, avec une moyenne de 8,3/10, contre 6,4/10 en semi-rural et 7,28/10 en urbain. En effet, comme le montre la figure 13, 76% des médecins exerçant en secteur rural mettent une note supérieure ou égale à 8/10.

Par la suite, on peut voir que tous mentionnent les mêmes difficultés, à savoir : un manque de spécialistes disponibles dans le département, puis un manque de temps, et enfin un manque de formation pour plus de la moitié des médecins.

De mêmes, les 3 groupes s'accordent sur les pistes pouvant faciliter la prise en charge. A savoir que la majorité des médecins répondants seraient favorable à la création d'un parcours de soins pluridisciplinaire.

III.2.b Analyses selon le nombre d'années d'installation (< 5 ans, 5 - 15 ans, > 15 ans)

Pour commencer, il n'a pas été observé de différence significative concernant le nombre de patients par médecin. Néanmoins, les médecins installés depuis plus de 15 ans semblent avoir plus de patients que les autres catégories, avec un nombre moyen de 4,27 ; contre 2,6 pour les médecins installés depuis moins de 5 ans et 1,97 entre 5 et 15 ans.

L'âge et l'IMC de ces patients ne semblent pas différer selon les groupes, avec une moyenne de 15,7 ans et un IMC moyen de 15,7.

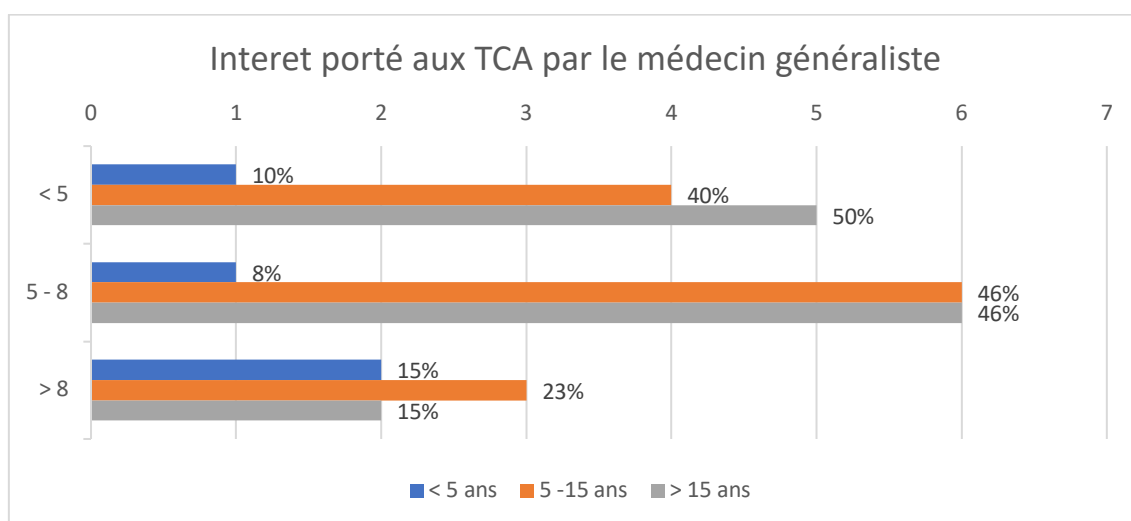


Figure 14: Intérêt porté au TCA par le médecin généraliste, selon le nombre d'années d'installation

Concernant l'intérêt porté à la pathologie, il n'a pas été mis en évidence de différence significative. Cependant, les médecins installés depuis plus de 15 ans semblent porter moins d'intérêt à la pathologie, avec une moyenne de 4,6/10 contre 7,3/10 pour les autres groupes. En effet, sur la figure 14, on constate que 28% des médecins installés depuis plus de 15 ans mettent une note inférieure à 5/10.

Ensuite, il n'a pas été mis en évidence de différence significative concernant le diagnostic, la prise en charge, l'orientation des patients, ni l'hôpital avec lequel le médecin travaille.

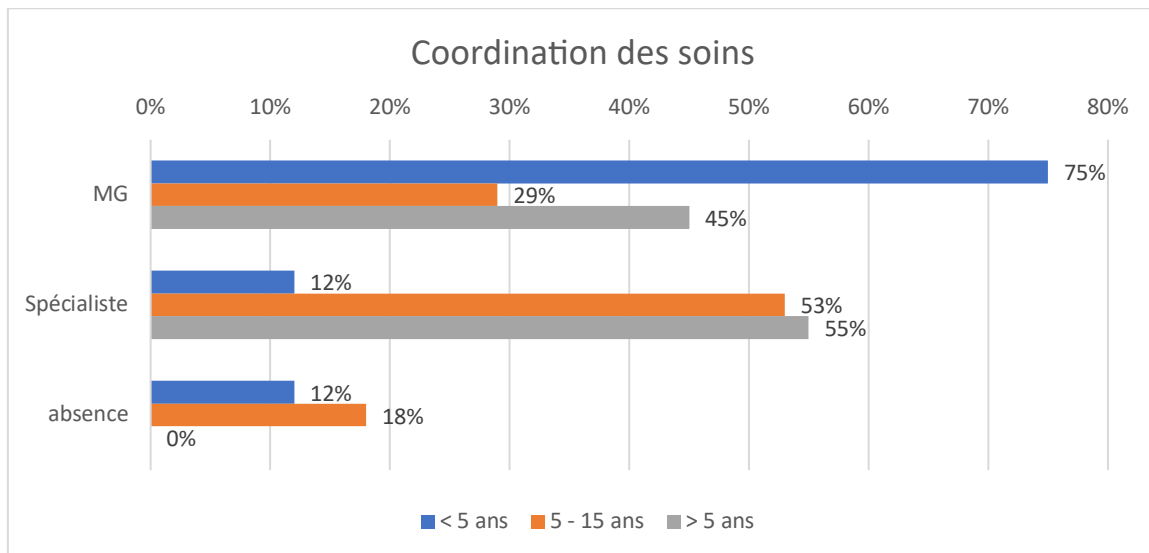


Figure 15: Effecteur de la coordination des soins, selon le nombre d'années d'installation

En revanche, on constate de manière significative (p -value 0,034) que pour les médecins installés depuis moins de 5 ans, la coordination des soins est en majorité effectuée par le médecin généraliste. Tandis que pour les autres groupes elle est plus fréquemment effectuée par le spécialiste, comme le montre la figure 15.

Les moyens de communication utilisés semblent égaux entre les 3 groupes. De même, les 3 groupes s'accordent sur les rôles du médecin généraliste dans la prise en charge des TCA. Pour la majorité, il a un rôle dans le dépistage, puis dans la coordination des soins, et enfin dans l'accompagnement de l'entourage et le suivi du patient.

Aussi, le niveau de difficulté ressenti par les médecins dans la prise en charge des TCA est homogène entre les 3 groupes, avec une moyenne de 7/10.

Les difficultés mises en avant sont : un manque de spécialistes disponibles dans le département, puis un manque de temps, et enfin un manque de formation.

Afin de faciliter la prise en charge, la majorité demande la création d'un parcours de soins pluriprofessionnel, et environ la moitié souhaiterait la mise en place d'une plateforme de coordination.

On peut également observer que les médecins installés depuis moins de 5 ans semblent légèrement plus en demande de coordination. Alors que les médecins installés depuis plus de 15 ans seraient plus en demande de référentiels répertoriant les bonnes pratiques de prises en charge.

III.2.c Analyses selon l'intérêt porté à la prise en charge des TCA (< 5, 5 – 8, > 8)

Premièrement, nous n'observons pas de différence significative concernant le nombre de patients par médecin. Cependant, il semble que les médecins portant un intérêt fort à la pathologie rencontrent plus de patients que les autres groupes, avec une moyenne de 3,1 patients, contre 1,6 pour les médecins s'y intéressant peu, et 1,96 pour le groupe intermédiaire.

Ensuite, il n'a pas été mis en évidence de différence significative concernant le diagnostic. Pour les 3 groupes, il est le plus souvent posé par le médecin généraliste.

Concernant la prise en charge instaurée, les différences ne sont pas significatives. Mais il est intéressant de noter que les médecins ayant un intérêt fort pour la pathologie optent plus fréquemment pour une prise en charge hospitalière. En effet, on constate 25% d'hospitalisation pour ce groupe contre 0% dans les autres groupes.

En revanche, l'orientation vers les différents spécialistes et paramédicaux ne diffère pas selon les groupes ; il en va de même pour l'hôpital où sont orientés les patients, et les moyens de communication utilisés.

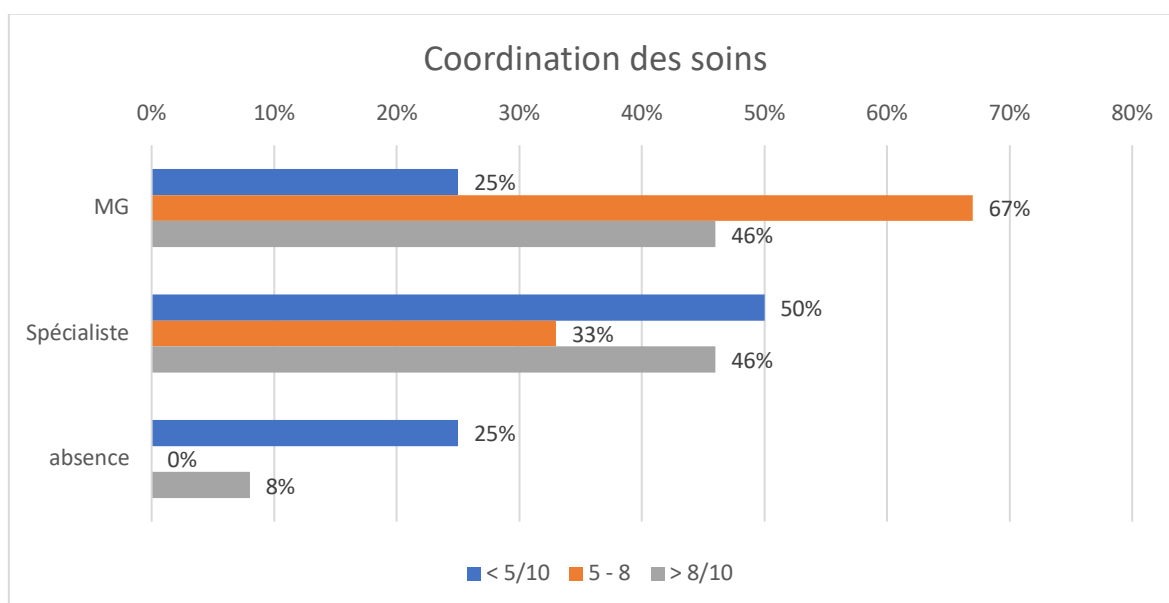


Figure 16: Effecteur de la coordination des soins, selon l'intérêt porté aux TCA

De même, la coordination des soins n'est pas statistiquement différente dans les 3 groupes. Alors que la figure 16 suggère que, dans le groupe des médecins s'intéressant peu aux TCA, elle serait moins fréquemment effectuée par le médecin généraliste avec

uniquement 25% de réponses, contre 67% dans le groupe intermédiaire et 46% dans le groupe fort. (*p-value 0,39*)

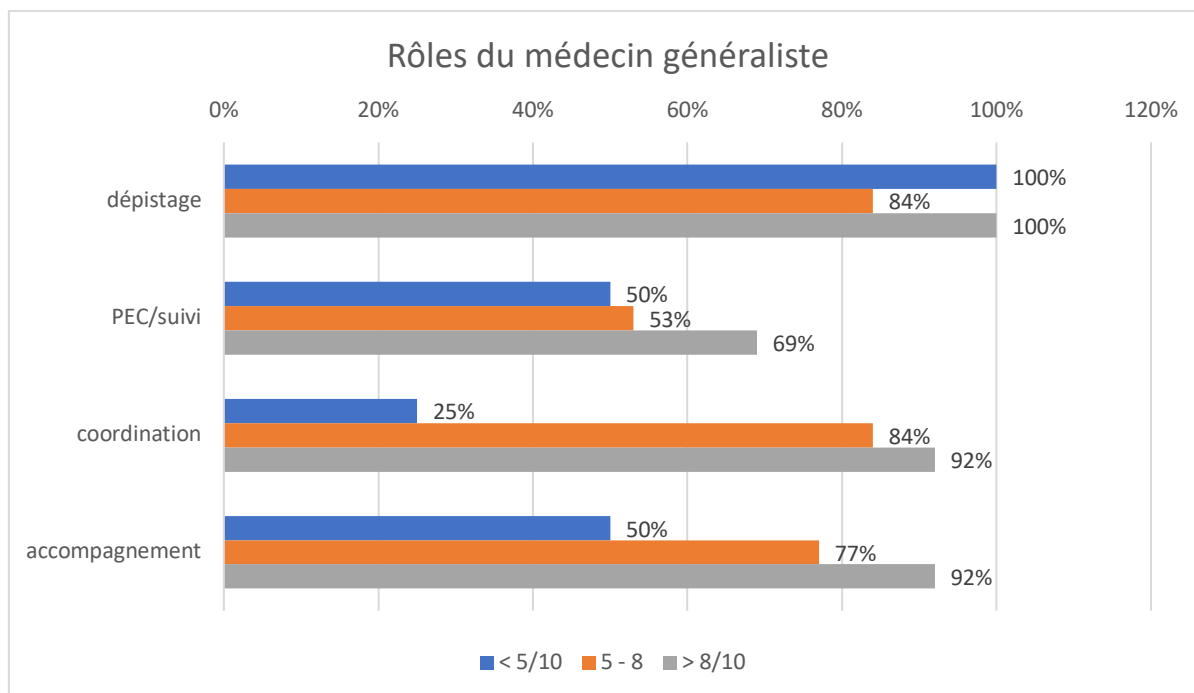


Figure 17: Rôles du médecin généraliste, selon l'intérêt porté aux TCA

Concernant le rôle du médecin généraliste, tous s'accordent sur l'importance du dépistage. Par contre, on observe sur la figure 17 que les médecins portant peu d'intérêt aux TCA semblent moins sensibilisés à l'accompagnement de l'entourage, et à la coordination des soins, comparé aux autres groupes. (*p-value 0,95*) ; ce qui corrobore les propos mentionnés plus haut.

Pour ce qui est des difficultés ressenties, on ne note pas de différence significative, avec une moyenne de 7,2/10. Les manques exprimés par les médecins semblent homogènes dans les 3 groupes, à savoir : un manque de spécialiste, puis un manque de temps et enfin un manque de formation.

Enfin, pour faciliter la prise en charge du patient, on retrouve, encore une fois, la création d'un parcours de soins pluriprofessionnel. On peut également mettre en évidence que les médecins fortement intéressés par la prise en charge des TCA semblent d'avantage souhaiter la création d'une plateforme de coordination, comparé aux autres groupes.

IV- DISCUSSION

Au cours de cette étude, l'objectif principal était d'analyser les pratiques des médecins généralistes des Hautes-Pyrénées dans la prise en charge des TCA.

L'objectif secondaire était d'évaluer la pertinence de la mise en place d'un réseau de soins coordonnés pluriprofessionnel.

IV.1 Forces et Limites

IV.1.a Limites

Il existe des limites à cette étude.

Tout d'abord, il s'agit d'une étude observationnelle, réalisée par questionnaire, distribué par mail. Ensuite, l'étude est consacrée aux médecins généralistes des Hautes-Pyrénées. Une étude à l'échelle régionale voire nationale serait intéressante afin de comparer les données.

L'effectif des médecins ayant répondu est de l'ordre de 25 %, ce qui est satisfaisant. Pour un questionnaire envoyé par mail, un taux de réponses de 20 à 30% est considéré comme correct (21). Cependant, il a été constaté que certains médecins n'ont pas répondu à l'ensemble des questions, ou bien partiellement, ce qui a pu impacter les résultats.

Aussi, la redistribution en sous-groupes de population a réduit la taille des échantillons ce qui rend les analyses statistiques moins pertinentes.

On peut également se demander si l'échantillon est réellement représentatif de la population des médecins généralistes des Hautes-Pyrénées. Il existe probablement un biais de sélectivité. En effet, il est possible que les médecins ayant répondu soient les médecins les plus intéressés par la problématique. Aussi, l'envoi par mail peut sélectionner une plus jeune génération de médecin.

Enfin, le faible nombre de répondant peut s'expliquer par une surcharge de travail des médecins généralistes, recevant une multitude de mails, avec des demandes quotidiennes de réponses concernant des questionnaires de thèse. Cela peut engendrer une lassitude et un désintérêt du médecin disposant de peu de temps à accorder au travail de recherche.

IV.1.b Forces

Il s'agit de la première étude de ce type dans le département des Hautes-Pyrénées. Ce travail de thèse aborde donc le sujet de manière innovante.

De plus, un des objectifs est la création d'un réseau de soins pluridisciplinaires dans le but d'aider les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne.

Il s'agit donc d'une étude locale, centrée sur les besoins du territoire, pouvant avoir un impact direct en proposant des outils concrets pour développer un partenariat et favoriser le lien entre professionnels ; afin de garantir une meilleure prise en charge médico-psycho-sociale, au bénéfice du patient et de son entourage sur le territoire des Hautes-Pyrénées.

IV.2 Profils, Analyses

IV.2.a Analyse des résultats

L'étude met en évidence que le médecin généraliste est régulièrement confronté à des patients souffrant de TCA, puisque cela concerne 95,3 % des médecins ayant répondu au questionnaire.

Effectivement, le médecin généraliste est en première ligne pour le dépistage des TCA et en tant que médecin de premier recours, il a un rôle majeur à jouer. Aussi, selon certaines études, il conviendrait de débiter la prise en charge avant même que le patient ne remplisse tous les critères diagnostiques, dans le but de limiter ou d'inverser la progression des symptômes et optimiser le pronostic. Or, du fait du déni de la maladie et de l'ambivalence caractérisant le trouble, le patient consulte rarement pour ce motif ; il importe alors au médecin généraliste de repérer les signes précoces, par le biais d'un interrogatoire et d'un examen clinique systématique à chaque consultation. (4)

De plus, d'après la communauté scientifique, **le médecin généraliste a une place pivot**, il peut coordonner les soins, assurer la prévention primaire et tertiaire, veiller au maintien de l'alliance thérapeutique et soutenir les aidants. (22)

Cependant, on peut constater que les médecins généralistes se sentent en **difficulté** dans la prise en charge de cette pathologie. En effet 92,6 % des répondants donnent une note supérieure ou égale à 5/10 et 48,7% mettent une note supérieure ou égale à 8/10, caractérisant le niveau de difficulté ressenti.

Il a majoritairement été rapporté un **manque de spécialistes** disponibles dans le département, ce qui complique l'orientation des patients et le travail en équipe ; renforçant le sentiment d'isolement du médecin généraliste, face à cette pathologie complexe.

Ensuite, le **manque de temps** en consultation a été mis en avant. En effet, ce sont des prises en charge chronophages, s'étalant sur plusieurs mois ou années, impliquant également les autres membres de la famille. Cela peut vite s'avérer compliqué dans un emploi du temps de médecin déjà surchargé.

Enfin, pour plus de la moitié des médecins, la formation reçue est insuffisante.

Or, le **manque de formation** renforce le sentiment d'incapacité du médecin dans la prise en charge de cette pathologie qu'il ne connaît et ne comprend pas bien. Il a été montré que ce sentiment crée un phénomène de stigmatisation de la part du médecin, avec un mécanisme de rejet, ce qui est un frein majeur aux stratégies de prévention. Le meilleur moyen d'y faire face est l'information, en passant par la formation médicale. (23)

Cela s'accorde avec 2 thèses réalisées en 2013 à Béziers et en 2007 à Rennes. Elles étudient respectivement, la place du médecin généraliste dans le parcours de soins des TCA, et le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'anorexie mentale. Ces études rapportent que les médecins sont démunis face à cette maladie ; ils éprouvent des difficultés pour le diagnostic précoce, le suivi pluridisciplinaire, et mentionnent le besoin d'une meilleure formation adaptée à leurs pratiques.

Ces deux travaux concluent que le travail en réseau est indispensable et doit être amélioré, afin de permettre un meilleur accès aux avis spécialisés, et ainsi prodiguer une prise en charge optimale aux patients. (22) (24)

Pour faire face à ces difficultés, j'ai envisagé plusieurs pistes qui ont été proposées dans le questionnaire. Il en ressort que les médecins interrogés seraient majoritairement favorables à la création d'un **réseau de soins pluridisciplinaire**. Un tel dispositif permettrait de faciliter l'orientation des patients, la communication inter professionnelle et donc la coordination des soins.

Cette proposition s'accorde avec les recommandations de la HAS mentionnant que le recours à des réseaux de soins coordonnés impliquant les différents intervenants devrait favoriser le développement de la multidisciplinarité, avec en particulier l'utilisation d'un dossier médical partagé. (10)

Cependant, cette approche pluridisciplinaire, préconisée par l'HAS, et justifiée par la nécessité d'aborder les différentes dimensions (nutritionnelles, somatiques, psychologiques et familiales), pose le problème de l'articulation des différents intervenants au sein d'un projet de soins global au long court. (9)

En effet, nous avons pu observer au cours de cette étude, que la coordination des soins est effectuée par le médecin généraliste dans la moitié des cas, puis par le spécialiste dans 38% des cas. Il reste donc **12% des cas, pour lesquels aucune coordination n'est mise en place**. Or, les recommandations de bonnes pratiques françaises, allemandes, australiennes, et néo-zélandaises s'accordent sur l'importance d'adopter une approche multidisciplinaire et collaborative. Elles soulignent l'importance de la communication entre tous les intervenants, via l'identification d'un coordinateur des soins tel que le médecin généraliste. Cette coordination permet de garantir la cohérence du projet thérapeutique, puisque des contacts réguliers entre les intervenants permettent l'ajustement du projet de soins de manière individualisée. (9) (25)

En outre, la mise en place d'un suivi associant un psychiatre, un pédiatre et/ou un généraliste, et un nutritionniste se coordonnant permet d'identifier la place et les espaces d'interventions de chaque professionnel, afin que chacun travaille avec le patient et sa famille tous les axes du soin de manière complémentaire. Aussi, il doit être souligné, la nécessité de l'implication des parents à tous les moments de la prise en charge. (26)

La coordination des soins entre le médecin généraliste et le psychiatre a fait l'objet d'une thèse parue en 2021 à Strasbourg. Les principales difficultés relevées concernent le parcours de soins, le manque de communication entre les 2 spécialités, le défaut d'accessibilité aux consultations spécialisées, et la visibilité insuffisante du réseau de soins spécialisé. L'étude conclue que : l'amélioration de la prise en charge devrait passer par l'amélioration de la communication entre psychiatres et médecins généralistes, et par le développement de la formation médicale. (27)

Cela renforce donc les conclusions de notre étude.

Concernant la prise en charge mise en place par les médecins interrogés, on observe que dans la moitié des cas le diagnostic est posé par le médecin généraliste. Puis dans 88% des cas, la prise en charge est organisée en ambulatoire ; associant psychologues, psychiatres, pédiatres et diététiciens.

Cette co-intervention ambulatoire semble en accord avec les dernières recommandations de la HAS, datant de 2010, ainsi que les recommandations internationales de pratique clinique sur les troubles alimentaires chez l'enfant et l'adolescent, mentionnant que le **traitement ambulatoire est le plus adapté**. En effet, celui-ci dispense des soins dans un cadre non restrictif, préserve le sentiment d'autonomie du patient, lui permettant ainsi de maintenir des activités sociales et professionnelles normales. On note alors une meilleure observance du patient. (28) (10)

Il serait également plus efficient en termes de temps et de coût par rapport au traitement hospitalier. (8) (9)

Une étude parue en 2022 compare les prises en charges réalisées dans 11 centres spécialisés en France (29). Pour tous les centres, l'hospitalisation à temps plein est proposée à une minorité de patients, selon des critères de gravités somatiques, psychiques, ou familiaux, après échec ou impossibilité d'une prise en charge ambulatoire adaptée. En dehors de ces cas, la prise en charge ambulatoire multidisciplinaire est reconnue par tous comme la plus adaptée en première intention.

De plus, la prise en compte des familles est considérée comme primordiale par toutes les équipes. En effet, depuis 1987 avec l'étude de Russell, confirmée ensuite par des travaux ultérieurs, les approches familiales sont un des éléments clés de la prise charge des adolescents souffrant d'anorexie mentale. (30)

Les bénéfices de la prise en charge ambulatoire des patients souffrant d'anorexie mentale ne sont donc plus à démontrer. Or, elle n'est possible qu'en dehors de la présence de critères de gravités imposant une hospitalisation (annexe 6). Celle-ci se décide alors au cas par cas, à la fois sur des critères médicaux, psychiatriques, comportementaux et environnementaux, et en prenant toujours en compte le patient et sa famille, ainsi que les structures de soins disponibles. (7)

L'un des rôles du médecin généraliste est donc de repérer ces facteurs de gravités, par un examen somatique complet à chaque consultation, et la prise en compte de l'entourage. Ainsi, un dépistage précoce des troubles permet de dispenser des soins à la phase initiale de la maladie, évitant d'atteindre un état de gravité imposant l'hospitalisation.

Lorsque l'hospitalisation est nécessaire, il est recommandé qu'elle ait lieu dans un service dispensant des soins multidisciplinaires associant renutrition, surveillance somatique et accompagnement psychosocial. La coordination des différents intervenants est, encore une fois, primordiale afin de permettre un accompagnement optimal du patient.

Enfin, une hospitalisation à proximité du domicile doit être favorisée autant que possible, afin de garantir la continuité des soins à la sortie, impliquer la famille, et maintenir les liens sociaux et occupationnels du patient dans son environnement habituel. (7)

Une alternative possible à l'hospitalisation à temps plein pourrait être l'Hôpital De Jour (HDJ). Il doit se concevoir comme une des étapes possibles du parcours de soins du patient souffrant de TCA. L'HDJ peut être soit : une étape initiale pour permettre une évaluation approfondie, ou une étape d'intensification des soins ambulatoires si ceux-ci s'avèrent insuffisants, ou encore une étape de diminution de l'intensité des soins. Cependant, elle ne remplace pas une hospitalisation complète.(7)

Une étude réalisée en Italie en 2021 compare hospitalisation complète et hospitalisation partielle, en tenant compte de l'état clinique des patients, de la durée et du coût d'hospitalisation. Le groupe en hospitalisation partielle présente un nombre de jours d'hospitalisation moins élevé, et une amélioration significative des résultats comparé au groupe en hospitalisation complète ; aucune différence n'est observée sur les frais d'hospitalisation. Cela suggère que l'hospitalisation partielle peut être un compromis entre hospitalisation complète et prise en charge ambulatoire, combinant les bénéfices des deux parcours de soins. (11)

IV.2.b Création d'un réseau de soins pluriprofessionnels

Au cours de mes recherches, j'ai eu l'occasion de rencontrer la directrice de la Maison d'Enfants Diététique et Thermale de Capvern les Bains. Il s'agit d'une structure de soins prenant en charge l'obésité infantile en hospitalisation complète. Récemment elle a obtenu une autorisation SMR pédiatrique avec la mention « maladies digestives, métaboliques et du système endocrinien » ; elle cherche donc à élargir son champ d'activité. La création d'une unité d'hospitalisation partielle (HDJ) est en projet.

Cette structure se compose de 64 lits d'hospitalisation, d'une équipe de 3 médecins (1 pédiatre, 1 MPR, 1 urgentiste/médecin généraliste), 2 psychologues, 3 diététiciens, 3 éducateurs sportifs APA, 12 éducateurs spécialisés, 1 assistante sociale, ainsi qu'une équipe d'infirmiers présente 7/7j, 24/24h.

Nous avons évalué les possibilités d'intégrer la prise en charge de l'anorexie mentale dans leurs domaines de compétences. La structure pourrait proposer une hospitalisation en SSR à la suite d'une hospitalisation complète aux patients pour qui le retour à domicile est trop précoce. Une prise en charge en HDJ pourrait également être envisagée pour les patients en échec de prise en charge ambulatoire.

Cette ouverture permettrait d'établir une Unité de soins référente sur le département ; facilitant les échanges interprofessionnels, et aidant à la prise en charge des patients complexes.

J'ai également échangé avec le Dr Barthez et le Dr Mesquida, pédopsychiatres au CHU de Toulouse ; ainsi qu'avec Mme CAUSEO, coordinatrice du Projet Territoriale de Santé Mentale (PTSM) 65.

Ensemble, nous avons organisé une journée de formation destinée à tous les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des TCA sur le département des Hautes-Pyrénées. Au total, 14 participants étaient présents (comprenant médecins, pédiatres, psychologues, et diététiciens).

Au-delà de la formation médicale très enrichissante dispensée, cette journée fut un temps d'échange important, dans le but d'initier un réseau de soin pluriprofessionnel.

En effet, tous les participants ont rapporté se sentir isolés face à cette maladie, et en difficulté pour adresser leurs patients. Ils étaient donc enthousiastes à l'idée de la création d'un réseau de soins, permettant d'aider à l'orientation des patients, et de faciliter la communication et la coopération interprofessionnelle.

Ainsi, nous avons débuté un répertoire avec les participants présents et intéressés par le projet. Celui-ci présente un point de départ encourageant pour l'élaboration future d'un réseau de soins coordonnés pluridisciplinaires à l'échelle locale.

Concernant la communication interprofessionnelle, plusieurs outils ont été évoqués, notamment l'interface OMNIDOC qui se révèle être l'application la plus facile d'utilisation pour les médecins, or, les diététiciens et psychologues n'y ont pas accès.

Le logiciel SPICO a aussi été mentionné, bien que moins pratique pour les médecins, il pourrait être la solution la plus efficace, incluant tous les professionnels impliqués dans le soin du patient.

Enfin, il a été estimé qu'il serait intéressant de pouvoir organiser des réunions pluridisciplinaires afin de discuter des cas complexes, bien que cela reste chronophage pour des professionnels déjà surchargés.

A l'avenir, il serait opportun d'entrer en relation avec les réseaux existants, tels que RESAPY, pour établir un maillage territorial, et obtenir une aide au développement de ce réseau en cours de construction.

IV.2.c Analyses en sous-groupes

- Selon le secteur d'activité

On a pu constater que les médecins interrogés exerçant en secteur rural orientent plus souvent leurs patients vers l'hôpital de Lannemezan que vers l'hôpital de Tarbes. De même, en secteur rural, il semble que la coordination des soins soit plus souvent effectuée par le médecin généraliste.

De l'analyse de ces résultats, on peut émettre l'hypothèse que les médecins exerçant en secteur rural seraient plus isolés, avec un accès plus difficile à l'hôpital de Tarbes. Ils seraient donc plus contraints à poser eux-mêmes le diagnostic, organiser la prise en charge, et gérer la coordination des soins, tenant ainsi une place plus importante dans le parcours de soin du patient. Tandis que les médecins exerçant en secteur urbain auraient tendance à déléguer ces tâches au service de pédiatrie. Cela expliquerait que les médecins exerçant en secteur rural semblent se sentir plus en difficulté, comparé aux autres groupes.

Finalement, on note une forte demande d'aide de la part de tous les médecins. Ainsi, la création d'un parcours de soins pluriprofessionnel paraît être une piste intéressante, pour faciliter la communication interprofessionnelle, favoriser l'identification des praticiens disponibles, et ainsi estomper le sentiment de solitude ressenti par les médecins généralistes.

- Selon le nombre d'années d'installation

Lors de l'étude, on a pu noter un intérêt plus faible porté à la pathologie par les médecins installés depuis plus de 15 ans. Cependant, cela ne semble pas interférer avec la prise en charge qui reste similaire à celle de médecins plus jeunes ou plus intéressés ; excepté pour la coordination des soins. En effet, nous observons que plus l'âge des médecins avance, moins ils assurent la coordination des soins, la déléguant au spécialiste. Ce défaut de coordination pourrait s'expliquer par le taux d'intérêt plus faible porté à la pathologie par les médecins plus âgés.

On peut également émettre l'hypothèse d'un changement dans le mode d'exercice de la médecine au cours des 30 dernières années. En effet, il semble que la formation médicale ait évolué, insistant d'avantage sur la prise en charge des pathologies chroniques, avec le suivi qu'elles impliquent ; préconisant également la prévention et le dépistage.

Ainsi, les nouvelles générations de médecins semblent porter plus d'attention à la prise en charge globale du patient et à la coordination des soins.

De plus, il semble que la santé mentale soit de plus en plus au cœur des préoccupations de santé nationale ; une évolution de la formation médicale en ce sens est donc souhaitable dans les prochaines années.

En conclusion, il n'a pas été observé de différences majeures dans la prise en charge du patient en fonction du nombre d'années d'installation du médecin, hormis pour la coordination des soins. Aussi, comme pour la première analyse, la mise en place d'un parcours de soins pluriprofessionnel semble être une idée approuvée par l'ensemble des médecins interrogés.

- Selon l'intérêt porté à la pathologie

On note peu de différences de prise en charge entre les 3 groupes, le taux d'intérêt porté à la pathologie ne semble donc pas influencer sur la qualité des soins. Néanmoins, on observe dans le groupe des médecins s'intéressant peu à la pathologie, que la coordination des soins est délaissée par le médecin généraliste et est plus souvent effectuée par le spécialiste ou absente. On constate également que les médecins les moins intéressés accordent moins d'importance à l'accompagnement de l'entourage.

Ceci va dans le sens de l'analyse selon le nombre d'année d'installation. On peut donc en conclure que plus l'intérêt du médecin face à la pathologie est faible, moins celui-ci va s'investir dans la prise en charge du patient.

V- CONCLUSION

Au cours de cette étude, nous avons mis en exergue les pratiques des médecins généralistes des Hautes-Pyrénées dans la prise en charge des TCA.

Il a été constaté que ces pathologies suscitent un intérêt relativement fort de la part des médecins interrogés. Cependant, ceux-ci s'estiment en **difficulté** quant à la prise en charge de ces patients, et mentionnent un **manque de spécialistes** disponibles dans le département, un **manque de temps**, et un **manque de formation**.

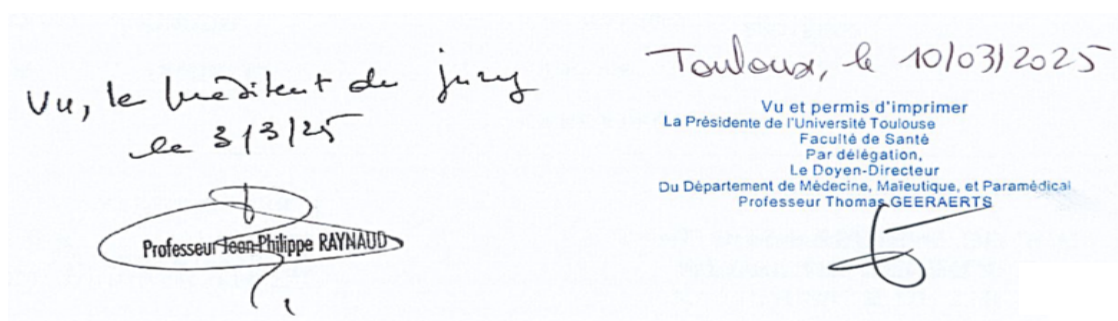
Pour pallier ces manques, plusieurs pistes d'amélioration ont été envisagées.

Malgré ces difficultés, il semble que la prise en charge initiée par les médecins tend à répondre aux dernières recommandations de la HAS, à savoir, la mise en place d'une **prise en charge ambulatoire multidisciplinaire**.

De plus, la coordination des soins semble tenir une place importante pour les médecins interrogés. Cependant, il a été mis en évidence une part non négligeable pour laquelle aucune coordination des soins n'est mise en place. Ce défaut de coordination va à l'encontre des recommandations de l'HAS et des bonnes pratiques internationales.

En conclusion, à l'issue de ce travail de recherche, nous pouvons estimer que la **coordination des soins** entre le médecin généraliste et les différents intervenants dans la prise en charge des TCA, n'est **pas à la mesure des attentes**, sur le territoire des Hautes-Pyrénées. Ainsi, le développement d'un **réseau de soins pluriprofessionnel** sur le département, pourrait être une piste d'amélioration intéressante, afin de faciliter la communication interprofessionnelle. En ce sens, un travail de terrain a été effectué, avec satisfaction des médecins ayant participé.

A l'avenir, une étude portant sur l'impact du travail en réseaux dans la pratique des médecins généralistes pourrait faire l'objet d'un travail intéressant.



Vu, le Président du jury
le 3/3/25
Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Toulouse, le 10/03/2025
Vu et permis d'imprimer
La Présidente de l'Université Toulouse
Faculté de Santé
Par délégation,
Le Doyen-Directeur
Du Département de Médecine, Maïeutique, et Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS

Bibliographie

1. Harrington BC, Jimerson M. Initial Evaluation, Diagnosis, and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. 2015;91(1).
2. Resmark G, Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B, Zeeck A. Treatment of Anorexia Nervosa—New Evidence-Based Guidelines. *J Clin Med*. 29 janv 2019;8(2):153.
3. Rowe E. Early detection of eating disorders in general practice. 2017;
4. Klein DA, Sylvester JE, Schvey NA. Eating Disorders in Primary Care: Diagnosis and Management. *Eat Disord*. 2021;103(1).
5. Rynkiewicz A, Dembiński Ł, Koletzko B, Michaud PA, Hadjipanayis A, Grossman Z, et al. Adolescents With Eating Disorders in Pediatric Practice – The European Academy of Paediatrics Recommendations. *Front Pediatr*. 26 avr 2022;10:806399.
6. Schlissel AC, Richmond TK, Eliasziw M, Leonberg K, Skeer MR. Anorexia nervosa and the COVID-19 pandemic among young people: a scoping review. *J Eat Disord*. 20 juill 2023;11:122.
7. reco_anorexie_mentale.pdf [Internet]. [cité 23 mai 2023]. Disponible sur: https://www.ffab.fr/images/pdf/reco_anorexie_mentale.pdf
8. Frostad S, Bentz M. Anorexia nervosa: Outpatient treatment and medical management. *World J Psychiatry*. 19 avr 2022;12(4):558-79.
9. Rynkiewicz A, Dembiński Ł, Koletzko B, Michaud PA, Hadjipanayis A, Grossman Z, et al. Adolescents With Eating Disorders in Pediatric Practice – The European Academy of Paediatrics Recommendations. *Front Pediatr*. 26 avr 2022;10:806399.
10. Anorexie mentale : prise en charge. Recommandations juin 2010. *J Pédiatrie Puériculture*. 1 févr 2012;25(1):30-47.
11. Zanna V, Cinelli G, Criscuolo M, Caramadre AM, Castiglioni MC, Chianello I, et al. Improvements on Clinical Status of Adolescents With Anorexia Nervosa in Inpatient and Day Hospital Treatment: A Retrospective Pilot Study. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021 [cité 12 févr 2024];12. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2021.653482>
12. Resmark G, Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B, Zeeck A. Treatment of Anorexia Nervosa—New Evidence-Based Guidelines. *J Clin Med*. 29 janv 2019;8(2):153.
13. Attia E, Steinglass JE, Walsh BT, Wang Y, Wu P, Schreyer C, et al. Olanzapine versus Placebo in Outpatient Adults with Anorexia Nervosa: A randomized clinical trial. *Am J Psychiatry*. 1 juin 2019;176(6):449-56.
14. Bienvenue à Relais Santé Pyrénées (Resapy) | Relais Santé Pyrénées (Resapy) [Internet]. [cité 17 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.relais-sante-pyrenees.fr/>
15. Nous travaillons ensemble [Internet]. [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ffab.fr/rejoignez-nous/le-reseau-afdas-tca>
16. Missions et valeurs [Internet]. [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ffab.fr/rejoignez-nous/missions-et-valeurs>
17. ANNUAIRE_FFAB-2017-1.pdf [Internet]. [cité 16 mars 2024]. Disponible sur: https://www.seren-alim.com/wp-content/uploads/2020/12/ANNUAIRE_FFAB-2017-1.pdf
18. L'organisation [Internet]. [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ffab.fr/rejoignez-nous/organisation>
19. Ecoute téléphonique [Internet]. [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ffab.fr/trouver-de-l-aide/permanence-telephonique>
20. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 4 déc 2024]. Disponible sur:

- https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=210783,6666402,1101331,776204&c=indicator&i=gene_datcom.actifs&s=2023&t=A01&view=map28
21. SurveyMonkey [Internet]. [cité 9 nov 2024]. Calculer la taille d'échantillon d'un sondage. Disponible sur: <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size/>
 22. 4584_RIVES-LANGE_these.pdf [Internet]. [cité 23 nov 2024]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4584_RIVES-LANGE_these.pdf
 23. Bichsel DN. La stigmatisation : un problème fréquent aux conséquences multiples. *Rev MÉDICALE SUISSE*. 2017;
 24. 02e8bd21-52c3-4308-ae59-6ae8ef9bcc8b.pdf [Internet]. [cité 1 févr 2024]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/02e8bd21-52c3-4308-ae59-6ae8ef9bcc8b?inline>
 25. Resmark G, Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B, Zeeck A. Treatment of Anorexia Nervosa—New Evidence-Based Guidelines. *J Clin Med*. 29 janv 2019;8(2):153.
 26. Delbaere-Blervacque C, Courbasson CMA, Antoine C. L'impact des troubles du comportement alimentaire sur les proches : une revue de la littérature. *Psychotropes*. 2009;15(3):93-111.
 27. 2021_ROTH_Laure.pdf [Internet]. [cité 21 févr 2024]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2021/2021_ROTH_Laure.pdf
 28. Zanna V, Cinelli G, Criscuolo M, Caramadre AM, Castiglioni MC, Chianello I, et al. Corrigendum: Improvements on Clinical Status of Adolescents With Anorexia Nervosa in Inpatient and Day Hospital Treatment: A Retrospective Pilot Study. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021 [cité 15 mars 2024];12. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2021.748046>
 29. Lasfar M, Eveno AL, Huas C, Godart N, Godart N, Berthoz S, et al. Diversité des prises en charge hospitalières de l'anorexie mentale en psychiatrie en France. *L'Encéphale*. 1 oct 2022;48(5):517-29.
 30. Jansingh A, Danner UN, Hoek HW, van Elburg AA. Developments in the psychological treatment of anorexia nervosa and their implications for daily practice. *Curr Opin Psychiatry*. nov 2020;33(6):534-41.

Annexes

- Annexe 1 : Questionnaire de dépistage SCOFF

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

Deux réponses sur cinq sont déjà fortement prédictives d'un trouble du comportement alimentaire.

Source : <https://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/2023/08/Tableau-2.png>

- Annexe 2 : Critères diagnostics du DSM- V

Critères DSM-5	
* 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.	
TYPE RESTRICTIF Au cours des 3 derniers mois : la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime , le jeûne et/ou l' exercice physique excessif .	TYPE ACCÈS HYPERPHAGIQUES/PURGATIF Au cours des 3 derniers mois : présence de crises d'hyperphagie récurrentes et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs .

Source : <https://www.cunea.fr/sites/default/files/ecn69.pdf>

- Annexe 3 : Questionnaire de thèse

1. Exercez-vous en tant que médecin généraliste dans les Hautes-Pyrénées ? * *Une seule réponse possible.*
 - Oui
 - Non

2. Quel est votre mode d'exercice ? *Plusieurs réponses possibles.*
 - Secteur rural (< 2000 habitants)
 - Secteur urbain (> 5000 habitants)
 - Secteur semi-rural (2000 à 5000 habitants)
 - Activité libérale
 - Activité salariale
 - Remplaçant(e)
 - Autre :

3. Depuis combien de temps êtes-vous installé(e) en tant que médecin généraliste ?

4. Si vous accompagnez des adolescent(e)s atteints de troubles du comportement alimentaire (TCA) : * Combien environ dans votre patientèle ?
 - < 2
 - 2 – 5
 - 5 – 10
 - > 10
 - Autre

5. Si non, êtes-vous intéressé par la problématique ? Sur une échelle de 0 à 10.

6. En général, quel est l'âge moyen de ces patient(e)s ? *Une seule réponse possible*
 - 10 - 15 ans
 - 15 - 18 ans
 - 18 - 25 ans
 - 25 - 30 ans
 - > 30 ans

- Autre
7. En général, quel est l'IMC moyen de ces patient(e)s ? *Une seule réponse possible.*
- < 10
 - 10 – 15
 - 15 – 18
 - > 18
 - Autre
8. Qui a posé le diagnostic de TCA chez ces patientes ? * *Plusieurs réponses possibles.*
- Vous-même en tant que médecin généraliste
 - Pédiatre
 - Psychiatre
 - Autre
9. Quelle prise en charge avez-vous mise en place la plupart du temps ? * *Une seule réponse possible.*
- Prise en charge ambulatoire
 - Hospitalisation complète
 - Hôpital de jour
 - Autre :
10. Si vous avez proposé une prise en charge ambulatoire, orientez-vous le patient(e) vers d'autres professionnels de santé ? *Plusieurs réponses possibles.*
- Non
 - Pédiatres
 - Psychiatres
 - Psychologues
 - Endocrinologues/ nutritionnistes
 - Diététiciens
 - IDE
 - Autre

11. Exercent-ils sur le territoire des Hautes-Pyrénées ? *Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Autre

12. Si vous avez proposé une prise en charge hospitalière, vers quel site avez-vous adressé votre patient(e) ? *Plusieurs réponses possibles.*

- CHU Toulouse, service d'endocrinologie/Nutrition
- CHU Toulouse, service de Pédiopsychiatrie (ex: SUPEA, CH Gérard Marchant)
- Pédiopsychiatrie, CH de Lannemezan
- Service de Pédiatrie, CH Tarbes
- CH des Pyrénées PAU, (espace le Mont Vert)
- Clinique CLINEA, PAU
- Autre

13. Qui coordonne les soins entre les différents spécialistes impliqués dans la prise en charge ? * *Une seule réponse possible.* [1] [SÉP]

- Vous-même (médecin généraliste)
- Un autre spécialiste (psychiatre, pédiatre...)
- Le centre hospitalier référent
- Absence de coordination
- Autre

14. Comment communiquez-vous avec les différents intervenants ? * *Plusieurs réponses possibles.*

- Courrier
- Mails
- Messagerie sécurisée
- Réunions de coordination pluridisciplinaires
- Autre

15. Pour vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des TCA

? * *Plusieurs réponses possibles.*

- Dépistage et orientation vers un spécialiste
- Prise en charge avec suivi
- Coordination des soins
- Accompagnement de l'entourage
- Autre

16. Vous sentez-vous en difficulté pour la prise en charge de ces troubles ? * Sur une échelle de 0 à 10.

17. Si oui, quels sont vos difficultés ? * *Plusieurs réponses possibles.*

- Manque de formation
- Manque de temps en consultation
- Manque de temps dédié à la coordination des soins
- Manque de praticiens spécialisés disponibles dans le département
- Autre

18. Que pensez-vous qu'il vous manque pour faciliter votre prise en charge des TCA sur le territoire ? * *Plusieurs réponses possibles.*

- Parcours de soins prédéfinis avec identification des différents praticiens disponibles
- Organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelles
- Plateforme de coordination afin de faciliter l'entrée dans la prise en charge et la communication avec les différents intervenants
- FMC (formation médicale continue)
- Référentiel pratique répertoriant les axes de prise en charge, de suivi et de prescription
- Autre

19. Enfin, si ce sujet vous intéresse, vous pouvez laisser ici vos coordonnées afin que je vous contacte.

- Annexe 4 : Présentation du projet de Thèse et recommandations de bonne pratique

Chers Confrères, Chères Consœurs,

Interne en médecine générale, je prépare une thèse sur la prise en charge de l'anorexie mentale dans les Hautes-Pyrénées ; sous la direction du Dr QUENTIN Virginie.

En ce sens, je réalise une étude quantitative.

L'objectif serait de créer un parcours de soin coordonné au niveau départemental, dans le but de faciliter la prise en charge de proximité.

Pour cela, j'ai besoin de votre aide, par le biais de votre réponse à ce questionnaire.

Les résultats de l'enquête ainsi que les conclusions de ma thèse vous seront communiqués par mail, si vous le souhaitez, en le mentionnant à la fin du questionnaire.

*Je vous remercie par avance pour le temps que vous accorderez à mon étude (**temps de passation estimé à 4 minutes**)*

Vous trouverez quelques ressources sur les dernières recommandations de prise en charge concernant cette pathologie en fin de questionnaire.

Quelques mots sur les recommandations de prise en charge :

L'anorexie mentale est une maladie grave d'origine poly factorielle dont la prévalence serait de 0,9 % à 2,2 % de la population générale féminine et de 0,3 % des hommes (1). L'âge de début est principalement entre 14 et 18 ans et se caractérise par la gravité potentielle de son pronostic :

- Risque de décès : taux de mortalité le plus élevé parmi les maladies mentales, jusqu'à 10 %.
- Risque de complications somatiques et psychiques nombreuses : défaillance cardiaque, ostéoporose, infertilité, dépression, suicide, etc.
- Risque de chronicité et de désinsertion sociale.

Le repérage précoce et une prise en charge rapide semblent améliorer le pronostic et diminuer le risque de chronicisation (1). En ce sens, l'HAS a émis des recommandations de prise en charge concernant cette pathologie (2).

Après le repérage, selon sa compétence et ses capacités à établir une alliance thérapeutique, le médecin de premier recours peut se positionner en tant que médecin coordinateur des différents intervenants.

Il est recommandé que les soins soient assurés par une équipe d'au moins deux soignants dont le socle commun est :

- un psychiatre ou pédopsychiatre
- un somaticien (médecin généraliste ou pédiatre)

Un suivi au minimum bifocal permet de différencier les plans et que chaque interlocuteur travaille avec le patient et sa famille tous les axes de soins de manière complémentaire.

Le recours à des réseaux de santé devrait faciliter le développement de la multidisciplinarité ; des contacts réguliers entre les intervenants permettent l'ajustement du projet de soins de manière individualisée, en fonction de l'évolution du patient.

sources:

1:[https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0987798310000034?](https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0987798310000034?token=A4A352B89BA5B4E031AD8692D255E76A5471F699BFE645FA699D09E501FB2041D5B1364FCFD24FD1D71548F5531D21A8&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230318122326)

[token=A4A352B89BA5B4E031AD8692D255E76A5471F699BFE645FA699D09E501F](https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0987798310000034?token=A4A352B89BA5B4E031AD8692D255E76A5471F699BFE645FA699D09E501FB2041D5B1364FCFD24FD1D71548F5531D21A8&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230318122326)

[B2041D5B1364FCFD24FD1D71548F5531D21A8&originRegion=eu-west-](https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0987798310000034?token=A4A352B89BA5B4E031AD8692D255E76A5471F699BFE645FA699D09E501FB2041D5B1364FCFD24FD1D71548F5531D21A8&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230318122326)

[1&originCreation=20230318122326](https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0987798310000034?token=A4A352B89BA5B4E031AD8692D255E76A5471F699BFE645FA699D09E501FB2041D5B1364FCFD24FD1D71548F5531D21A8&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230318122326)

2:[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf)

[09/reco_anorexie_mentale.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf)

- Annexe 5: Tableaux de contingences

	RURAL (13)	SEMI RURAL (14)	URBAIN (14)	total		
nb de patient						
<2	7	6	7	20		
	54%	43%	50%	50%	Test Chi2	
2 - 5	5	7	5	17	p-value 0,77	
	38%	54%	36%	42.50%		
5-10	1	0	2	3	Test Student	
	7%	0%	14%	7.50%	moy R 2,46	p- value R/SR 0,86
	13	13	14	40	moy SR 2,34	p value R/U 0,66
total	32.50%	32.50%	35%	100%	moy U 2,82	p value SR/U 0,51
age						
10 - 15	5	2	5	12	Test Chi2	
	41%	15%	38%	31.60%	p-value 0,54	
	5	8	7	20		
15 - 18	41%	62%	54%	52.60%	Test Student	
	2	3	1	6	moy R 15,5	p value R/SR 0,27
18 - 25	17%	23%	8%	15.80%	moy SR 16,9	p value R/U 0,81
	12	13	13	38	moy U 15,3	P value SR/U 0,13
	31.60%	34.20%	34.20%	100%		
total						
IMC						
10 -15	4	5	2	11	Test Chi2	
	33%	38%	15%	29.00%	p-value 0,14	
	7	5	11	23		
15 - 18	58%	38%	85%	60.50%	Test Student	
	1	3	0	4	moy R 15,5	p value R/SR 0,70
> 18	8%	23%	0%	10.50%	moy SR 16	p value R/U 0,69
	12	13	13	38	moy U 15,8	p value SR/U 0,91
	31.60%	34.20%	34.20%	100		
interet						
< 5	2	0	2	4	Test Chi2	
	22%	0%	20%	14.30%	p-value 0,08	
	6	5	2	13		
5 - 8	66%	55%	20%	46.40%	Test Student	
	1	4	6	11	moy R 6,28	p value R/SR 0,46
> 8	11%	44%	60%	39.30%	moy SR 7,11	p value R/U 0,93
	9	9	10	28	moy U 6,4	p value SR/U 0,57
	32.10%	32.10%	35.80%	100		
diagnostic						
MG	10	9	7	26	Test Chi2	
	77%	69%	50%	65%	p-value 0,42	
	3	2	5	10		
psy	23%	15%	36%	25%		
	0	2	2	4		
pédiatre	0%	15%	14%	10%		
	13	13	14	40		
	32.50%	32.50%	35%	100%		
PEC						
ambulatoire	13	12	9	34	Test Chi2	
	100%	100%	64%	87.20%	p-value 0,007	
	0	0	5	5		
hospitalisation	0%	0%	35%	12.80%		
	13	12	14	39		
	33.30%	30.80%	35.90%	100%		
Orientation						
pédiatre	5	7	7	19	Test Chi2	
	38%	50%	50%	17.10%	p-value 0,69	
	11	7	9	27		
psychiatre	84%	50%	64%	24.40%		
	12	12	10	34		
psychologue	92%	85%	71%	30.60%		
	5	2	2	9		
endocrinologue	38%	14%	14%	8.10%		
	4	10	3	17		
diététicien	38%	71%	21%	15.30%		
	2	2	1	5		
IDE	15%	14%	7%	4.50%		
	39	40	32	111		
	35.10%	36.10%	28.80%	100%		
hopital						
lannemezan	5	3	4	12	Test Chi2	
	38%	21%	28%	29.30%	p-value 0,87	
	4	6	9	19		
tarbes	30%	42%	64%	46.30%		
	3	2	3	8		
CHU	23%	14%	21%	19.50%		
	0	1	1	2		
Pau	0%	7%	7%	4.90%		
	12	12	17	41		

coordination	9	5	6	20		
MG	69%	31%	42%	50%	Test Chi2	
	3	6	6	15	p-value 0,61	
Spécialiste	23%	42%	42%	37.50%		
	1	2	2	5		
absence	7%	14%	14%	12.50%		
	13	13	14	40		
	32.50%	32.50%	35%	100%		
communication	9	8	8	25		
courrier	69%	57%	57%	46.30%	Test Chi2	
	6	9	10	25	p-value 0,58	
mails	46%	64%	71%	46.30%		
	2	2	0	4		
téléphone	15%	14%	0%	7.40%		
	17	19	18	54		
	31.50%	35.20%	33.30%	100%		
Role du MG	12	13	14	39		
dépistage	92%	93%	100%	33.40%	Test Chi2	
	6	7	8	21	p-value 0,99	
PEC/suivi	46%	50%	57%	17.90%		
	10	8	11	29		
coordination	76%	57%	78%	24.80%		
	7	10	11	28		
accompagnement	53%	71%	78%	23.90%		
	35	38	44	117		
	30%	32.40%	37.60%	100%		
Difficulté ressentie	0	2	1	3	Test Chi2	
< 5	0%	14%	7%	7.30%	p-value 0,12	
	3	8	6	17		
5 - 8	23%	57%	42%	41.50%		
	10	4	7	21	Test Student	
> 8	76%	28%	50%	51.20%	moy R 8,3	p value R/SR 0,01
	13	14	14	41	moy SR 6,42	p value R/U 0,11
	31.80%	34.10%	34.10%	100%	moy U 7,28	p value SR/U 0,28
Manque	7	10	8	25		
formation	53%	71%	57%	27.80%	Test Chi2	
	11	10	9	30	p-value 0,92	
temps	84%	71%	64%	33.30%		
	11	11	13	35		
spécialistes	84%	78%	92%	38.90%		
	29	31	30	90		
	32.20%	34.50%	33.30%	100%		
faciliter la PEC	11	12	13	36		
parcours	84%	86%	92%	37.90%	Test Chi2	
	9	8	6	23	p-value 0,93	
coordination	69%	57%	42%	24.20%		
	5	3	4	12		
RCP	38%	21%	28%	12.60%		
	2	1	4	7		
FMC	15%	7%	28%	7.40%		
	6	6	5	17		
référentiel	46%	42%	35%	17.90%		
	33	30	32	95		
	34.70%	31.60%	33.70%	100%		

	installé < 5 ans (16)	5 - 15 ans (18)	> 15 ans (9)	TOTAL		
nb de patient						
<2	7	11	2	20		
	47%	61%	22%	47.60%	Test Chi2	
2 - 5	7	7	4	18	p-value 0,078	
	47%	38%	44%	42.90%		
5-10	1	0	3	4	Test Student	
	6%	0%	33%	9.50%	moy 1 2,6	p value 1/2 0,27
	15	18	9	42	moy 2 1,97	p value 1/3 0,11
	35.70%	42.90%	21.40%	100%	moy 3 4,27	p value 2/3 0,03
age						
10 - 15	4	5	3	12		
	27%	29%	43%	30.80%	Test Chi2	
15 - 18	8	9	4	21	p-value 0,87	
	53%	53%	57%	53.80%		
18 - 25	3	3	0	6	Test Student	
	20%	18%	0%	15.40%	moy 1 16,3	p value 1/2 0,83
	15	17	7	39	moy 2 16,11	p value 1/3 0,18
	38.40%	43.60%	18%	100%	moy 3 14,7	p value 2/3 0,23
IMC						
10 -15	4	4	3	11		
	27%	24%	43%	28.20%	Test Chi2	
15 - 18	9	12	3	24	p-value 0,69	
	60%	70%	43%	61.50%		
> 18	2	1	1	4	Test Student	
	13%	6%	14%	10.30%	moy 1 16	p value 1/2 0,81
	15	17	7	39	moy 2 15,8	p value 1/3 0,67
	38.50%	43.60%	17.90%	100%	moy 3 15,4	p value 2/3 0,77
interet						
< 5	1	1	2	4		
	10%	8%	28%	13.40%	Test Chi2	
5 - 8	4	6	3	13	p-value 0,85	
	40%	46%	42%	43.30%		
> 8	5	6	2	13	Test Student	
	50%	46%	28%	43.30%	moy 1 7,3	p value 1/2 0,97
	10	13	7	30	moy 2 7,3	p value 1/3 0,09
	33.30%	43.40%	23.30%	100%	moy 3 4,6	p value 2/3 0,09
diagnostic						
MG	12	9	7	28		
	75%	53%	78%	66.60%	Test Chi2	
psy	4	2	1	7	p-value 0,08	
	25%	12%	11%	16.70%		
pédiatre	0	6	1	7		
	0%	35%	11%	16.70%		
	16	17	9	42		
	38.10%	40.50%	21.40%	100%		
PEC						
ambulatoire	15	12	9	36		
	93%	75%	100%	87.80%	Test Chi2	
hospitalisation	1	4	0	5	p-value 0,24	
	6%	25%	0%	12.20%		
	16	16	9	41		
	39%	39%	22%	100%		
Orientation						
pédiatre	7	8	6	21		
	43%	44%	67%	18%	Test Chi2	
psychiatre	11	11	6	28	p-value 0,92	
	68%	61%	67%	24%		
psychologue	14	14	8	36		
	87%	78%	89%	30.80%		
endocrinologue	3	2	4	9		
	18%	11%	44%	7.60%		
diététicien	8	7	3	18		
	50%	39%	33%	15.40%		
IDE	2	3	0	5		
	12%	16%	0%	4.20%		
	45	45	27	117		
	38.50%	38.50%	23%	100%		

hopital						
lannemezan	4	5	4	13		
	25%	27%	44%	28.90%	Test Chi2	
tarbes	6	9	6	21	p-value 0,98	
	37%	50%	67%	46.60%		
CHU	2	3	3	8		
	12%	16%	33%	17.80%		
Pau	0	2	1	3		
	0%	11%	11%	6.70%		
	12	19	14	45		
	26.70%	42.20%	31.10%	100%		
coordination						
MG	12	5	4	21		
	75%	29%	45%	50%	Test Chi2	
Spécialiste	2	9	5	16	p-value 0,034	
	12%	53%	55%	38%		
absence	2	3	0	5		
	12%	18%	0%	12%		
	16	17	9	42		
	38.10%	40.50%	21.40%	100%		
communication						
courrier	10	11	6	27		
	62%	61%	67%	46.60%	Test Chi2	
mails	9	11	5	25	p-value 0,99	
	56%	61%	55%	43.10%		
téléphone	3	2	1	6		
	18%	11%	11%	10.30%		
	22	24	12	58		
	37.90%	41.40%	20.70%	100%		
Role du MG						
dépistage	14	18	9	41		
	87%	100%	100%	32.80%	Test Chi2	
PEC/suivi	10	8	5	23	p-value 0,96	
	62%	40%	55%	18.40%		
coordination	11	13	7	31		
	68%	70%	78%	24.80%		
accompagnement	10	15	5	30		
	62%	83%	55%	24%		
	45	54	26	125		
	36%	43.20%	20.80%	100%		
Difficulté ressentie						
< 5	1	1	1	3		
	6%	6%	11%	7%	Test Chi2	
5 - 8	7	9	3	19	p-value 0,99	
	44%	50%	33%	44.20%		
> 8	8	8	5	21	Test Student	
	50%	44%	56%	48.80%	moy 1 6,4	p value 1/2 0,5
	16	18	9	43	moy 2 6,94	p value 1/3 0,15
	37.20%	41.80%	21%	100%	moy 3 7,8	p value 2/3 0,31
Manque						
formation	9	11	5	25		
	56%	61%	55%	26.90%	Test Chi2	
temps	15	11	5	31	p-value 0.84	
	93%	61%	55%	33.30%		
spécialistes	13	16	8	37		
	81%	88%	88%	39.80%		
	37	38	18	93		
	39.80%	40.90%	19.30%	100%		
faciliter la PEC						
parcours	14	16	7	37		
	87%	88%	77%	37.80%	Test Chi2	
coordination	11	9	4	24	p-value 0,8	
	68%	50%	44%	24.50%		
RCP	5	4	3	12		
	31%	22%	33%	12.20%		
FMC	3	4	0	7		
	18%	22%	0%	7.10%		
référentiel	7	5	6	18		
	43%	27%	66%	18.40%		
	40	38	20	98		
	40.80%	38.80%	20.40%	100%		

	interet < 5 (4)	interet 5 - 8 (13)	interet > 8 (13)	total		
nb de patient						
<2	3	8	5	16		
	75%	61%	42%	55.20%	Test Chi2	
2 - 5	1	5	5	11	p-value 0,6	
	25%	38%	42%	38%		
5-10	0	0	2	2	Test Student	
	0%	0%	16%	6.80%	moy 1 1,6	p value 1/2 0,65
total	4	13	12	29	moy 2 1,96	p value 1/3 0,13
	13.80%	44.80%	41.40%	100%	moy 3 3,1	p value 2/3 0,14
diagnostic						
MG	2	8	9	19		
	50%	73%	69%	67.90%	Test Chi2	
psy	1	2	3	6	p-value 0,87	
	25%	18%	23%	21.40%		
pédiatre	1	1	1	3		
	25%	9%	8%	10.70%		
	4	11	13	28		
	14.30%	39.30%	46.40%	100%		
PEC						
ambulatoire	4	13	9	26		
	100%	100%	75%	89.70%	Test Chi2	
hospitalisation	0	0	3	3	p-value 0,1	
	0%	0%	25%	10.30%		
	4	13	12	29		
	13.80%	44.80%	41.40%	100%		
Orientation						
pédiatre	2	5	9	16		
	50%	38%	69%	19.00%	Test Chi2	
psychiatre	3	9	9	21	p-value 0,98	
	75%	69%	69%	25%		
psychologue	4	11	11	26		
	100%	84%	84%	31%		
endocrinologue	1	3	2	6		
	25%	23%	15%	7.10%		
diététicien	0	5	7	12		
	0%	38%	53%	14.30%		
IDE	0	2	1	3		
	0%	15%	7%	3.60%		
	10	35	39	84		
	12%	41.60%	46.40%	100%		
hopital						
lannemezan	2	6	2	10		
	50%	46%	15%	29.40%	Test Chi2	
tarbes	2	4	10	16	p-value 0,42	
	50%	30%	76%	47.10%		
CHU	1	3	2	6		
	25%	23%	15%	17.60%		
Pau	0	1	1	2		
	0%	7%	7%	5.90%		
	5	14	15	34		
	14.70%	41.20%	44.10%	100%		
coordination						
MG	1	8	6	15		
	25%	67%	46%	51.70%	Test Chi2	
Spécialiste	2	4	6	12	p-value 0,39	
	50%	33%	46%	41.40%		
absence	1	0	1	2		
	25%	0%	8%	6.70%		
	4	12	13	29		
	13.80%	41.40%	44.80%	100%		

communication						
courrier	3	9	7	19		
	75%	69%	53%	45%	Test Chi2	
mails	2	6	10	18	p-value 0,56	
	50%	46%	76%	42.80%		
téléphone	0	1	4	5		
	0%	7%	30%	12%		
	5	16	21	42		
	12%	38%	50%	100%		
Role du MG						
dépistage	4	11	13	28		
	100%	84%	100%	29.80%	Test Chi2	
PEC/suivi	2	7	9	18	p-value 0,95	
	50%	53%	69%	19.20%		
coordination	1	11	12	24		
	25%	84%	92%	25.50%		
accompagner	2	10	12	24		
	50%	77%	92%	25.50%		
	9	39	46	94		
	9.60%	41.50%	48.90%	100%		
Difficulté ressentie						
< 5	0	2	0	2		
	0%	15%	0%	6.70%	Test Chi2	
5 - 8	1	5	6	12	p-value 0,64	
	25%	39%	46%	40%		
> 8	3	6	7	16	Test Student	
	75%	46%	54%	53.30%	moy 1 7	p value 1/2 0,94
	4	13	13	30	Moy 2 7,15	p value 1/3 0,81
	13.40%	43.30%	43.30%	100%	moy 3 7,5	p value 2/3 0,61
Manque						
formation	1	8	9	18		
	25%	61%	69%	28.60%	Test Chi2	
temps	3	8	9	20	p-value 0,95	
	75%	61%	69%	31.70%		
spécialistes	3	10	12	25		
	75%	76%	92%	39.70%		
	7	26	30	63		
	11.10%	41.30%	47.60%	100%		
faciliter la PEC						
parcours	3	10	12	25		
	75%	76%	92%	39%	Test Chi2	
coordination	0	6	10	16	p-value 0,86	
	0%	46%	76%	25%		
RCP	1	2	4	7		
	25%	15%	30%	11%		
FMC	0	1	3	4		
	0%	7%	23%	6.30%		
référentiel	2	4	6	12		
	50%	30%	46%	18.70%		
	6	23	35	64		
	9.30%	36%	54.70%	100%		

- Annexe 6: Critères d'hospitalisation

Tableau 4. Critères somatiques d'hospitalisation

Chez l'enfant et l'adolescent	
Anamnestiques	• Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine • Refus de manger : aphagie totale • Refus de boire • Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique • Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient
Cliniques	• IMC < 14 kg/m² 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	• 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	• Importance et vitesse de l'amaigrissement : perte de 20 % du poids en 3 mois • Malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance • Vomissements incoercibles • Échec de la renutrition ambulatoire
Cliniques	• Signes cliniques de déshydratation • IMC < 14 kg/m² • Amyotrophie importante avec hypotonie axiale • Hypothermie < 35 °C • Hypotension artérielle < 90/60 mmHg • Fréquence cardiaque : ◦ Bradycardie sinusale FC < 40/min ◦ Tachycardie de repos > 60/min si IMC < 13 kg/m²
Paracliniques	• 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	• Tentative de suicide réalisée ou avortée • Plan suicidaire précis • Automutilations répétées
Comorbidités	Tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation : • Dépression • Abus de substances • Anxiété • Symptômes psychotiques • Troubles obsessionnels compulsifs
Anorexie mentale	• 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	• 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	• Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires • Épuisement familial
Stress environnemental	• Conflits familiaux sévères • Critiques parentales élevées • Isolement social sévère
Disponibilité des soins	• Pas de traitement ambulatoire possible par manque de structures (impossibilité du fait de la distance)
Traitements antérieurs	• Échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation)

Source:

https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201009/reco_anorexie_mentale.pdf

f

Auteur : Johanna GUILLO

Titre : Troubles du Comportement Alimentaire restrictifs chez l'adolescent : état des lieux des pratiques des médecins généralistes des Hautes-Pyrénées

Directeur de Thèse : Dr Virginie QUENTIN

Lieu et date de soutenance : Toulouse, Faculté de Médecine de Purpan, 10 avril 2025

RESUME :

Introduction : L'Anorexie Mentale est une pathologie de pronostic sévère, nécessitant une prise en charge précoce. Les recommandations visent des soins ambulatoires, multidisciplinaires et coordonnés. Pour cela, le médecin généraliste joue un rôle clé.

L'objectif de cette étude est de savoir s'il existe une coordination des soins par le médecin généraliste des Hautes-Pyrénées.

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative, réalisée par questionnaire, diffusé par mails à l'ensemble des médecins généralistes des Hautes-Pyrénées.

Résultats : 43 réponses ont été analysées. Il a été constaté que la coordination des soins n'est effectuée que par 50% des médecins généralistes interrogés, et est inexistante dans 12% des cas. D'après les analyses, les médecins généralistes sont en difficultés pour la prise en charge des TCA. Ils rapportent un manque de spécialistes disponibles, un manque de temps, et un manque de formation.

Conclusion : Il est nécessaire d'améliorer la communication interprofessionnelle entre médecins généralistes, spécialistes, et paramédicaux, afin d'offrir une prise en charge optimale aux patients souffrant de TCA. Pour cela, la création d'un réseau de soins pluriprofessionnel semble être une option prometteuse.

Restrictive eating disorders in adolescents: status of practices of general practitioners in the Hautes-Pyrenees

ABSTRACT

Introduction: Anorexia nervosa has a severe prognostic, which requires early care management. The recommendations aim for ambulatory, multidisciplinary and coordinated care. For this, the general practitioner plays a key role.

The objective of this study is to find out if there exists a coordination of care by the general practitioner in Hautes-Pyrenees.

Method: This is a quantitative study, carried out by survey, distributed by email to all general practitioners in the Hautes-Pyrenees.

Results: 43 responses were analyzed. It was found that care coordination is only carried out by 50% of the general practitioners surveyed and is non-existent in 12% of cases.

According to the analyses, general practitioners find difficulties in the management of EDs. They report a lack of available specialists, a lack of time, and a lack of training.

Conclusion: It is necessary to improve interprofessional communication between general practitioners, specialists, and paramedics, to offer optimal care to EDs patients. For this, the creation of a multidisciplinary care network seems to be a promising option.

MOTS CLES : Troubles du Comportement Alimentaire, médecine générale, coordination des soins

KEYWORDS: Eating Disorders, general practitioner, care coordination

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de Médecine de Rangueil - 133 route De Narbonne - 31062 Toulouse Cedex 04
– France