

**Académie d'Orléans –Tours  
Université François-Rabelais**

**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**Année 2013**

**Thèse**

**Pour le**

**DOCTORAT EN MEDECINE**

**Diplôme d'Etat**

**Par**

**Bourreau Anna  
Née le 17 août à Blois**

**Présentée et soutenue publiquement le 14 novembre 2013**

*« Quelle est la place du médecin généraliste dans le repérage et le parcours de soins des adolescents atteints de troubles des conduites alimentaires (hors obésité) en soins secondaires en Indre et Loire ? »*

**Jury**

**Présidente de jury :** Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

**Membres du jury:** Monsieur le Professeur Charles COUET  
Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE  
Madame le Docteur Caroline HUAS  
Monsieur le Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER

**Président :**

**Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ**

Professeur des Universités - Médecine Générale

Responsable du département universitaire de médecine générale de la faculté de médecine de Tours

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Charles COUET**

Professeur des Universités - Médecine Interne-Nutrition

Responsable du pôle médecine du CHU Bretonneau à Tours

**Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE**

Professeur des Universités - Cardiologie-Pédiatrie

Chef de service de Cardiologie Congénitale et Pédiatrique

**Madame le Docteur Caroline HUAS**

Médecin Généraliste

Maitre de Conférences Associée au département de Médecine Générale

**Monsieur le Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER**

Médecin Généraliste

Chef de clinique en médecine générale

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont des pathologies difficiles à dépister et potentiellement sévères. Le parcours de soins de ces patients est mal connu, en particulier le rôle des médecins généralistes (MG).

L'objectif de cette étude était de décrire le parcours de soins des adolescents (12-19ans) souffrant de TCA et la place du MG dans ce parcours en Indre et Loire en 2012 – 2013. Ce travail s'articule au sein du projet de recherche CenTRAL-MG en particulier avec l'étude du point de vue des patients (thèse de Sandrine Boustani-Gaillard).

La méthode qualitative a été utilisée. Des entretiens semi structurés ont été réalisés à l'aide d'un guide préalablement défini auprès de personnels de santé en institutions reconnues comme prenant en charge des patients souffrant de TCA. Ils ont été retranscrits sous Word, anonymisés puis analysés avec le logiciel Nvivo10© en théorisation ancrée. Un tiers des entretiens a été codé en double aveugle avec règlement des désaccords par consensus.

Résultats : 27 personnes ont pu être interrogées au sein des 9 structures identifiées. D'après les personnes interrogées, les TCA nécessitaient une prise en charge à la fois médicale et psychiatrique, parfois difficile à orchestrer.

La boulimie était évoquée uniquement dans la prise en charge ambulatoire alors que l'anorexie était évoquée dans la prise en charge ambulatoire et hospitalière en médecine ou en pédiatrie en fonction de l'âge du patient.

La qualité des interactions entre les personnels de santé était variable. Leur collaboration semblait améliorer ces interactions.

Les parcours de soins étaient aussi très variables. Le plus fréquent commençait par une consultation en médecine ambulatoire qui entraînait une hospitalisation en médecine ou en pédiatrie puis en psychiatrie.

Le rôle du MG était le suivi des enfants et des adolescents, le repérage des TCA, la coordination des soins et le suivi post hospitalisation. Ce rôle pouvait être également réalisé par un médecin de la famille ou un pédiatre. Il y avait une confusion entre MG et Médecin Traitant.

Les obstacles au repérage identifiés étaient le déni de la maladie, l'absence de suivi médical, la manipulation de l'entourage et des personnels de santé.

Pour les personnels de santé interrogés, le MG était un acteur du parcours de soins des patients souffrant de TCA par le repérage, l'orientation et le suivi post hospitalier. Le parcours de soins des adolescents souffrant d'anorexie comprenait toujours une hospitalisation en médecine ou en pédiatrie puis en psychiatrie.

***“What is the role of the general practitioner in indentifying and healthcare pathway of the adolescents with eating disorder (excluding obesity) in secondary care in Indre et Loire”***

The eating disorders (ED) are difficult to detect and potentially severe pathologies. The healthcare pathway for these patients is not well known, and especially the role of the general practitioners (GP).

The objective of this study was to describe the healthcare pathway of adolescents (12 – 19 years old) suffering of ED, and the role of the GP in this pathway in Indre et Loire from 2012 to 2013. This work is structured in the research project CenTRAL-MG especially with the study from the perspective of patients (thesis of Sandrine Boustani-Gaillard).

This work has been realized with a qualitative method. Semi-structured interviews were conducted using a guide previously defined with personal health institution recognized as supporting patients with ED. They were transcribed in Word, anonymized and then analyzed with the software © Nvivo10 in grounded theory. One third of the interviews were double-blind coded resolving disagreements by consensus.

27 people have been interviewed in the nine. structures identified According to respondents, the ED needed support from both medical and psychiatric, sometimes difficult to orchestrate.

Bulimia was mentioned only in outpatient care, while anorexia was raised in support outpatient and inpatient medicine or pediatrics according to the patient's age.

The quality of interactions between health workers varied. Their collaboration seemed to improve these interactions.

Health pathways were also highly variable.

The most common began with a consultation in outpatient care which resulted in a hospitalization in medicine or pediatric units and then in psychiatry unit.

The role of the GP was the aftercare of children and adolescents, the identification of ED, coordination of care and post-hospital follow-up. This role could also be performed by a family's doctor or pediatrician. There was confusion between GP and Regular Doctor.

The barriers identified were the denial of the disease, lack of medical care, manipulation of the surroundings and personal health.

For those interviewed, the GP was a player of the healthcare pathway for patients with ED by identification, the orientation and post hospital follow-up. The healthcare pathway of adolescents with anorexia always included hospitalization in medicine or pediatrics and then psychiatry.

## Mots clé

- Trouble du comportement alimentaire
- Troubles des conduites alimentaires
- Anorexie
- Boulimie
- Repérage
- Parcours de soins
- Médecin généraliste
- Indre et Loire 37

## Key words

- Eating disorder
- Anorexia
- Bulimia
- Identifying
- Healthcare pathway
- General practitioner
- Indre et Loire 37

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

Professeur Dominique PERROTIN

**VICE-DOYEN**

Professeur Daniel ALISON

**ASSESEURS**

Professeur Daniel ALISON, Moyens  
Professeur Christian ANDRES, Recherche  
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue  
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie  
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

**SECRETAIRE GENERALE**

Madame Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972  
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994  
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

**PROFESSEURS EMERITES**

Professeur Alain AUTRET  
Professeur Jean-Claude BESNARD  
Professeur Patrick CHOUTET  
Professeur Guy GINIES  
Professeur Olivier LE FLOCH  
Professeur Chantal MAURAGE  
Professeur Léandre POURCELOT  
Professeur Michel ROBERT  
Professeur Jean-Claude ROLLAND

**PROFESSEURS HONORAIRES**

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI  
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI  
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J.  
LANSAC – J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H.  
METMAN – J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.  
RAYNAUD – JC. ROLLAND – Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D.  
SAUVAGE - M.J. THARANNE – J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

MM. ALISON Daniel Radiologie et Imagerie médicale  
ANDRES Christian Biochimie et Biologie moléculaire  
ANGOULVANT Denis Cardiologie  
ARBEILLE Philippe Biophysique et Médecine nucléaire  
AUPART Michel Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
BABUTY Dominique Cardiologie  
Mme BARILLOT Isabelle Cancérologie ; Radiothérapie  
M. BARON Christophe Immunologie  
Mme BARTHELEMY Catherine Pédiopsychiatrie  
MM. BAULIEU Jean-Louis Biophysique et Médecine nucléaire  
BERNARD Louis Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
BEUTTER Patrice Oto-Rhino-Laryngologie  
BINET Christian Hématologie ; Transfusion  
BODY Gilles Gynécologie et Obstétrique  
BONNARD Christian Chirurgie infantile  
BONNET Pierre Physiologie  
Mme BONNET-BRILHAULT Frédérique Physiologie  
MM. BOUGNOUX Philippe Cancérologie ; Radiothérapie  
BRILHAULT Jean Chirurgie orthopédique et traumatologique  
BRUNEREAU Laurent Radiologie et Imagerie médicale  
BRUYERE Franck Urologie  
BUCHLER Matthias Néphrologie  
CALAIS Gilles Cancérologie ; Radiothérapie  
CAMUS Vincent Psychiatrie d'adultes  
CHANDENIER Jacques Parasitologie et Mycologie  
CHANTEPIE Alain Pédiatrie  
COLOMBAT Philippe Hématologie ; Transfusion  
CONSTANS Thierry Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement  
CORCIA Philippe Neurologie  
COSNAY Pierre Cardiologie  
COTTIER Jean-Philippe Radiologie et Imagerie médicale  
COUET Charles Nutrition  
DANQUECHIN DORVAL Etienne Gastroentérologie ; Hépatologie  
DE LA LANDE DE CALAN Loïc Chirurgie digestive  
DE TOFFOL Bertrand Neurologie  
DEQUIN Pierre-François Thérapeutique ; médecine d'urgence  
DESTRIEUX Christophe Anatomie  
DIOT Patrice Pneumologie  
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague Anatomie & Cytologie pathologiques  
DUMONT Pascal Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
FAUCHIER Laurent Cardiologie  
FAVARD Luc Chirurgie orthopédique et traumatologique  
FOUQUET Bernard Médecine physique et de Réadaptation  
FRANCOIS Patrick Neurochirurgie  
FUSCIARDI Jacques Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence  
GAILLARD Philippe Psychiatrie d'Adultes  
GOGA Dominique Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie  
GOUDEAU Alain Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière  
GOUPILLE Philippe Rhumatologie  
GRUEL Yves Hématologie ; Transfusion  
GUILMOT Jean-Louis Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire  
GUYETANT Serge Anatomie et Cytologie pathologiques  
HAILLOT Olivier Urologie  
HALIMI Jean-Michel Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)  
HERAULT Olivier Hématologie ; transfusion  
HERBRETEAU Denis Radiologie et Imagerie médicale  
Mme HOMMET Caroline Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement  
MM. HUTEN Noël Chirurgie générale  
LABARTHE François Pédiatrie

LAFFON Marc Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence  
LARDY Hubert Chirurgie infantile  
LASFARGUES Gérard Médecine et Santé au Travail  
LEBRANCHU Yvon Immunologie  
LECOMTE Thierry Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
LEMARIE Etienne Pneumologie  
LESCANNE Emmanuel Oto-Rhino-Laryngologie  
LINASSIER Claude Cancérologie ; Radiothérapie  
LORETTE Gérard Dermato-Vénérologie  
MACHET Laurent Dermato-Vénérologie  
MAILLOT François Médecine Interne  
MARCHAND Michel Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
MARCHAND-ADAM Sylvain Pneumologie  
MARRET Henri Gynécologie et Obstétrique  
MEREGHETTI Laurent Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière  
MORINIERE Sylvain O.R.L.  
MULLEMAN Denis Rhumatologie  
PAGES Jean-Christophe Biochimie et biologie moléculaire  
PAINAUD Gilles Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique  
PATAT Frédéric Biophysique et Médecine nucléaire  
PERROTIN Dominique Réanimation médicale ; médecine d'urgence  
PERROTIN Franck Gynécologie et Obstétrique  
PISELLA Pierre-Jean Ophtalmologie  
QUENTIN Roland Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière  
ROBIER Alain Oto-Rhino-Laryngologie  
ROINGEARD Philippe Biologie cellulaire  
ROSSET Philippe Chirurgie orthopédique et traumatologique  
ROYERE Dominique Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction  
RUSCH Emmanuel Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention  
SALAME Ephrem Chirurgie digestive  
SALIBA Elie Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction  
Mme SANTIAGO-RIBEIRO Maria Biophysique et Médecine Nucléaire  
MM. SIRINELLI Dominique Radiologie et Imagerie médicale  
THOMAS-CASTELNAU Pierre Pédiatrie  
Mme TOUTAIN Annick Génétique  
MM. VAILLANT Loïc Dermato-Vénérologie  
VELUT Stéphane Anatomie  
WATIER Hervé Immunologie.

#### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

MM. HUAS Dominique Médecine Générale  
LEBEAU Jean-Pierre Médecine Générale  
MALLET Donatien Soins palliatifs  
POTIER Alain Médecine Générale

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mmes ANGOULVANT Theodora Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie  
BAULIEU Françoise Biophysique et Médecine nucléaire  
M. BERTRAND Philippe Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication  
Mme BLANCHARD Emmanuelle Biologie cellulaire  
BLASCO Hélène Biochimie et biologie moléculaire  
MM. BOISSINOT Eric Physiologie  
DESOUBEAUX Guillaume Parasitologie et mycologie  
Mme DUFOUR Diane Biophysique et Médecine nucléaire  
M. EHRMANN Stephan Réanimation médicale

Mmes FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et Cytologie pathologiques  
GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière  
GOUILLEUX Valérie Immunologie  
MM. GUERIF Fabrice Biologie et Médecine du développement et de la reproduction  
GYAN Emmanuel Hématologie, transfusion  
HOARAU Cyrille Immunologie  
HOURIOUX Christophe Biologie cellulaire  
Mmes LARTIGUE Marie-Frédérique Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière  
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique  
MACHET Marie-Christine Anatomie et Cytologie pathologiques  
MARUANI Annabel Dermatologie  
MM. PIVER Eric Biochimie et biologie moléculaire  
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire in vitro  
Mme SAINT-MARTIN Pauline Médecine légale et Droit de la santé  
M. TERNANT David Pharmacologie – toxicologie  
Mme VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière  
M. VOURC'H Patrick Biochimie et Biologie moléculaire

### **MAITRES DE CONFERENCES**

Mmes BOIRON Michèle Sciences du Médicament  
ESNARD Annick Biologie cellulaire  
MM. GIRAudeau Bruno Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication  
LEMOINE Maël Philosophie  
Mme MONJAUZE Cécile Sciences du langage - Orthophonie  
M. PATIENT Romuald Biologie cellulaire

### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE**

Mmes HUAS Caroline Médecine Générale  
RENOUX-JACQUET Cécile Médecine Générale  
M. ROBERT Jean Médecine Générale

### **CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM**

M. BOUAKAZ Ayache Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930  
Mmes BRUNEAU Nicole Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930  
CHALON Sylvie Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930  
MM. COURT Y Yves Chargé de Recherche CNRS – U 618  
GAUDRAY Patrick Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292  
GOUILLEUX Fabrice Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292  
Mmes GOMOT Marie Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930  
HEUZE-VOURCH Nathalie Chargée de Recherche INSERM – U 618  
MM. LAUMONNIER Frédéric Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930  
LE PAPE Alain Directeur de Recherche CNRS – U 618  
Mmes MARTINEAU Joëlle Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930  
POULIN Ghislaine Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

### **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

#### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

Mme DELORE Claire Orthophoniste  
MM. GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier  
MONDON Karl Praticien Hospitalier  
Mme PERRIER Danièle Orthophoniste

#### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

Mme LALA Emmanuelle Praticien Hospitalier  
M. MAJZOUB Samuel Praticien Hospitalier

#### ***Pour l'Ethique Médicale***

Mme BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

## Remerciements

A Madame le Professeur Anne Marie Lehr Drylewicz.

Je vous remercie d'avoir accepté de présider cette thèse. Recevez l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Alain Chantepie.

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury. Recevez l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Charles Couet.

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury. Recevez l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean Sébastien Cadwallader.

Merci de nous avoir aidées, soutenues tout au long de ce travail. Merci de ta disponibilité.

A Madame le Docteur Caroline Huas, ma directrice de thèse.

Je te remercie sincèrement de m'avoir aidé à réaliser ce travail. Merci pour tes conseils précieux. J'ai beaucoup appris au cours de l'élaboration de cette thèse et t'en suis particulièrement reconnaissante.

A la Fondation Bruneau-Fondation de France,

Je vous remercie pour l'aide financière que vous nous avez apporté.

Au Docteur Fillâtre,

Merci de nous avoir aidées pour le recrutement des patients et des personnels de santé.

A CenTRAL-MG,

Pour cette étude.

A mes parents,

Merci pour votre soutien et votre présence rassurante auprès de moi durant toutes ces années d'études. Je suis très reconnaissante de tout ce que vous avez toujours fait pour moi.

A tous les membres de ma famille,

Merci pour votre soutien.

A la famille de Guillaume.

Merci pour votre accueil chaleureux depuis le début et vos messages de soutien.

A Marie,

Merci pour ton soutien, ton humeur, ta joie de vivre, pour ces 6 mois passés en osmose.

A Marie-Amélie, Aurore et Fanny,

En souvenir de nos années d'externat.

A Audrey et Frédéric,

J'ai été ravie de faire mes premiers pas d'interne à vos côtés. A nos prochaines aventures tourangelles ou berrichonnes.

A Sandrine,

Merci pour ce travail en binôme. Merci pour ton aide précieuse.

A Jean-Michel, Antoine, Mathieu et Hakim,

Vous avez toujours été là pour moi. A tous les instants mémorables que nous avons vécus ensemble.

A Julien,

Qui m'a toujours soutenu et qui a toujours été là.

A Marie,

Pour nos 26 ans de complicité.

A tous les autres amis rencontrés à Tours, Orléans, Blois et Bourges. A toutes les belles rencontres faites au fil de ces années d'études. Merci pour ce que vous m'avez apporté tout au long de ce cursus.

Enfin, je remercie tout particulièrement Guillaume. Tes encouragements ont été la meilleure des motivations. Merci pour ta patience, ton aide précieuse au cours de l'élaboration de ce travail.

# Table des matières

<b>Table des illustrations .....</b>	<b>16</b>
<b>Abréviations .....</b>	<b>16</b>
<b>Anonymisation :.....</b>	<b>16</b>
<b>Glossaire d’initiation à la recherche qualitative (1.) .....</b>	<b>18</b>
<b>1. Introduction.....</b>	<b>30</b>
<b>2. Matériel et méthode .....</b>	<b>31</b>
<b>3. Résultats.....</b>	<b>33</b>
<b>3.1. Caractéristiques de la population interrogée .....</b>	<b>33</b>
<b>3.2. Spécificités de l’anorexie mentale et de la boulimie.....</b>	<b>34</b>
<b>3.2.1. L’anorexie et la boulimie sont des maladies psychiatriques .....</b>	<b>34</b>
<b>3.2.2. Dualité du repérage : médical et psychiatrique.....</b>	<b>35</b>
<b>3.2.2.1. Difficultés de diagnostic de la pathologie psychiatrique.....</b>	<b>35</b>
<b>3.2.2.2. Manipulation et volonté de cacher les symptômes. ....</b>	<b>35</b>
<b>3.2.2.3. Place des examens complémentaires. ....</b>	<b>35</b>
<b>3.2.3. Dualité de la prise en charge : médicale et psychiatrique. ....</b>	<b>35</b>
<b>3.2.3.1. Hospitalisation tardive en médecine ou en pédiatrie .....</b>	<b>35</b>
<b>3.2.3.2. Difficultés des soignants dans la prise en charge pendant l’hospitalisation en médecine ou en pédiatrie .....</b>	<b>36</b>
<b>3.2.3.3. Prise en charge psychiatrique pendant l’hospitalisation en médecine ou en pédiatrie .....</b>	<b>36</b>
<b>3.2.3.4. Bifocal somatique-psychique.....</b>	<b>37</b>
<b>3.2.4. Le contrat de poids.....</b>	<b>37</b>
<b>3.2.5. Problème de la scolarité.....</b>	<b>37</b>
<b>3.3. Parcours de soins.....</b>	<b>38</b>

3.3.1.	Différence de prise en charge entre l’anorexie mentale et la boulimie.....	38
3.3.2.	Parcours de soins du point de vue des personnes interrogées.....	38
3.3.3.	Un passage systématique par l’hospitalisation en médecine ou pédiatrie.....	39
3.4.	Qualité de l’interaction .....	39
3.4.1.	Présentation des différents acteurs de santé .....	39
3.4.2.	Le discours des soignants sur les interactions entre les personnels de santé .....	39
3.4.3.	La bonne qualité des interactions entre personnels de santé .....	41
3.4.4.	La mauvaise qualité des interactions entre personnels de santé .....	43
3.4.5.	L’absence de certaines interactions entre personnels de santé.....	44
3.4.6.	Diversité des parcours de soins.....	44
3.4.7.	Passage par les urgences.....	45
3.4.8.	Correspondance entre personnels de santé.....	45
3.4.9.	Facteurs de réussite de prise en charge pluridisciplinaire.....	45
3.4.10.	Facteurs d’échec de prise en charge pluridisciplinaire.....	46
3.4.11.	Sensation de solitude.....	46
3.5.	La place du Médecin Généraliste.....	46
3.5.1.	La place importante du MG.....	46
3.5.2.	La place du MG en tant que premier recours.....	46
3.5.3.	La place du MG dans le suivi régulier de l'enfant et de l'adolescent avant le diagnostic.....	46
3.5.4.	La place du médecin non MG dans le suivi des adolescents.....	47
3.5.5.	La confusion entre le MG et les autres médecins.....	47
3.5.6.	Précocité du diagnostic .....	47
3.5.7.	Parcours de soins du patient.....	48
3.5.8.	Les examens complémentaires .....	48
3.5.9.	Le MG trop rassurant.....	48
3.5.10.	Le MG comme coordinateur des soins.....	48

3.5.11. Le MG comme collaborateur avec les autres structures de soins.....	49
3.5.12. Suivi régulier par le MG après l'hospitalisation.....	49
3.5.13. Interactions du MG.....	50
3.6. La place de l'entourage.....	51
3.6.1. L'entourage de l'adolescent.....	51
3.6.2. Aucun repérage de l'entourage.....	51
3.6.3. Démographie familiale.....	51
3.6.4. Investissement de l'entourage.....	51
3.6.5. Difficulté d'acceptation de la pathologie psychiatrique.....	52
3.6.6. Influence d'un facteur déclenchant.....	52
3.6.7. Soutien de l'entourage.....	52
3.6.8. Rapports avec l'entourage.....	53
3.7. Résumé des différentes interactions.....	53
4. Discussion.....	54
4.1. Les principaux résultats.....	54
4.2. Spécificités de la prise en charge des TCA.....	54
4.3. Différentes structures.....	55
4.4. Un parcours de soins difficile à identifier.....	55
4.5. Qualités d'interactions.....	55
4.6. La place du MG dans le parcours de soins.....	56
4.7. Bifocalité psychiatrique-médicale.....	56
4.8. Points forts et limites.....	56
5. Conclusion.....	58
TABLE DES ANNEXES.....	59

## Table des illustrations

Tableau 1 : caractéristiques de la population .....	34
Figure 1 : Bonne qualité des interactions .....	42
Figure 2 : Mauvaise qualité des interactions .....	43
Figure 3 : Absence de certaines interactions .....	44
Figure 4 : Interactions du Médecin Généraliste .....	50

## Abréviations

CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CMP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique  
CPP : Comité de Protection des Personnes  
CPU : Clinique Psychiatrique Universitaire  
DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation.  
DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale  
MG : Médecin Généraliste  
TCA : Trouble du Comportement Alimentaire  
SBG = Sandrine Boustani-Gaillard  
AB = Anna Bourreau

## Anonymisation :

M1 = médecin 1  
M2 = médecin 2  
M3 = médecin 3  
M4 = médecin 4  
M5 = médecin 5  
M6 = médecin 6  
M7 = médecin 7  
M8 = médecin 8  
M9 = médecin 9  
M10 = médecin 10  
M11 = médecin 11  
M12 = médecin 12  
M13 = médecin 13  
S1 = soignant 1  
S2 = soignant 2  
S3 = soignant 3  
S4 = soignant 4  
S5 = soignant 5  
S6 = soignant 6  
S7 = soignant 7  
S8 = soignant 8  
S9 = soignant 9  
S10 = soignant 10  
S11 = soignant 11  
S12 = soignant 12  
S13 = soignant 13  
S14 = soignant 14

Investigateur 1 = AB  
Investigateur 2 = SBG  
Investigateur 3 = Jean-Sébastien Cadwallader  
Investigateur 4 = Caroline Huas

# Glossaire d'initiation à la recherche qualitative (1.)

**Acteur** [Syn. Participant] [Angl. Subject] : Personne qui agit. En sociologie\*, ce terme désigne les individus qui font l'objet d'une analyse : on s'intéresse alors à leurs actions, leurs comportements et leurs discours. Leurs représentations\*, leurs valeurs\*, leurs intérêts ont des conséquences sur leurs actions.

**Analyse de contenu** [Angl. Content analysis] : Examen systématique d'un texte consistant à identifier et regrouper des thèmes et à coder, classifier et développer des catégories\*, puis établir des correspondances entre celles-ci. Voir Catégorisation, Codification, Mise en relation.

**Analyse du discours** [Angl. Discourse analysis] : Méthode d'analyse du langage destinée à rendre compréhensible son rôle dans la construction de l'univers social. L'analyse critique du discours est centrée sur les caractéristiques des textes oraux et écrits dans leur contexte social, par opposition à l'analyse linguistique du discours, qui inclut l'analyse des caractéristiques grammaticales. Voir Récit.

**Analyse qualitative** [Angl. Qualitative analysis] : Travail de construction signifiante, progressant par approximations successives. Le témoignage de l'acteur\* n'est jamais totalement évident, il n'existe pas de mécanique simple ni de limpidité discursive. L'analyse qualitative ne correspond ni à l'application d'une technique ni à la simple recherche de récurrences, mais plutôt à un cheminement progressif de question en question. Voir Analyse de contenu, Analyse du discours.

**Anthropologie** [Angl. Anthropology] Voir Ethnologie, Ethnographie et Anthropologie.

**Anthropologie de la santé** [Angl. Anthropology of health] : Étude des processus étiologiques de la maladie, des relations thérapeutiques entre soignant et soigné, du rôle de malade, du processus de réinsertion sociale du patient, de la prévention de la maladie, de la recherche médicale. Elle vise à définir la totalité des facteurs (hérédité, environnement, constitution biologique, nutrition, condition de vie, expérience, vécu, etc.), qui influencent l'état de santé\* d'un individu, à partir d'une approche théorique générale intégrant les interrelations du biologique, du psychologique et du culturel

**Autonomie** [Angl. Empowerment] Voir Compréhension.

**Autorité** [Angl. Authority] : On parle de l'autorité d'une personne pour signifier qu'on lui fait confiance, qu'on accueille son avis, ses suggestions, ses injonctions, avec respect ou du moins sans hostilité ni résistance et qu'on est disposé à y déférer. Elle dépend des caractéristiques des individus (légitimité, charisme, etc.).

**Biais** [Angl. Bias] : Modification des résultats d'une enquête\* en fonction du dispositif d'investigation. On distingue des biais de recrutement, de représentativité, d'observation, de déperdition d'informations, d'interactions, etc. Les biais étant inévitables, la démarche scientifique consiste à les identifier et à discuter leur impact potentiel.

**Biomédecine** [Angl. *Biomedicine, Theoretical medicine*] : Théorie\* de référence dominante dans les systèmes de soins, originaire « du monde occidental ». Elle véhicule des définitions et des représentations\* culturelles normalisées de l'hygiène, de la maladie\*, et du malade. Fondée sur les sciences fondamentales (anatomie, biochimie, pharmacologie, biologie, etc.), elle renvoie à une nouvelle forme de tradition à visée universaliste. Dans le modèle biomédical, la maladie est abordée selon quatre éléments cardinaux : le diagnostic, le processus physiopathologique, le pronostic et la thérapeutique. *Voir* Maladie aiguë.

**Canevas d'entretien** [Angl. *Topic schedule*] : Syn. Guide d'entretien.

**Catégorie** [Angl. *Category*] 1. Ensemble d'éléments ayant des caractéristiques communes, réunis artificiellement dans un but de classification (ex. : catégorie socioprofessionnelle). Les modalités de classification sont délicates à établir. Ainsi, la notion « de population défavorisée » peut faire référence à des indicateurs variables (sous-emploi, bas niveau d'instruction ou de revenus, besoins d'aide publique et/ou privée de différents ordres), appréhendés de façon très diverse selon les pays, les époques et les différents auteurs (sociologues, économistes, politiques, etc.). *Voir* Exclusion, Socialisation. 2. Concept\* représentant un phénomène\* dans le cadre de l'analyse qualitative\*. *Voir* Analyse de contenu, Catégorisation, Codification.

**Catégorisation** [Angl. *Categorization*] : Opération intellectuelle qui permet de déduire un sens plus général d'un ensemble d'éléments bruts du corpus\* ou d'éléments déjà codifiés\*, sous la forme de catégories\*. Il s'agit d'un début de théorisation scientifique, qui met en oeuvre le(s) paradigme(s) de référence du chercheur, mais en principe sans grille théorique et conceptuelle a priori. *Voir* Analyse de contenu, Codification, Mise en relation.

**Citation** [Angl. *Quotation*] : Extrait d'un entretien, à partir d'un verbatim\*, d'une séquence audio ou vidéo, permettant d'illustrer les résultats d'une recherche qualitative et de renforcer la plausibilité de l'interprétation des auteurs.

**Culture** [Angl. *Culture*] : Entité complexe qui comprend les connaissances, les techniques, les croyances, les valeurs\*, les lois, les morales, les coutumes et plus généralement toutes capacités ou habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la société. Les cultures sont dynamiques, en constant changement, plurielles et hétérogènes, dominantes ou dominées, et plus ou moins cohérentes. *Voir* Habitus, Identité, Organisation, (culture) Populaire, Sens commun, Socialisation, Valeur.

**Codification** [Angl. *Coding*] : Opération intellectuelle qui consiste à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies, etc.), en une première formulation signifiante (code), dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun\*. *Voir* Analyse de contenu, Catégorisation.

**Comparaison constante** [Angl. *Constant or systematic comparison*] : Méthode d'analyse consistant à examiner de façon systématique et approfondie les variations dans la manifestation et la signification des concepts\* émergeant des données empiriques recueillies. *Voir* Théorie ancrée.

**Compréhension** [Angl. Understanding, Comprehension] : Capacité d'aller vers l'autre, de savoir perdre un peu de soi pour gagner un peu de l'autre, d'accueillir l'inconnu pour se dégager du connu, d'accepter en quelque sorte une limite à sa propre autonomie\* pour faire une place à celle de l'autre. Il ne peut pas exister de démarche sociologique sans acquisition de la capacité à dépasser son propre univers, à sortir de ses propres catégories\* de pensée. Voir Écoute.

**Concept** [Angl. Concept] : Idée ou représentation de l'esprit qui abrège et résume une multiplicité d'objets\* empiriques ou mentaux par abstraction et généralisation de traits communs identifiables. Il s'agit d'une idée abstraite et générale, une clé, un angle qui permet d'éclairer la réalité. Exemples de concepts en sociologie : identité\*, autorité\*, autonomie\*, confiance ; en médecine : maladie\*, malade, observance, réseau.

**Constructivisme** [Angl. Constructionism, Constructivism] : Le constructivisme social désigne un courant de la sociologie contemporaine fondé sur une théorie développée par Berger et Luckmann. Cette approche envisage la réalité sociale et les phénomènes sociaux comme étant « construits », c'est-à-dire créés par l'interaction\* des individus, puis institutionnalisés et transformés en traditions, la « réalité socialement construite » étant considérée comme un processus dynamique. En sociologie de la santé\*, les maladies\* ne sont pas définies uniquement sur un plan biologique, mais aussi selon un processus de construction sociale. Voir Contextualisation, Objectivisme, Positivisme.

**Contextualisation** [Angl. Contextualization] : Un phénomène\* qui n'existe pas ne peut prendre sens que s'il est considéré isolément, en dehors de tout contexte. Le sens est toujours confrontation, comparaison, évaluation, mise en perspective. Chaque phénomène doit ainsi être contextualisé pour en faire surgir le sens. Voir Herméneutique.

**Coopération** [Angl. Co(-)operation] : Enjeu central des organisations\*. Pour que des individus coopèrent, il faut qu'ils aient des enjeux ou objectifs communs.

**Culture** [Angl. Culture] : Entité complexe qui comprend les connaissances, les techniques, les croyances, les valeurs\*, les lois, les morales, les coutumes et plus généralement toutes capacités ou habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la société. Les cultures sont dynamiques, en constant changement, plurielles et hétérogènes, dominantes ou dominées, et plus ou moins cohérentes. Voir Habitus, Identité, Organisation, (culture) Populaire, Sens commun, Socialisation, Valeur.

**Déviance** [Angl. Deviance] : Terme désignant des comportements non conformes aux normes\* socialement admises, échappant en partie à la pression sociale, et menaçant dès lors le système dans sa globalité. Cependant, à leur tour, les conduites déviantes démontrent le caractère changeant des sociétés : les normes étant sujettes à des évolutions, certaines conduites déviantes peuvent devenir conformistes. Toute conduite déviante n'est pas forcément négative, l'éloignement des normes pour s'élever vers un modèle idéal (valeurs, vertus, etc.) pouvant constituer éventuellement une forme positive de déviance.

**Échantillonnage raisonné** [Syn. Échantillonnage orienté ou ciblé] [Angl. Purposive sampling, Purposeful sampling] : Procédure d'échantillonnage non probabiliste consistant à sélectionner des participants\* considérés comme typiques de la population cible. Cette procédure est destinée à garantir la validité\* externe des résultats. La méthode des quotas est une méthode d'échantillonnage raisonné. Voir Échantillonnage théorique, Théorie ancrée.

**Échantillonnage théorique** [Angl. *Theoretical sampling*] : Modalité d'échantillonnage raisonné\* dans une recherche naturaliste\* consistant à sélectionner les participants\* selon un rationnel fondé sur les concepts\* qui émergent en cours d'étude, de sorte que les questions clés soient correctement représentées. Voir Théorie ancrée.

**Écoute** [Angl. *Listening*] : Capacité de se laisser toucher par l'autre, de lâcher prise par rapport à sa propre manière de penser, d'accepter de voir, de penser autrement et d'accorder de la valeur à la parole de l'autre, d'accueillir la parole de l'autre. Pour Carl Rogers, l'écoute doit être non directive, empathique\*, acceptant la personnalité de l'autre en permettant une compréhension\* intellectuelle du vécu de l'autre.

**Écriture** [Angl. *Writing*] : Dernière étape avant le retour aux acteurs\*. Une fois l'analyse faite, le chercheur doit parvenir à dominer matériaux et théorie\* dans l'acte d'écriture. Il s'agit de prendre de la distance, de la hauteur, et de la légèreté. Il n'importe pas seulement de soigner la qualité de la rédaction, mais surtout de développer l'enchaînement des arguments, en transformant une analyse complexe sous forme d'hypertexte en un document final qui soit linéaire.

**Enquête** [Angl. *Survey*] : Moyen privilégié d'investigation en sciences sociales comprenant des techniques d'observation\*, d'entretiens et de questionnaires. Ces techniques varient selon la nature de l'objet de recherche, le temps, et les moyens disponibles. Traditionnellement, on distingue les techniques d'ordre quantitatif reposant sur des grands échantillons, des enquêtes d'ordre qualitatif reposant sur des groupes plus restreints.

**Enregistrement** [Angl. *Recording*] : Les entretiens doivent toujours être enregistrés. L'enregistrement permet de dépasser les « impressions » laissées par l'entretien, qui peuvent être fondées sur quelques moments marquants ne correspondant pas nécessairement à l'essentiel de ce qui a été dit. Il donne accès à l'ensemble du discours de l'interviewé, afin de faire ressortir la parole exacte de l'enquêté ; l'analyse pouvant ainsi se faire en plusieurs étapes après lecture et relecture de l'entretien. Il met à disposition les citations fidèles de la parole des interviewés qui serviront de « preuve » de l'analyse de l'entretien.

**Entretien collectif** [Syn. Groupe d'expression] : [Angl. *Focus group*] : Méthode d'entretien de groupe\*, habituellement considérée comme une technique d'entretien semistrukturé\*, reposant explicitement sur l'interaction\* au sein du groupe pour générer des données.

**Entretien directif** [Syn. Entretien structuré] [Angl. *Structured interview*] : Entretien reposant sur l'utilisation d'un questionnaire structuré du type sondage, administré par un enquêteur. Il est souvent utilisé dans les études quantitatives et précédé d'une analyse qualitative afin de construire des questions pertinentes.

**Entretien en face à face** Syn. Entretien individuel.

**Entretien individuel** [Syn. Entretien en face à face] [Angl. *Interview*] : Méthode d'enquête\* qualitative reposant sur une situation individuelle de face à face entre un interviewer et un interviewé.

**Entretien semi-directif** [Syn. Entretien semi-structuré] [Angl. Semistructured interview] : Entretien en face à face\* comportant des questions ouvertes\*. L'interviewer utilise un guide d'entretien\* dont les thèmes ne sont pas nécessairement abordés dans l'ordre. Son rôle consiste à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide d'entretien, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole.

**Ethnographie, Ethnologie, Anthropologie** [Angl. *Ethnography, Ethnology, Anthropology*] : L'objectif de la connaissance de l'Homme en société est abordé en trois étapes, qui requièrent une attitude de distanciation par rapport aux stéréotypes\* socioculturels. Au cours de la première étape, l'ethnographe réalise des enquêtes\* de terrain, en situation d'immersion prolongée. Grâce à l'observation « *in situ* », il se familiarise avec d'autres habitudes culturelles, tout en notant ses propres réactions. Il s'agit de réaliser « un travail de fourmi » afin de recueillir un large corpus d'informations (récits de vie, opinions personnelles, savoir-faire, etc.). L'ethnologie est l'étape suivante, qui consiste à opérer des comparaisons et des généralisations à partir des informations recueillies. La troisième étape correspond à l'anthropologie, qui consiste à développer des explications et des théories\*. Il s'agit de dégager la spécificité d'un ensemble culturel, mais aussi d'illustrer et de nuancer ce qui se joue ailleurs, voire de définir des invariants culturels. Voir Anthropologie de la santé.

**Ethnologie** [Angl. *Ethnology*] : Voir Ethnographie, Ethnologie, Anthropologie.

**Étude de cas** [Angl. Case study] : Approche centrée sur une ou un nombre limité de situation(s), utilisée(s) pour explorer un phénomène\* contemporain, en particulier dans le cas où des questions complexes sont associées. Elle peut être exploratoire, explicative, descriptive, ou combiner ces perspectives. Voir Incidents critiques, Induction.

**Exclusion** [Angl. Exclusion] : Le terme « exclu » désigne généralement l'ensemble des individus mal intégrés à la société, en situation de précarité. En France, depuis les années 1980, l'exclusion recouvre l'ensemble des problèmes sociaux (racisme, chômage, analphabétisme, « nouvelle pauvreté », etc.), qui remettraient en cause les principes fondant l'ordre social, dans le cadre de la théorie\* de la « fracture sociale ».

**Groupe** [Angl. Group] : Ensemble d'individus liés par une situation, des intérêts et/ou des sentiments d'appartenance commune. Ainsi, les classes sociales ou les groupes ethniques sont des groupements d'individus ayant conscience de leur unité, en opposition à d'autres groupements du même type.

**Groupe d'expression** [Angl. *Focus group*] Syn. Entretien collectif.

**Guide d'entretien** [Syn. Canevas ou grille d'entretien][Angl. Topic guide, Topic schedule, Topic list] : Série de questions ou de consignes servant de fil conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens individuels\* ou collectifs\*. Les questions sont habituellement courtes et claires, allant du domaine le plus général au plus spécifique, et elles sont évolutives. Le degré de formalisation du guide dépend de l'objet de l'étude et du type d'analyse projeté.

**Habitus** [Angl. *Habitus*] : Ensemble des dispositions ou acquis influencés par l'éducation et les pratiques de ses milieux de socialisation\* qui servent de cadre ou de guide à l'individu. Les gestes, les postures, les valeurs « évidentes », « naturelles » et « allant de soi » relèvent de l'habitus (P. Bourdieu).

**Herméneutique** [Angl. *Hermeneutics*] : 1. Cadre théorique posant que la compréhension\* peut être obtenue à partir de l'interprétation itérative et empirique d'un texte, d'un objet\* ou d'une interaction\*, explicitement conduite dans son contexte culturel et historique. 2. Interprétation de textes philosophiques et religieux, à la recherche des contenus symboliques dans leur dimension mythique.

**Holisme** [Angl. *Holism*] : Théorie selon laquelle les faits sociaux doivent être expliqués par d'autres faits sociaux dont les individus ne sont que des vecteurs passifs, les comportements individuels étant socialement déterminés : la société exerce une contrainte (pouvoir\* de coercition) sur l'individu qui intériorise (« naturalise ») les principales règles\* et les respecte. Le libre arbitre individuel n'est pas pour autant totalement éliminé, mais d'un point de vue probabiliste, ce qu'un individu choisit de ne pas faire, un autre le fera, avec un résultat social identique. Ce point de vue fut en partie initié par Émile Durkheim. En ce sens, le holisme s'oppose à l'individualisme méthodologique\*.

**Hypothèse** [Angl. Hypothesis, Assumption] : Conjecture vraisemblable et provisoire par laquelle l'imagination anticipe sur la connaissance en préalable à une recherche. Elle doit être validée par confrontation au réel.

**Identité** [Angl. Identity] : Elle est définie dans le sens commun par le sexe et l'âge de l'individu. Cependant, en sciences humaines et sociales, ce concept représente le principe de cohésion, les normes\* et/ou les sentiments d'appartenance intériorisés par une personne ou un groupe\*, selon des processus d'identification et surtout de distinction.

**Individualisme méthodologique** [Angl. *Methodological individualism*] : Une des théories\* de référence en sociologie\*, selon laquelle les phénomènes\* collectifs peuvent et doivent être décrits et expliqués à partir des propriétés et des actions des individus ainsi que de leurs interactions\*, selon une approche ascendante. Cette théorie s'oppose au holisme\*, selon lequel les propriétés des individus ne se comprennent pas sans faire appel aux propriétés de l'ensemble auquel ils appartiennent, selon une approche descendante et déterministe.

**Induction** [Syn. Induction analytique] [Angl. *Induction*] : Démarche intellectuelle consistant à rechercher des lois générales à partir de l'observation de faits particuliers. Elle procède par inférence probable, c'est-à-dire en déduisant des lois par généralisation des observations. L'induction peut trouver sa place au sein du travail scientifique, à condition de bien en mesurer les limites. Par exemple, l'accumulation d'études monographiques peut conduire à formuler, par généralisation, des propositions relatives au changement social. La stratégie inverse, déductive, consiste à établir des conclusions spécifiques à partir d'une hypothèse\* générale. *Voir* Étude de cas, Théorie ancrée.

**Interaction** [Angl. *Interaction*] : 1. Situation au cours de laquelle deux individus sont en relation l'un avec l'autre, constituant le point de départ de l'analyse sociologique dans la tradition interactionniste de Raymond Boudon. 2. Situation dans laquelle se trouvent les individus dans une organisation\*. *Voir* Constructivisme, Interactionnisme.

**Interactionnisme** [Angl. *Interactionism*] Courant de pensées où se rencontrent la psychologie, l'ethnologie\*, l'anthropologie\* et la sociologie\*. Ce courant conçoit la société comme la composition des relations\* interindividuelles et s'oppose au déterminisme, qui part du tout social, et à l'individualisme\* qui ne prend pas assez en compte la dimension essentielle de la relation sociale dans le comportement des individus. Pour les interactionnistes, l'individu se construit dans ses relations avec son environnement (humain, affectif, matériel, etc.). L'école de Chicago a développé la théorie\* de l'interactionnisme symbolique, qui pose que l'action se fonde à partir du sens. Ce dernier émerge à travers les interactions interpersonnelles et situationnelles, grâce à une réalité intersubjective reposant sur des symboles langagiers partagés.

**Maladie** [Angl. *Disease, Illness, Sickness*] : Dans toutes les cultures, un triple espace permet, selon l'approche anthropologique\*, d'élaborer une théorie\* de la maladie : l'espace organique du corps (la maladie comme altération physique), l'espace psychologique de l'individu (la maladie comme expérience personnelle), et l'espace socioculturel (la maladie comme événement social). Dès lors, les sciences humaines et sociales permettent d'informer sur les conditions d'existence, les habitudes, les références sociales et les croyances culturelles des patients. Cette approche permet d'aider les soignants à mieux saisir les logiques sur lesquelles les patients se fondent, et de sortir du schéma classique qui opposerait d'un côté un savoir scientifique et objectif des médecins à un savoir culturel et subjectif des patients. La maladie est plus qu'un corps véhiculant des symptômes ou qu'un simple comportement ; c'est aussi pour le malade une occasion de produire du sens et de communiquer sur sa vie et sa mort.

**Maladie aiguë** [Angl. *Acute disease or illness*] : Modèle d'une maladie de courte durée (quelques jours à quelques semaines), comportant un début, un déroulement et une fin, dont la cause peut être traitée (le plus souvent par des médicaments), et dont l'aboutissement est la guérison ou la mort. Il s'intègre dans le modèle biomédical, avec une maladie précise considérée comme un ennemi maléfique à éradiquer, la maladie étant centrale et l'individu périphérique. Selon ce modèle, le médecin est l'interlocuteur essentiel du patient, dont l'avis est secondaire. Voir Biomédecine.

**Maladie chronique** [Angl. *Chronic disease or illness*] : Modèle d'une maladie ayant un début mais pas de fin (elle dure toute la vie ou du moins très longtemps), souvent incurable (même si ses conséquences peuvent être traitées), l'absence de guérison obligeant le patient à apprendre à vivre avec elle. Il se rapproche du modèle holistique, avec une maladie générale qui s'intègre à la vie du patient, celui-ci étant central et la maladie périphérique. Selon ce modèle, le patient a de multiples interlocuteurs, le médecin n'étant que le maillon d'une chaîne de soins. Le médecin a besoin de l'aide du patient, qui devient un partenaire, pour le suivi et la prise en charge. Voir Holisme.

**Mise en relation** [Angl. *Mapping*] : Phase de l'analyse des données consistant à opérer des rapprochements entre les catégories\* identifiées. Il peut s'agir de relations\* de continuité, de causalité, de concomitance, de coexistence, d'imbrication. Voir Catégorisation.

**Norme** [Angl. *Norm*] : Règles formelles ou codifiées (règlement institutionnel, code du travail, etc.), qui régissent les conduites individuelles et collectives et qui fluctuent selon les groupes\* et les époques. Elles sont intériorisées au cours de la socialisation\*. La marginalité et la déviance se définissent par un non-respect de normes. Voir Déviance, Ethnocentrisme, Exclusion, Socialisation, Stigmatisation, Valeur.

**Objectivisme** [Angl. *Objectivism*] Doctrine philosophique qui postule que certains phénomènes\*, certaines choses, existent en dehors du sujet pensant, tandis que le subjectivisme les considère comme état du sujet et le constructivisme\* comme construits par le sujet. La forme extrême de l'objectivisme est le positivisme\*, qui postule que la seule source de connaissances est le savoir scientifique et rejette toute explication métaphysique.

**Objet** [Angl. *Object*] : Ce qui parvient à être séparé de la connaissance commune et de la perception subjective du sujet, grâce à des procédures scientifiques d'objectivation. En sociologie\* classique, l'objet, radicalement séparé du sens commun, est construit par élaboration des hypothèses\* (théorie\*) puis vérification sur le terrain (méthode). À l'inverse, dans une perspective qualitative, il est en lien avec le sens commun, et les hypothèses sont élaborées à partir des observations\* du terrain.

**Observation** [Angl. *Observation*] : Méthode de recueil de données à partir du regard porté sur une situation. L'objectif est d'observer au plus près les pratiques, avec le minimum de filtres et sans que la situation soit modifiée du fait de l'observation.

**Organisation** [Angl. *Organization*] : Processus social par lequel des personnes s'ajustent les unes aux autres afin d'atteindre un but commun. L'enjeu central d'une organisation est la coopération entre ses membres, dont les buts individuels ne sont pas de façon mécanique en concordance avec les buts de l'organisation, ni de façon naturelle identiques les uns aux autres.

**Participant** [Angl. *Participant*] Syn. Acteur.

**Phénomène** [Angl. *Phenomenon*] : Ce qui est perçu en conscience et dont l'origine se situe dans la nature ou dans le domaine du mental. Tous les phénomènes ne sont pas perçus en pleine connaissance, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas forcément remarqués. Il est donc du ressort de la science de dégager la limite entre le rationnel et l'irrationnel dans la perception ou l'absence de perception d'un phénomène. Dans le langage courant, ce vocable désigne l'élément matériel d'un fait empirique, d'une expérience observable, qui peut être aussi l'objet d'expérience scientifique.

**Populaire (culture)** [Angl. *Popular (culture), Mass (culture)*] : Les cultures\* « populaires » existent dans toutes les sociétés, en parallèle avec les discours « dominants », qui sont souvent l'apanage des classes aisées et éduquées. La culture des groupes sociaux « dominés » (des classes « populaires ») se fabrique dans le quotidien, dans des activités « banales » et des arts de faire sans cesse renouvelés ; elle est, en quelque sorte, « la culture ordinaire des gens ordinaires ». Elle n'est pas dépourvue d'autonomie, ni de capacité de résistance face à la culture dominante.

**Psychologie sociale** [Syn. Psychosociologie] [Angl. *Social psychology, Psychosociology*] Étude des conduites humaines et des phénomènes\* sociaux comme des processus relationnels à l'intérieur desquels les dimensions psychologiques et sociales sont indissociables. Elle étudie les influences entre les individus (interactions\*) et entre le groupe et les individus (relations\*), les influences sociales (croyances, représentations sociales\*), ainsi que les modalités de communication.

**Positivisme** [Angl. *Positivism*] : Posture épistémologique\* développée par Auguste Comte, guidée par la recherche d'une vérité objective, selon laquelle le savoir scientifique supporte le progrès de l'humanité. Le positivisme repose d'une part sur l'hypothèse ontologique (l'objet de la connaissance est postulé indépendant des observateurs qui la décrivent), d'autre part sur l'hypothèse déterministe (une cause A donnée engendre toujours un effet B donné). Voir Constructivisme, Objectivisme.

**Posture** [Angl. *Stance, Posture*] : Éléments théoriques\* (références, repères et savoirs) initiaux dont dispose le chercheur avant de débiter son enquête, et avec lesquels il observe son terrain. La neutralité totale étant impossible, il est essentiel que le chercheur connaisse sa posture de départ, afin de préciser de quelle manière il aborde le terrain.

**Pouvoir** [Angl. *Power*] Relation asymétrique entre au moins deux acteurs. C'est la capacité pour A à obtenir que B fasse ce que B n'aurait pas fait de lui-même et qui est conforme aux demandes de A. Cette capacité dépend du contexte dans lequel se passe l'interaction. Dans certaines circonstances A peut avoir du pouvoir sur B, et dans d'autres B peut avoir du pouvoir sur A. Il ne faut pas confondre pouvoir et autorité\*.

**Profession** [Angl. *Occupation, Profession*] : Selon la sociologie interactionniste\*, les groupes professionnels réalisent des processus d'interaction\* qui conduisent les membres d'une même activité de travail à s'auto-organiser, à défendre leur autonomie\* et leur territoire, et à se protéger de la concurrence.

**Question fermée** [Angl. *Closed question*] : Question pour laquelle l'individu choisit sa réponse (modalité de réponse) dans une liste préétablie. Par exemple, les réponses proposées à la question « Avez vous été élevé religieusement ? » seraient : oui/non. Ce type de question a pour avantage d'être simple à coder, mais est souvent peu informatif et directif.

**Question ouverte** [Angl. *Open-ended question, Open question*] : Question pour laquelle la personne interrogée répond comme elle le désire, sans avoir à choisir parmi différentes réponses préétablies. Certaines questions très larges, invitant l'interviewé à se raconter, sont appelées « consignes ». Ce type de question a pour avantage de donner accès à une pensée complexe mais est difficile à coder, car nécessitant la construction de catégories\* complexes.

**Récit** [Angl. *Narrative*] : Acte de parole visant à raconter, par écrit ou par oral, des événements réels ou imaginaires. En sociologie\*, le « récit de vie » ou « histoire de vie » est une forme particulière d'entretien. Il s'agit d'une narration où le chercheur demande au « sujet » de lui raconter une partie de son expérience vécue. Cette technique permet de saisir les logiques d'action des acteurs\* dans leur développement biographique. Voir Analyse du discours.

**Règle** [Angl. *Rule*] : Selon la sociologie des organisations\*, les règles formelles mettent de l'ordre dans les interactions\*. Elles constituent un socle minimum de coopération\* entre les individus pour que les buts de l'organisation\* soient atteints. L'application de ces règles conduit toujours à un écart entre ce qui est édicté et ce qui est réellement accompli. L'écart entre les règles formelles et les comportements des individus est l'adaptation que les individus font de la règle à la situation présente. Cette adaptation constitue les règles du jeu organisationnelles. Voir Sociologie des organisations.

**Relation** [*Angl. Relation*] : Une des activités essentielles de l'esprit humain est la recherche d'ensembles cohérents, de formes ou de configurations. Il ne considère jamais les entités de manière isolée mais construit des systèmes en les mettant en relation de continuité, de causalité, de concomitance, de coexistence, d'imbrication. *Voir* Interactionnisme, Mise en relation.

**Représentation** [*Angl. View*] : 1. En philosophie : idée incomplète et provisoire de ce qui est la vérité sur un objet donné. 2. En psychologie : forme de traduction de la pensée par des relations de correspondance (concepts, images, règles, etc.).

**Représentation sociale** [Syn. Représentation collective] [*Angl. Social representation*] : En psychologie sociale\*, association d'idées et/ou perception plus ou moins hétérogène qui permet de se faire une image mentale socialement partagée de la réalité collective, fortement suggérée à l'individu par la société. Les représentations sociales constituent un système de valeurs\*, de notions ayant vocation, d'une part à instaurer un ordre qui donne aux individus la possibilité de s'orienter dans l'environnement social et matériel, d'autre part à assurer la communication entre les membres d'une communauté.

**Retranscription** Syn. Transcription.

**Santé** [*Angl. Health*] : L'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique psychique et social ». Elle peut aussi être définie comme « la vie dans le silence des organes » (Leriche), comme la capacité de « fonctionner, faire ce dont on a envie, devenir ce qu'on veut devenir » (Dubos), ou encore comme « le luxe de tomber malade et de s'en remettre » (Canguilhem). Herzlich distingue trois formes de représentations : la « santé vide », où elle est assimilée à l'absence de maladie\* et ne prend sens que lorsqu'il y a irruption de celle-ci ; le « fond de santé », où elle n'est pas perçue comme un état mais conçue comme un capital, duquel dépend la résistance individuelle à la maladie ou à la fatigue ; la « santé équilibre », où elle constitue un idéal à atteindre, celui de l'autonomie et du bien-être.

**Saturation (des données)** [*Angl. Saturation (of data)*] : Terme théorique du développement d'une catégorie\* conceptuelle à partir duquel aucune propriété, dimension ou relation\* nouvelle n'émerge plus au cours de l'analyse. *Voir* Validation des résultats, Validité.

**Socialisation** [*Angl. Socialization*] : Processus suivant lequel les individus sont initiés\* à leur culture\*, c'est-à-dire à l'acquisition de normes\*, de croyances dominantes du groupe\*, des bonnes attitudes à avoir dans telle ou telle situation, délimitant des rôles sociaux. Ce processus n'est pas conscient mais implicite, les normes n'étant pas enseignées mais acquises essentiellement par imitation au contact des aînés. *Voir* Habitus, Rite de passage.

**Sociologie** [*Angl. Sociology*] : Elle peut être définie comme la science dont l'objet est la description et l'interprétation de la réalité sociale ; ou comme la science qui décrit, explique, essaie de comprendre les comportements sociaux des individus et leur interaction\*. Elle permet de saisir le sens que les individus donnent à leurs actions ainsi que les croyances et les valeurs\* sous-jacentes.

**Sociologie des organisations** [*Angl. Sociology of organizations*] École de pensée sociologique fondée par Michel Crozier et Erhard Friedberg (*L'Acteur et le système*, 1977). Elle s'intéresse à des champs aussi divers que l'administration, la santé, l'action publique, etc. Elle postule que les individus agissent en vue d'objectifs, de façon rationnelle et consciente, que leurs comportements ont un sens et que ceux-ci doivent être expliqués. Pour les mettre en oeuvre, ils possèdent des ressources et subissent des contraintes. Les organisations\* naissent des interactions\* entre les individus, mais leur échappent également en partie. Il existe des règles\* qui ne sont pas toutes formalisées, que l'analyse sociologique des organisations met en lumière.

**Statut** [*Angl. Status*] : Position qu'un individu occupe dans le système social, en fonction de sa profession, son niveau d'instruction, son sexe ou son âge. À chaque individu correspondent plusieurs statuts. Le statut social du médecin est variable selon sa spécialité, son lieu d'exercice, son sexe, son âge. Voir Norme.

**Stigmatisation** [*Angl. Stigmatization*] : Parole ou action conduisant à transformer une déficience, une incapacité ou un handicap en une marque négative pour la personne, désignée comme déviante. Le processus de stigmatisation génère des obstacles sociaux à la participation ou à la réalisation des rôles sociaux, qui ne sont pas seulement liés aux facultés de la personne mais aussi à des normes\* culturelles ou à des représentations\* sociales.

**Théorie** [*Angl. Theory*] : Terme dérivé du grec *theorein* (« contempler, observer, examiner ») désignant une idée ou une connaissance spéculative basée sur l'observation\* ou l'expérience, donnant une représentation\* idéale de la réalité, éloignée des applications pratiques. En sociologie\* par exemple, on oppose holisme\*, individualisme méthodologique\* et interactionnisme symbolique\* ; en médecine, théories biomédicale et balintienne\*. Voir Biomédecine, Théorie ancrée.

**Théorie ancrée** [Syn. Théorie fondée sur les données] [*Angl. Grounded theory*] : Méthode de recherche inductive visant la construction d'une théorie\* à partir des données empiriques recueillies. Elle comporte un échantillonnage raisonné\* et l'analyse est fondée sur la méthode de la comparaison constante\* entre les données d'analyse et les données du terrain. Voir Induction.

**Théorie balintienne** [*Angl. Balint's theory*] : Dans le modèle balintien, la maladie\* est un mode d'expression des problématiques sous-jacentes des patients, dont le rôle serait d'attirer l'attention du médecin, comme un « symptôme offert » à celui-ci pour amorcer le dialogue. Dans ce modèle, la maladie est liée à un déséquilibre, le malade est au centre de la prise en charge, l'approche est globale et adaptée à chaque patient.

**Transcription** [Syn. Retranscription] [*Angl. Transcri -bing*] : Première étape de l'analyse des données qualitatives\*, consistant à représenter sous forme écrite des données orales ou visuelles, et permettant de s'approprier progressivement les propos de l'interviewé. Certains auteurs préconisent de ne noter que les éléments significatifs ; d'autres de respecter une fidélité intégrale au discours tenu, incluant les aspects non verbaux (hésitations, silences, tics de langage, mimiques, etc.) ; d'autres encore de ne noter que les éléments directement en lien avec la recherche. En pratique, la (re)transcription doit être adaptée aux objectifs de la recherche. Voir Verbatim.

**Triangulation** [Angl. Triangulation] : Utilisation combinée de différentes méthodes de recherche, incluant plusieurs sources d'information, principalement pour contrôler la validité\* interne des résultats d'une étude. On peut distinguer la triangulation des données (temporelle, spatiale, par combinaison de niveaux), la triangulation du chercheur, la triangulation théorique et la triangulation méthodologique. La validation par les enquêtés\* peut aussi être considérée comme une forme de triangulation. Voir Validation des données.

**Valeur** [Angl. Value] : Préférences, croyances, principes généraux considérés comme fondamentaux qui orientent les comportements des acteurs\* et des groupes\* dans chaque société, et qui participent à leur vision du monde. Par exemple, dans le groupe professionnel des infirmiers, une valeur essentielle est accordée notamment à la prise en charge psychologique du patient, se manifestant par une attention accordée à son « moral ». Voir Représentation sociale, Sociologie.

**Validation (des résultats)** [Angl. Validation (of results)] : En recherche qualitative, les éléments suivants permettent de limiter le risque d'interprétation subjective des résultats : la saturation\* des données, la triangulation\* des données, la congruence avec les données de la littérature, ainsi que la confirmation ultérieure des résultats apportée par des données proches dans de nouvelles enquêtes.

**Validation par les enquêtés** [Angl. Respondent validation] : Méthode de validation\* interne des résultats par leur restitution ou retour aux participants à l'étude, afin d'en confirmer, réfuter ou affiner les interprétations.

**Validité** [Angl. Validity] : Capacité d'une mesure à décrire correctement le phénomène\* étudié.

**Verbatim** [Syn. Corpus de données] [Angl. Transcript, Verbatim] : Compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien. Il peut comporter des caractères spéciaux pour indiquer les expressions non verbales. Voir Transcription.

## 1. Introduction

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (2.)(3.) préconisent un repérage précoce de l'anorexie devant la gravité potentielle de cette pathologie. Selon certaines études (3.)(4.), un dépistage précoce permettrait l'amélioration de son pronostic. La prévalence des troubles de conduites alimentaires (TCA) est de 5% en population générale selon une étude australienne (5.).

En Grande Bretagne (6.), les patients atteints de TCA consultaient plus fréquemment leur Médecin Généraliste (MG) dans les 5 ans précédant le diagnostic pour des symptômes variés psychologiques, gastro-intestinaux et gynécologiques. Les MG seraient donc le premier contact avec des patients atteints de TCA. Il existe cependant une discordance entre la prévalence des TCA observée dans la population générale et celle observée en médecine générale soit une prévalence de 0,2% pour l'anorexie mentale et 1,5% pour la boulimie en médecine générale selon une étude anglaise (7.). Les hypothèses posées dans la littérature sont celles de l'évitement des soins et de morbidité cachée (7.). Dans cette étude, les hypothèses proposées sont celles du déni de la pathologie. Dans une autre étude anglaise (8.), est également évoqué le fait que les patients sont lents à se présenter dans les structures de soins, qu'ils sont secrets par rapport à leurs pathologies et qu'ils sont réticents à divulguer des informations.

Un projet de recherche CenTRAL-MG a été mis en place afin de comprendre, en Indre et Loire et en Région Centre, le parcours de soins des adolescents (12-19ans) souffrant de TCA. Les résultats de ce travail seront présentés sous forme de proposition de pistes d'amélioration de la prise en charge de ces adolescents souffrant de TCA.

Cette étude propose d'étudier le parcours de soins des patients en trois volets :

-Volet Soins Primaires : identifier les obstacles rencontrés par les médecins généralistes et les autres intervenants de soins primaires (gynécologues, infirmière et médecins scolaires, nutritionnistes et diététiciens) du département d'Indre et Loire (37) lors du dépistage, du repérage et de la prise en charge des troubles des conduites alimentaires par les MG.

-Volet Patients : identifier le parcours de soins des patients et le rôle que le MG pourrait avoir dans le dépistage, le repérage et la prise en charge de leurs troubles de la conduite alimentaire.

-Volet soins spécialisés : identifier auprès des spécialistes des soins secondaires et tertiaires ce qu'ils attendent du médecin généraliste dans la prise en charge (PEC) des adolescents souffrant de troubles des conduites alimentaires en Indre et Loire.

Ce travail a été particulièrement articulé avec celui de Sandrine Boustani-Gaillard (SBG). Son objectif était d'interroger les patients sur leur parcours de soins et le rôle que le MG pourrait avoir dans le repérage et la prise en charge de leurs troubles de la conduite alimentaire.

L'objectif de cette thèse était la réalisation du volet soins spécialisés. La question de recherche était la suivante : quelle est la place des MG dans le repérage et le parcours de soins des adolescents atteints de TCA en soins secondaires et tertiaires en Indre et Loire en 2012-2013 ?

## 2. Matériel et méthode

Nous avons réalisé une étude de type étude observationnelle qualitative.

Cette méthode a été choisie afin de révéler des hypothèses non connues sur le parcours de soins des patients, et sur la place du MG dans ce parcours de soins.

CenTRAL-MG est une collaboration entre le DUMG et le Dr Marc Fillâtre, psychiatre responsable de l'unité adolescent de la CPU qui a permis d'identifier les structures de prise en charge des patients telles que décrites dans le protocole.

- L'unité adolescents de la Clinique Psychiatrique Universitaire (CPU), unité psychiatrique pour les adolescents qui semble être le recours hospitalier le plus spécialisé pour les TCA en Indre et Loire ;
- Le Service de Pédiatrie R de Clocheville, service référencé au sein de l'hôpital comme prenant en charge sur le plan organique les enfants et adolescents jusqu'à 15 ans et 3 mois ;
- Le Centre Oreste est également connu pour sa prise en charge ambulatoire des adolescents sur le plan psychologique et psychiatrique ;
- La Maison Des Adolescents joue en Indre et Loire un rôle d'écoute et de soutien des adolescents ;
- Le Service de Médecine A du CHU est un service de médecine prenant en charge sur le plan organique les adultes à partir de 15 ans et 3 mois dont ceux souffrant de TCA ;
- La Clinique de Vontes est une clinique psychiatrique privée pour adultes ;
- Le Service de Psychiatrie de Liaison en pédiatrie est une unité de psychiatrie faisant le lien entre la CPU et les services hospitaliers ;
- Le Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMP) est une structure rattachée à l'hôpital, destinée à la prise en charge et au soutien psychologique et psychiatrique des enfants et adolescents ;
- Le Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé est un service de l'Université destiné aux étudiants.

Les critères d'inclusion étaient les personnels soignants et médecins ayant eu un contact avec les adolescents ou adolescentes âgés de 12 à 19 ans à la date de l'entretien, souffrant ou ayant souffert de TCA et ayant été pris en charge dans une des structures citées ci-dessus au cours des années 2012 et 2013.

La classification DSM IV (9.) (cf. annexe 2) a été utilisée pour définir les TCA. Cela nous a paru nécessaire pour son caractère plus communément présent dans les publications internationales afin d'avoir une base de données de recherche comparable pour notre étude

Les critères de non inclusion étaient les personnels soignants et médecins n'ayant pas eu de contact avec les adolescents ou adolescentes âgés de 12 à 19 ans à la date de l'entretien et le refus de participation.

La fin des recrutements de personnels soignants a été prévue après obtention de la saturation des données.

Le recueil de données a été réalisé par entretiens individuels semi-directifs après accord oral à l'aide d'un guide d'entretien, qui se trouve en annexe 1. Les personnes interrogées étaient libres d'arrêter l'enregistrement à tout moment et de ne pas répondre aux questions.

Ces entretiens ont été enregistrés avec un matériel audiophonique (Iphone et son dictaphone) et retranscrits mot à mot par informatique, pour constituer le verbatim, c'est-à-dire la base de données pour l'étude.

Les entretiens ont été réalisés sur la période octobre 2012 à avril 2013.

Principe d'anonymisation des verbatim :

- J'ai été nommée investigateur 1.
- Sandrine Boustani-Gaillard a été nommée investigateur 2.
- Jean-Sébastien Cadwallader a été nommé investigateur 3.
- Caroline Huas a été nommée investigateur 4.
- Les médecins ont été nommés M et indicés suivant l'ordre chronologique de réalisation des entretiens.
- Les soignants ont été nommés S et indicés suivant l'ordre chronologique de réalisation des entretiens.

SBG et moi-même avons pu bénéficier d'une supervision indirecte de nos entretiens sur notre position d'enquêtrice permettant une adaptation régulière de la grille d'entretien.

Tous les entretiens n'ont pu être joints à cette thèse, pour des raisons de confidentialité.

Les volets patients et soins spécialisés ont été financés par la Fondation Bruneau-Fondation de France (secrétaire pour retranscription des entretiens).

J'ai retranscrit un tiers des entretiens, SBG un tiers et un tiers par la secrétaire.

SBG et moi-même avons réalisé une analyse de type thématique à l'aide du logiciel de codage Nvivo 10 © en aveugle pour 1/3 des entretiens. Nous avons ensuite confronté nos données de codage ouvert. Nos désaccords de codage ont été réglés par consensus. Cette confrontation de codage a permis l'établissement d'un livre de codes. J'ai ensuite rectifié le codage des entretiens restants selon nos consensus. J'ai ensuite pu réaliser le codage axial à partir de ce livre de codes obtenu.

Les structures évoquées par les personnes interrogées ont été regroupées en :

- Hospitalisation médicale : les services d'hospitalisation en Pédiatrie R de Clocheville et en Médecine A du CHU.
- Ambulatoire médical : les médecins libéraux exerçant en libéral dont les MG et les pédiatres.
- Hospitalisation psychiatrique : CPU et la Clinique de Vontes.
- Ambulatoire psychiatrie : le Centre Oreste et la Maison des Adolescents et les psychiatres libéraux
- Psychiatrie de liaison : CMP et psychiatrie de liaison en pédiatrie et en médecine adulte.
- Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé.

L'étude a obtenu un avis favorable auprès du CPP de Tours puis avis favorable de la DRCI du CHU de Tours. Elle a aussi bénéficié d'un financement de la Fondation Bruneau-Fondation de France pour les volets patients et soins spécialisés.

### 3. Résultats

#### 3.1. Caractéristiques de la population interrogée

27 personnes ont pu être interrogées : 13 médecins et étudiants en médecine (1 médecin, 1 interne et 1 externe du service de Médecine A du CHU, 3 pédiatres et 1 interne de Pédiatrie R de Clocheville, 2 pédopsychiatres du CMP, 1 psychiatre de Liaison adulte, 2 psychiatres du Centre Oreste et 1 pédiatre de la Maison Des Adolescents) et 14 soignants (2 aides-soignantes, 1 infirmière, 1 cadre de santé et 2 diététiciennes du service de Médecine A du CHU, 4 auxiliaires de puériculture, 1 éducatrice de Pédiatrie R de Clocheville et 2 psychologues du Centre Oreste.)

27 entretiens ont pu être réalisés par plusieurs investigateurs :

- 5 par l'investigateur 1.
- 17 par l'investigateur 2.
- 1 par les investigateurs 1 et 2 conjointement.
- 3 par l'investigateur 3.
- 1 par l'investigateur 4.

Les caractéristiques de la population sont définies dans le tableau 1.

Nous avons interrogé 18 femmes et 7 hommes. La moyenne d'âge des personnes interrogées était de 42 ans [24-65].

	SEXE	AGE	FONCTION	LIEU D'EXERCICE	Acteurs de soins
M1	F	30-40	pédiatre	Pédiatrie R	1
M2	F	30-40	pédiatre	Pédiatrie R	
M3	F	20-30	externe	Médecine A	2
M4	F	20-30	interne	Médecine A	
M5	M	20-30	interne	Pédiatrie R	1
M6	M	>40	pédiatre	Pédiatrie R	
M7	M	30-40	psychiatre	Psychiatrie de Liaison	
M8	M	>40	psychiatre	Centre Oreste	
M9	F	>40	psychiatre	CMP	
M10	M	>40	psychiatre	Centre Oreste	
M11	F	>40	psychiatre	CMP	
M12	M	>50	médecin	Médecine A	
M13	M	>50	pédiatre	Maison Des Adolescents	

	SEXE	AGE	FONCTION	LIEU D'EXERCICE	Acteurs de soins
S1	F	30-40	aide-soignante	Médecine A	3
S2	F	30-40	aide-soignante	Médecine A	
S3	F	30-40	auxiliaire de puériculture	Pédiatrie R	
S4	F	30-40	auxiliaire de puériculture	Pédiatrie R	3
S5	F	30-40	auxiliaire de puériculture	Pédiatrie R	
S6	F	30-40	auxiliaire de puériculture	Pédiatrie R	
S7	F	>40	cadre de santé	Médecine A	2
S8	F	>40	diététicienne	Médecine A	
S9	F	>40	diététicienne	Médecine A	
S10	F	30-40	infirmière	Médecine A	
S11	F	>40	psychologue	Centre Oreste	1
S12	F	30-40	psychologue	Centre Oreste	
S13	F	30-40	infirmière	Pédiatrie R	2
S14	F	30-40	éducatrice spécialisée	Pédiatrie R	3

**Tableau 1 : caractéristiques de la population**

Les personnes interrogées ont été regroupées en 3 groupes selon leurs fonctions et le contenu de leur discours sur la manière dont ils se positionnaient et dans le parcours de soins :

- Groupe d'acteurs de soins 1 : médecins, pédiatres et psychiatres hospitaliers, psychiatres et psychologues du Centre Oreste et pédiatre de la Maison Des Adolescents

Les intervenants du Centre Oreste ont été regroupés, ils avaient la même fonction pour le premier contact.

Une psychologue du Centre Oreste sur sa fonction :

*S11 : « Alors, sachant aussi une spécificité dans le service c'est que, que les premiers rendez-vous sont pas forcément assurés par des médecins. Tout le personnel fait des premières consultations. »*

- Groupe d'acteurs de soins : 2 hospitaliers : diététiciennes, infirmières, cadre de santé, externe en médecine, internes de médecine et de pédiatrie.
- Groupe d'acteurs de soins 3: hospitaliers : auxiliaires de puériculture, aides-soignantes et éducatrice hospitalière.

Les patients évoqués dans les entretiens avaient un Indice de Masse Corporelle moyen de 13,00 [12-14], un âge moyen de 13,40 [11-18]., 25 sont de sexe féminin et 13 de sexe masculin.

### **3.2. Spécificités de l'anorexie mentale et de la boulimie**

#### **3.2.1. L'anorexie et la boulimie sont des maladies psychiatriques**

L'anorexie est une pathologie psychiatrique (DSM IV).

Annexe 2

*S2 : « En fait l'anorexie par exemple est une maladie psychiatrique »*

### **3.2.2. Dualité du repérage : médical et psychiatrique.**

#### **3.2.2.1. Difficultés de diagnostic de la pathologie psychiatrique.**

Plusieurs personnes du groupe 1, tous pédiatres, évoquaient la difficulté d'exclure une pathologie organique et de faire le diagnostic positif d'anorexie mentale. Elles différenciaient l'anorexie masculine et féminine.

*M6 : « on a du mal à faire la part entre l'organique et le fonctionnel. »*

*M2 : « parce que ce n'est pas forcément un diagnostic qu'on peut faire toujours simplement. »*

*M6 : « Mais sur les jeunes filles, globalement on a p't'être pas trop de soucis et j'parle d'anorexie mentale. Sur les garçons, là c'est clair que c'est plus compliqué. »*

#### **3.2.2.2. Manipulation et volonté de cacher les symptômes.**

Quelques acteurs de soins du groupe 1 insistaient sur l'habileté des anorexiques à cacher leur amaigrissement.

*S11 : « mais en effet, elles sont très douées pour cacher leurs symptômes à leur médecin traitant. Elles sont... voilà... de ce côté-là, elles particulièrement habiles ! »*

*M9 : « finalement la dénutrition, on s'en rend compte quand elle est vraiment avancée euh elles sont manipulatrices, euh ça c'est clair dans leur personnalité, perfectionniste, euh, donc elles le cachent bien »*

#### **3.2.2.3. Place des examens complémentaires.**

Quelques acteurs du groupe 1 souhaitaient avoir des bilans biologiques pour éliminer une pathologie organique et évaluer le retentissement de l'anorexie.

*M6 : « on a fait euh les explorations organiques qu'ont été faites et sont suffisantes pour nous. »*

### **3.2.3. Dualité de la prise en charge : médicale et psychiatrique.**

#### **3.2.3.1. Hospitalisation tardive en médecine ou en pédiatrie**

La moitié des personnes interrogées (aucune du groupe 1) évoquait une hospitalisation tardive, parfois le pronostic vital étant engagé.

*S5 : « Après, ils arrivent à être hospitalisés quand vraiment euh... ils sont critiques euh... que leur état de santé est critique ! »*

*S13 : « puis elle est arrivée quand même à 30, je crois c'est 28 kilos ! Donc euh... vraiment, fréquence cardiaque à... 54 ! Et puis vraiment, le poids critique ! »*

*S8 : « c'est souvent ça en fait, d'attendre le dernier moment »*

### **3.2.3.2. Difficultés des soignants dans la prise en charge pendant l'hospitalisation en médecine ou en pédiatrie**

Les équipes hospitalières disaient être mal formées à l'anorexie, puisque dans notre étude seulement quatre des douze soignants hospitaliers disaient avoir eu une formation spécifique sur l'anorexie. Un autre soignant hospitalier souhaitait avoir une formation.

*S1 : « moi j'ai fait partie...laaaa formation sur l'anorexie »*

*S4: « on a eu un cours par les psychologues sur l'anorexie »*

*S13 : « Non rien, mais c'est vrai que moi j'aurais voulu une formation ! »*

Toutes les personnes interrogées évoquaient une pathologie difficile à prendre en charge, non seulement parce que c'était une pathologie psychiatrique prise en charge par un service de médecine ou de pédiatrie, mais aussi parce que ces patients étaient très manipulateurs. Un soignant évoquait de la violence de la part du patient qui était en refus de soins.

*M1 : « c'est des enfants qui mettent beaucoup en difficulté les soignants »*

*S1 : « Voilà, donc un jeune homme deeeeeee seize ans qu'on a eu assez longtemps en médecine et qu'on attachaiiiiiit pieds et mainnnnns euhhhhhh pasque le protocole c'était comme ça. Qui refusait touuuuuut , qui se mordaitttttt,qui hurlaiiiiiit euuuuuuh nan ouais c'était très compliqué comme euh »*

*S3 : « Non, non, nous on n'est pas, c'est vrai que, elles viennent chez nous mais on n'est pas spécialement des services adaptés quoi. »*

*S6 : « C'était très difficile au niveau prise en charge psychologique... c'était tout dans la négociation... tout... pfff.... C'était vraiment très difficile ! C'était, ben, c'est un rapport aussi à l'enfant qui est difficile ...hein, l'enfant en difficulté ! C'est très difficile !!! »*

### **3.2.3.3. Prise en charge psychiatrique pendant l'hospitalisation en médecine ou en pédiatrie**

Pendant l'hospitalisation dans un service de médecine ou de pédiatrie, la majorité des médecins et soignants hospitaliers interrogés évoquait un suivi conjoint avec l'équipe psychiatrique, afin de scinder la prise en charge psychiatrique et la prise en charge médicale.

*M3 : « elle est suivie par le psychiatre de liaison de l'hôpital »*

*M9 : « non alors euh on, le service donne du temps de médecin et d'interne euh pour faire la pédopsych de liaison donc vraiment intervenir dans le service. »*

*S13 : « après il y a une relation qui est faite avec le pédopsychiatre d'ici, l'interne qui le, les suit ici »*

*S7 : « Elle est suivie de façon pluridisciplinaire dans le service c'est-à-dire que dans le service y'a toujours un psychiatre qui vient la voir »*

### 3.2.3.4. Bifocal somatique-psychique

Quelques personnes du Centre Oreste évoquaient la bifocalité de prise en charge médicale et psychiatrique. Elles trouvaient nécessaire que le patient soit suivi de manière somatique, conjointement à la prise en charge psychiatrique.

*S12 : « C'est bifocal donc c'est intéressant »*

*M8 : « ...il faut que le bifocal somatique-psychique marche bien. Moi je pense que c'est une garantie minimale, voilà ! »*

### 3.2.4. Le contrat de poids

La majorité des personnes interrogées évoquait le contrat de poids. Il est établi pendant l'hospitalisation en médecine et en pédiatrie. Il régit les apports alimentaires, les visites, et la sortie du service quand un poids-cible est atteint. Il est réalisé par le médecin responsable du patient, co-signé par le patient et les parents.

*M5 : « au niveau de la prise en charge, ici on établit un contrat d'hospitalisation à l'arrivée. Euh. Avec définition d'un poids euh cible. Euh qui euh correspond au poids où ils sont hors de danger euh physique. Euh, pour qu'on puisse les transférer à la CPU, à la clinique psychiatrique universitaire euh pour le reste du suivi. Euh le contrat d'hospitalisation, il régit euh bien sûr les apports alimentaires. On définit le poids en dessous duquel on pose une sonde nasogastrique, où euh la perte de poids euh sur une semaine par exemple qui nous fera peser euh poser une sonde nasogastrique. Euh au niveau de la prise en charge alimentaire, ils ont un régime normal euh comme euh n'importe quel enfant hospitalisé euh par contre on peut leur proposer des compléments alimentaires euh pour les aider à prendre du poids un peu plus vite. Euh et au niveau de la prise en charge psychiatrique euh tout est décrit dans le contrat d'hospitalisation pour. Euh et du coup au niveau de la prise en charge psychiatrique on établit les euh en gros les règles de vie dans le service avec euh une sorte d'isolement euh avec la famille. Ils ont le droit, alors ça c'est variable en fonction des cas, c'est pour ça qu'on fait le contrat. Euh par exemple à euh une heure en salle de jeux avec les autres enfants matin et après-midi. Euh une à deux visites par semaine des parents qui dure une heure et quinze minutes de consultation au téléphone le matin et le soir. Euh ils ont le droit de recevoir des lettres enfin on détaille vraiment tout ce dont ils ont euh besoin euh 'fin pour euh pour aller mieux quoi au niveau psychiatrique. »*

### 3.2.5. Problème de la scolarité.

Comme le soulignaient plusieurs intervenants, les patients souffrant de TCA étaient brillants sur le plan intellectuel et souffraient de la déscolarisation découlant de leur prise en charge hospitalière.

*M8 : « ce qu'on appelle une hyper intellectualisation et dès qu'on leur parle d'arrêter les cours... c'est pas possible. »*

Les psychiatres du Centre Oreste évoquaient les centres de soins-études.

*M8 : « Alors ce « soins-études » la philosophie c'est euh... permettre la poursuite des études »*

### 3.3. Parcours de soins.

#### 3.3.1. Différence de prise en charge entre l'anorexie mentale et la boulimie.

Toutes les personnes interrogées évoquaient l'anorexie et sa prise en charge hospitalière.

Seuls les acteurs de soins du groupe 1 évoquaient les conduites boulimiques. Quand elles étaient évoquées, c'était uniquement dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire. Aucune personne interrogée n'avait évoqué la prise en charge hospitalière de la boulimie.

*S11 : « phases de boulimie avec ou sans vomissements »*

*S12 : « elle a des périodes de restriction, des périodes de boulimie, des périodes de boulimie avec vomissements ou sans vomissements. »*

#### 3.3.2. Parcours de soins du point de vue des personnes interrogées.

Les 3 groupes précédemment définis n'évoquaient pas de la même façon le parcours de soins.

Les acteurs de soins du groupe 1 évoquaient les différents lieux de soins des patients, leur rôle dans le parcours de soins et parfois donnait leur avis sur les différentes interactions entre personnels de santé.

*M1 : « c'était moi qui l'avais orientée vers euh le Centre Oreste. »*

*M6 : « collaboration avec le médecin traitant ce qui parfois est difficile à mettre en place. »*

*M8 : « moi je coordonne »*

*M9 : « je suis très en relation avec la médecin généraliste qui la suit »*

*M11 : « et ensuite dans les suites de l'hospitalisation, on a organisé le suivi sur le CMP. »*

*S12 : « Nous pouvons adresser le patient soit en médecine interne soit en psychiatrique universitaire »*

Les acteurs de soins du groupe 2 connaissaient les passerelles entre les différents lieux de soins des patients, n'avaient pas d'influence sur le parcours de soins et ne donnaient pas leur avis:

*S8 : « elles sont adressées par leur médecin traitant à un médecin de l'hôpital (...) qui nous les adresse après en consultation »*

*S13 : « elles vont à l'Unité psychiatrique pour ado (...) après elles reviennent parce qu'elles ont maigri. Donc rechutent ! on repart à zéro.»*

Les personnes du groupe 3 connaissaient certains lieux de soins des patients et l'organisation interne des services hospitaliers et n'avaient pas non plus d'influence sur le parcours de soins.

*S1 : « Nous dans le service c'est assez rodé donc après c'qui se passe à l'extérieur on sait pas trop. »*

### **3.3.3. Un passage systématique par l'hospitalisation en médecine ou pédiatrie.**

Toutes les personnes interrogées évoquaient l'hospitalisation dans un service de médecine ou de pédiatrie. La majorité des personnes interrogées estimait que l'hospitalisation était longue.

*M6 : « c'est un enfant qui vient d'être hospitalisé »*

*M9 : « hospitalisée parfois pendant plusieurs semaines »*

*S11 : « pendant le temps de l'hospi médicale »*

*M3 : « Hospitalisée pour anorexie depuis trois semaines. »*

*S1 : « Les anorexiques on les a longtemps dans le service »*

## **3.4. Qualité de l'interaction**

### **3.4.1. Présentation des différents acteurs de santé**

Neuf structures de prise en charge des patients avaient été identifiées.

Des intervenants de cinq de ces structures ont pu être interrogés.

Deux structures n'ont pas répondu aux sollicitations (la Clinique de Vontes et le Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé).

Les intervenants de la CPU n'ont pas pu être sollicités pour des raisons d'organisation.

Deux structures sont indissociables (CMP et Service de Psychiatrie de Liaison en pédiatrie).

Nous avons pu recruter :

-3 pédiatres, 1 interne et 6 soignants du service de Pédiatrie R de Clocheville.

-2 psychologues et 2 psychiatres du Centre Oreste.

-1 pédiatre de la Maison Des Adolescents.

-1 médecin, 1 interne, 1 externe et 6 soignants du service de Médecine A du CHU.

-2 pédopsychiatres du CMP, qui assumaient les fonctions de psychiatrie de liaison en pédiatrie.

*M9 : « le CMP donne du temps de médecin et d'interne pour faire la pédopsy de liaison »*

-1 psychiatre de liaison de Médecine Adulte : alors que ce service n'avait pas été identifié.

En revanche une institution non identifiée au départ avait été citée par deux acteurs de soins (un psychiatre du Centre Oreste et un du CMP) : la Médecine Scolaire.

### **3.4.2. Le discours des soignants sur les interactions entre les personnels de santé**

Toutes les personnes interrogées évoquaient des interactions entre les personnels de santé

Les acteurs de soins du groupe 1 évoquaient la qualité des interactions entre personnels de santé.

*M8 : « c'est une réussite le réseau quelque part puisqu'on communique très régulièrement »*

*M11 : « Mais oui, sinon, je pense que ça ne se passe pas si mal avec les médecins généralistes et les pédiatres. »*

*M10 : « le fait qu'il y a très très très peu voire pas de liaisons interactives réelles entre les gens qui s'occupent des Troubles du Comportement Alimentaire. »*

Les acteurs de soins du groupe 2 et 3 évoquaient les interactions entre personnels de santé sans les qualifier de bonnes ou mauvaises.

*S5 : « Ils sont adressés soit par un médecin, ou alors par les parents parce que, voilà, ils voient que leur enfant va pas bien. Ils viennent aux urgences »*

*M5 : « pour qu'on puisse les transférer à la CPU, à la clinique psychiatrique universitaire euh pour le reste du suivi »*

### 3.4.3. La bonne qualité des interactions entre personnels de santé

Certaines personnes évoquaient la bonne qualité des interactions entre personnels de santé :

- Ambulatoire médical-ambulatoire psychiatrique.

*M10 : « C'est plus facile avec le médecin traitant d'ailleurs, pour moi en tous cas. »*

- Ambulatoire psychiatrique-médecine scolaire.

*M8 : « Oui. Ce médecin scolaire là a l'habitude, justement de... Elle fait partie des liens, on va dire, privilégiés avec le Centre Oreste. »*

- Psychiatrie de liaison-ambulatoire médical.

*M9 : « après j'ai une adolescente là auquel je pense anorexique que je suis et par contre je suis très en relation avec la médecin généraliste qui la suit, parce qu'on la suit de près »*

- Psychiatrie de liaison-médecine scolaire.

*M11 : « Enfin on a eu le médecin scolaire pendant qu'elle était hospitalisée bien sûr »*

- Psychiatrie de liaison-hospitalisation médicale.

*M11 : « et ensuite dans les suites de l'hospitalisation, on a organisé le suivi sur le CMP. »*

- Hospitalisation médicale-ambulatoire médical.

*S5 : « les médecins rentrent en contact entre eux.( )Soit en appel téléphonique, soit ils se déplacent. »*

- Hospitalisation médicale-hospitalisation psychiatrique.

*M1 : « Je pense que pour nous la CPU, c'est euh 'fin c'est l'idéal hein, c'est un relais euh tout organisé... 'fin c'est une suite d'hospitalisation »*

- Hospitalisation médicale -ambulatoire psychiatrique.

*S11 : « on essaye de travailler avec les équipes de façon à pouvoir leur rendre visite quand elles sont hospitalisées par exemple. »*

-Ambulatoire médical-médecine scolaire

*M8 : Alors, tout ce qui est projet, aménagement euh... scolaire, effectivement, là on est en relation, hein !*

- Hospitalisation psychiatre-ambulatoire psychiatrique.

*M10 : « liaison régulière et étroite entre CPU Ados, Clinique de Vontes »*

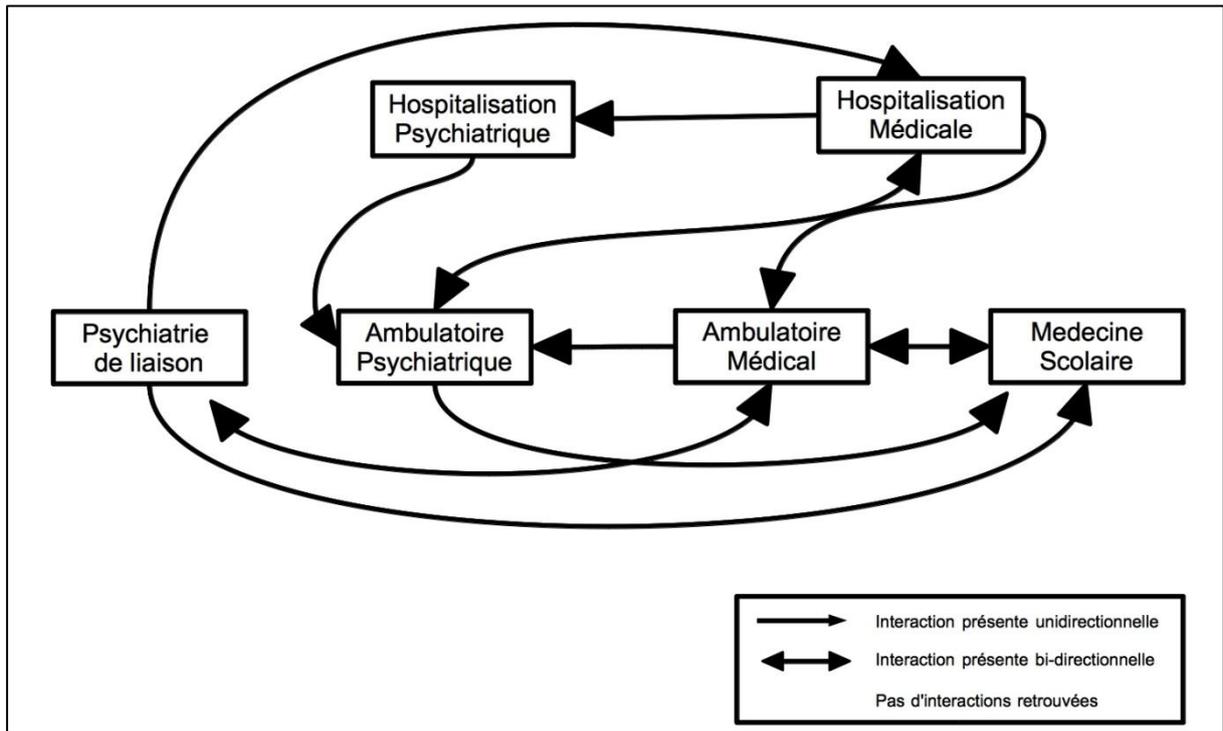


Figure 1 : Bonne qualité des interactions

### 3.4.4. La mauvaise qualité des interactions entre personnels de santé

Certaines personnes évoquaient la mauvaise qualité des interactions entre personnels de santé:

-Ambulatoire médical-ambulatoire psychiatrique

*M9 : « alors faut qu'il ait accès à un pédopsychiatre ce qu'il est loin d'être simple »*

-Ambulatoire psychiatrique-hospitalisation psychiatrique

*M10 : « Je reviens à ce que je disais au début la difficulté, l'énorme difficulté, énorme difficulté de trouver des lieux de prise en charge, euh... psychothé... enfin psychiatrique au sens large »*

-Hospitalisation médicale-ambulatoire médical,

*M6 : « collaboration avec le médecin traitant ce qui parfois est difficile à mettre en place »*

-Hospitalisation médicale-ambulatoire psychiatrique,

*M6 : « c'est un p'tit peu regrettable notamment sur le lien entre le suivi pédopsy en externe, fin psychologique en externe »*

-Hospitalisation médicale-hospitalisation psychiatrique

*M5 : « Euh et ensuite voilà c'est la CPU qui prend en charge, c'est vrai qu'on n'a pas de retour. »*

-Ambulatoire médical-psychiatrie de liaison

*Investigateur 1 : Vous travaillez beaucoup avec les médecins généralistes ?*

*M11 : Très régulièrement !*

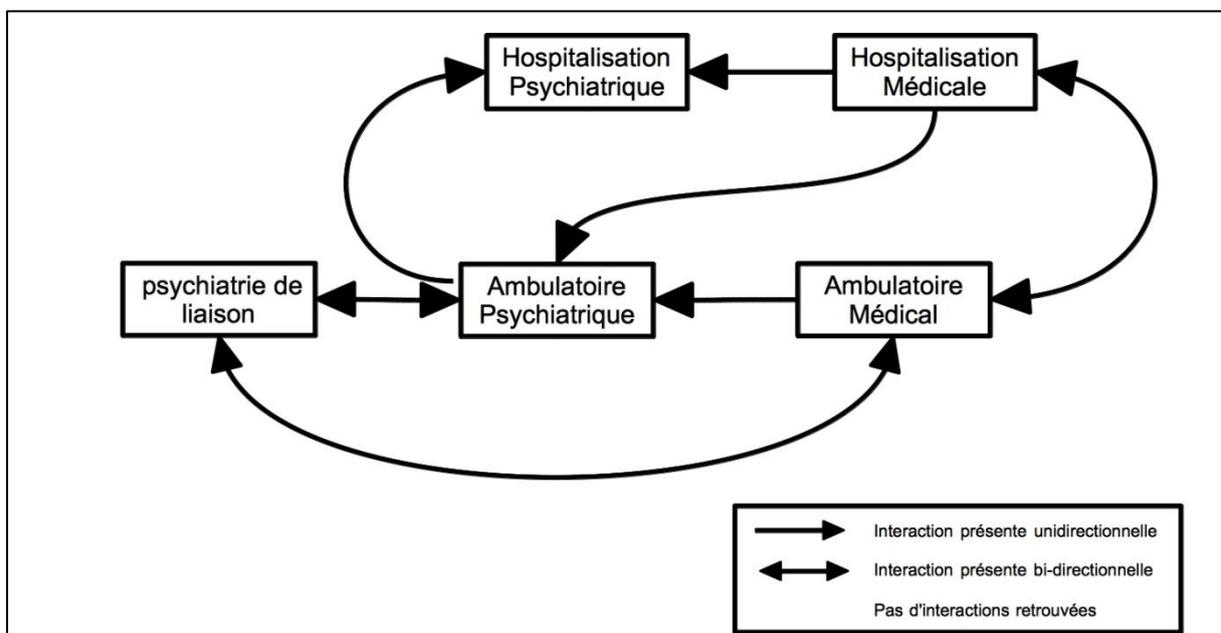


Figure 2 : Mauvaise qualité des interactions

### 3.4.5. L'absence de certaines interactions entre personnels de santé.

Certaines interactions entre personnels de santé n'étaient pas évoquées :

-Psychiatrie de liaison-ambulatoire psychiatrique-

-Psychiatrie de liaison-hospitalisation psychiatrique.

(-Hospitalisation psychiatrique-médecine-scolaire.)

(-Hospitalisation médicale-médecine-scolaire.)

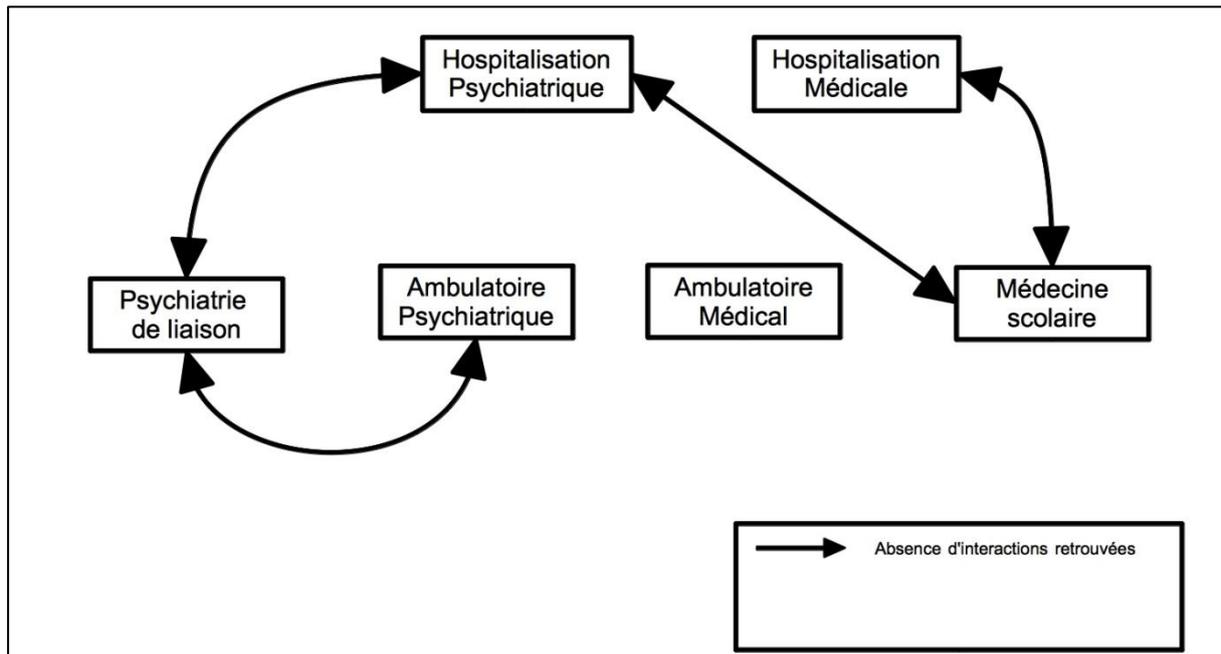


Figure 3 : Absence de certaines interactions

### 3.4.6. Diversité des parcours de soins.

Un acteur de soins du groupe 1 évoquait la diversité des parcours de soins.

*M2 : « Mais c'est vrai que ces enfants, ils peuvent arriver un petit peu par plusieurs biais. »*

A noter que le parcours de soins le plus fréquemment cité commençait par une consultation en médecine ambulatoire qui entraînait une hospitalisation en médecine ou en pédiatrie puis en psychiatrie.

*S14 : « Alors me semble-t-il... euh... via son médecin traitant, sur euh... vraiment un mauvais état de santé, puisque là, y'avait quand même un risque vital en jeu et que, et que généralement, ils passent par notre service pour être remplumés pour pouvoir après être orientés vers une structure qui est beaucoup plus spécialisée. Type euh...CPU ? »*

### **3.4.7. Passage par les urgences.**

D'après les personnes interrogées, de nombreux patients passaient par les urgences, avec ou sans orientation par un médecin ambulatoire. Pour un acteur de soins du groupe 1, ils y passaient systématiquement.

*M6 : « Notre recrutement il se fait euh comme ça à la louche : 50% par les urgences et 50% par le réseau de pédopsy »*

*M1 : « ils arrivent toujours par les urgences. »*

### **3.4.8. Correspondance entre personnels de santé.**

La plupart des personnes interrogées parlait de correspondance pour la continuité des soins :

-courriers des médecins ambulatoires (dont les MG) pour les urgences

-courriers de transfert de l'hospitalisation médicale pour l'hospitalisation psychiatrique

-courriers de sortie de l'hospitalisation médicale pour les médecins ambulatoires.

-avis téléphoniques entre les médecins ambulatoires et les médecins hospitaliers

-avis téléphoniques entre les psychologues et psychiatres libéraux et les médecins hospitaliers

*S5 : « les médecins rentrent en contact entre eux. »*

*M2 : « Oui, on envoie un courrier »*

Certains acteurs de soins du groupe 2 regrettaient de ne pas avoir de nouvelles des patients après leur sortie de l'hospitalisation médicale.

*S13 : « peut-être le fait de savoir ce qu'ils deviennent quand ils sortent de la CPU. Parce qu'on n'a pas de retour ! »*

*M5 : « c'est vrai que si on peut nous tenir au courant de l'évolution (...) ça pourrait être sympa de savoir un peu comment ça se passe après. »*

### **3.4.9. Facteurs de réussite de prise en charge pluridisciplinaire.**

Les acteurs de soins des services hospitaliers de médecine et de pédiatrie interagissaient très bien entre eux, notamment grâce à une réunion hebdomadaire entre tous les personnels aussi bien en médecine qu'en pédiatrie.

*S7 : « voilà où le, la, l'infirmière fait la synthèse de c' qui s'est dit euh, dans le dossier, de la patiente concernée comme ça euh voilà si y 'a un doute ou quelqu'un qui prend en charge un patient une journée, la patiente une journée, elle est capable de voir un p'tit peu c'qui s'est dit euh les différentes réunions. »*

*S13 : « et puis maintenant, y'a une réunion, donc on parle de l'enfant, de la cellule familiale et tout... mais on prend mieux en charge je pense l'anorexie qu'avant ! Depuis peu ! »*

Un acteur de soins du groupe 1 parlait de l'importance de la collaboration.

*S11 : « De toute façon, les réussites de prise en charge, enfin pour ma part, c'est toujours quand il y a eu un certain nombre de collaborations de collègues autour d'une problématique. »*

### **3.4.10. Facteurs d'échec de prise en charge pluridisciplinaire.**

Un acteur de soins du groupe 1 pensait que le manque de communication pouvait être une cause d'échec.

*M6 : « j' pense qu' on a un manque de communication, clairement. Ça c' est quelque chose qu' il y a à améliorer »*

### **3.4.11. Sensation de solitude.**

Certains acteurs de soins du groupe 1 se sentaient seules face à cette pathologie lourde à prendre en charge.

*S11 : « Euh... On est toujours isolé avec ces patientes-là malgré tout, même si on essaie de faire du lien. (...) donc moi je trouve que globalement, je ressens beaucoup d' isolement quand même, même si je pense avoir un bon étayage professionnel de ce côté-là ! »*

## **3.5. La place du Médecin Généraliste.**

### **3.5.1. La place importante du MG.**

Toutes les personnes interrogées trouvaient que le MG jouait un rôle important.

*S12 : « Donc je trouve ça très important le médecin généraliste. Enfin, je sais que je m' appuie beaucoup ! »*

### **3.5.2. La place du MG en tant que premier recours.**

Un acteur de soins du groupe 1 pensait que le MG était le médecin de premier recours.

*M8 : « Le médecin généraliste... qui est très interpellé parce que les familles : « On voit, elle mange plus. Qu' est-ce qui se passe docteur ? ». Enfin... »*

### **3.5.3. La place du MG dans le suivi régulier de l'enfant et de l'adolescent avant le diagnostic.**

Certains acteurs de soins du groupe 1 évoquaient le rôle du MG dans le suivi régulier de l'enfant et de l'adolescent.

*M5 : « qu' elle était déjà suivie euh en externe pour des débuts, y soupçonnait qu' y avait des troubles d' anorexie mentale »*

*M8 : « qui nous avait été adressée par un médecin généraliste qui la suivait. »*

Quelques soignants et un psychiatre hospitaliers soulignaient le problème du manque de suivi des adolescents qui compliquait le diagnostic et la prise en charge du TCA.

*S4 : « Euh... on les emmène pas spécialement chez son médecin traitant. Jusqu' à cet âge-là, ils sont peut-être une fois malades dans l' année, donc euh... le médecin traitant, lui si on ne lui emmène pas l' enfant, il ne peut pas surveiller un poids. »*

*M7 : « Et surtout y'avait pas de suivi avec le médecin traitant (...) Ce qui aurait été intéressant, ça aurait été d'avoir d'une part euh plusieurs consultations, ne serait-ce que pour voir l'évolution pondérale. »*

### **3.5.4. La place du médecin non MG dans le suivi des adolescents.**

Parfois le patient était suivi par un médecin non généraliste :

- par un psychiatre
- par un pédiatre
- par un médecin de la famille

### **3.5.5. La confusion entre le MG et les autres médecins.**

Un acteur de soins du groupe 1 confondait médecin généraliste et pédiatre.

*« Investigateur : Un médecin généraliste ? »*

*M6 : « Oui euh pardon un pédiatre. »*

Certaines personnes confondaient médecin généraliste et médecin traitant, alors que ce dernier a une définition administrative.

*M5 : « Euh adressée par son médecin traitant aux urgences ».*

*Investigateur2: « son médecin traitant c'était euh c'était quoi comme... »*

*M5 : « un médecin généraliste. »*

### **3.5.6. Précocité du diagnostic**

Quelques médecins et soignants hospitaliers pensaient que le diagnostic était tardif.

Quelques médecins hospitaliers pensaient que le diagnostic était assez précoce.

*S10 : « je pense qu'il ne s'est vraiment pas alarmé assez tôt, parce que du coup, euh nous elle est arrivée dans un état, enfin dans un état de cachexie, donc vraiment euh assez poussée quand même, et je pense que vraiment il a pris ça peut-être en charge un petit peu trop tard. »*

*M6 : « le diagnostic d'anorexie mentale a été posé ou a été évoqué et l'enfant est adressé habituellement dans des délais tout à fait corrects »*

Un acteur de soins du groupe 1 évoquait l'habileté des anorexiques à cacher leur amaigrissement à leurs proches et à leur médecin

*S11 : « mais en effet, elles sont très douées pour cacher leurs symptômes à leur médecin traitant. Elles sont... voilà...de ce côté-là, elles particulièrement habiles ! ».*

Un médecin hospitalier rappelait l'importance de déshabiller les patients !

*M12 : « Mais y'en a qu'arrivent, moi j'en ai vu une elle avait 7 pulls...quand je l'ai vu arriver je me suis dit mais pourquoi on me l'envoie ? Mais comme moi je fais toujours déshabiller les gens car je suis un vieil interniste bah j'ai compris*

*effectivement qu'elle était franchement dénutrie, gravement dénutrie mais ça se voyait pas forcément. »*

### **3.5.7. Parcours de soins du patient**

Pour certains acteurs de soins du groupe 1 et 2, un MG qui avait évoqué le diagnostic de TCA, pouvait adresser le patient soit en consultation avec un médecin interniste, un pédiatre ou un psychiatre, soit en hospitalisation en pédiatrie ou en médecine en fonction de son état de santé.

L'attente d'un acteur de soins du groupe 1 de la prise en charge par un MG :

*M2 « qu'il soit capable de repérer les éléments qui doivent l'amener à adresser cette enfant à un pédiatre, ou à demander un avis à quelqu'un d'autre ou à directement l'adresser auprès d'un pédopsy »*

Au sujet d'une patiente du Centre Oreste :

*M8: « Une jeune fille qui a actuellement 17 ans et demi, qui nous avait été adressée euh... qui nous avait été adressée par un médecin généraliste qui la suivait »*

Au sujet d'une patiente consultant un médecin hospitalier :

*S8 « Alors généralement elles sont adressées par leur médecin traitant à un médecin de l'hôpital »*

### **3.5.8. Les examens complémentaires**

Quelques acteurs de soins du groupe 1 pensaient qu'une fois le diagnostic évoqué, le MG pouvait rechercher des répercussions somatiques, avec un examen clinique et des examens complémentaires.

*M6 : « Sur le côté dépistage, y'a souvent eu des bilans biologiques qu'ont été faits et un diagnostic de problèmes d'ordre psychologique qui a été posé. »*

Une personne du Centre Oreste attendait du MG un bilan sanguin afin d'évaluer la dénutrition. (pas de plateau technique au Centre Oreste).

*S11 : « elle est très dénutrie, cette patiente-là, et elle me disait qu'elle n'avait pas eu le bilan, euh... ni sanguin, ni de quoi que ce soit... »*

### **3.5.9. Le MG trop rassurant**

Un acteur de soins du groupe 2 pensait que le médecin généraliste pouvait être trop rassurant et retarder l'hospitalisation.

*S13 : « En fait, ils font, ils ne sont pas assez alarmants, peut-être trop rassurants les médecins traitants ! »*

### **3.5.10. Le MG comme coordinateur des soins.**

Quelques médecins et pédiatres hospitaliers évoquaient le rôle de médecin coordinateur des soins, notamment entre le milieu hospitalier et ambulatoire.

*M1 : « qu'y puisse faire l'intermédiaire »*

*M12 : « c'est le médecin généraliste qui a ses cartes et qui distribue les cartes en fonction de son patient. »*

La majorité des psychiatres pensait que pour certains cas, ils pouvaient également être coordinateurs des soins.

*M11 : « Alors, moi j'ai coordonné le suivi, je faisais le point avec elle et les parents, à peu près tous les 2 mois. »*

*M8 : « Donc, euh... moi je coordonne »*

### **3.5.11. Le MG comme collaborateur avec les autres structures de soins.**

La moitié des médecins et pédiatres hospitaliers, bien que consciente de la difficulté, attendait une collaboration avec le médecin généraliste, et notamment entre le milieu hospitalier et ambulatoire.

*M6 : « collaboration avec le médecin traitant ce qui parfois est difficile à mettre en place. »*

### **3.5.12. Suivi régulier par le MG après l'hospitalisation.**

Après l'hospitalisation, la plupart des personnes interrogées attendait du MG un suivi régulier et notamment le suivi du poids, ainsi qu'un rôle de soutien et de prévention des rechutes.

*M2 : « le suivi était conjoint avec le médecin généraliste qui initialement devait la revoir tous les mois pour une surveillance du poids, »*

*M3 : « Après la sortie. Euh savoir euh détecter les rechutes »*

*S12 : « Toujours un relais, tout le temps ! »*

### 3.5.13. Interactions du MG

D'après notre étude, le MG interagissait avec beaucoup d'acteurs de santé.

Certaines personnes évoquaient des interactions de bonne qualité :

- MG-hospitalisation médicale
- MG-ambulatoire psychiatrique
- MG-psychiatrie de liaison
- MG-parents
- MG-médecine scolaire

Certaines personnes évoquaient des interactions de mauvaise qualité :

- MG-hospitalisation médicale
- MG-ambulatoire psychiatrique
- MG-psychiatrie de liaison

Certaines personnes évoquaient des interactions sans les qualifier :

- MG-hospitalisation médicale
- MG-ambulatoire psychiatrique
- MG-hospitalisation psychiatrique
- MG-parents
- MG-urgences

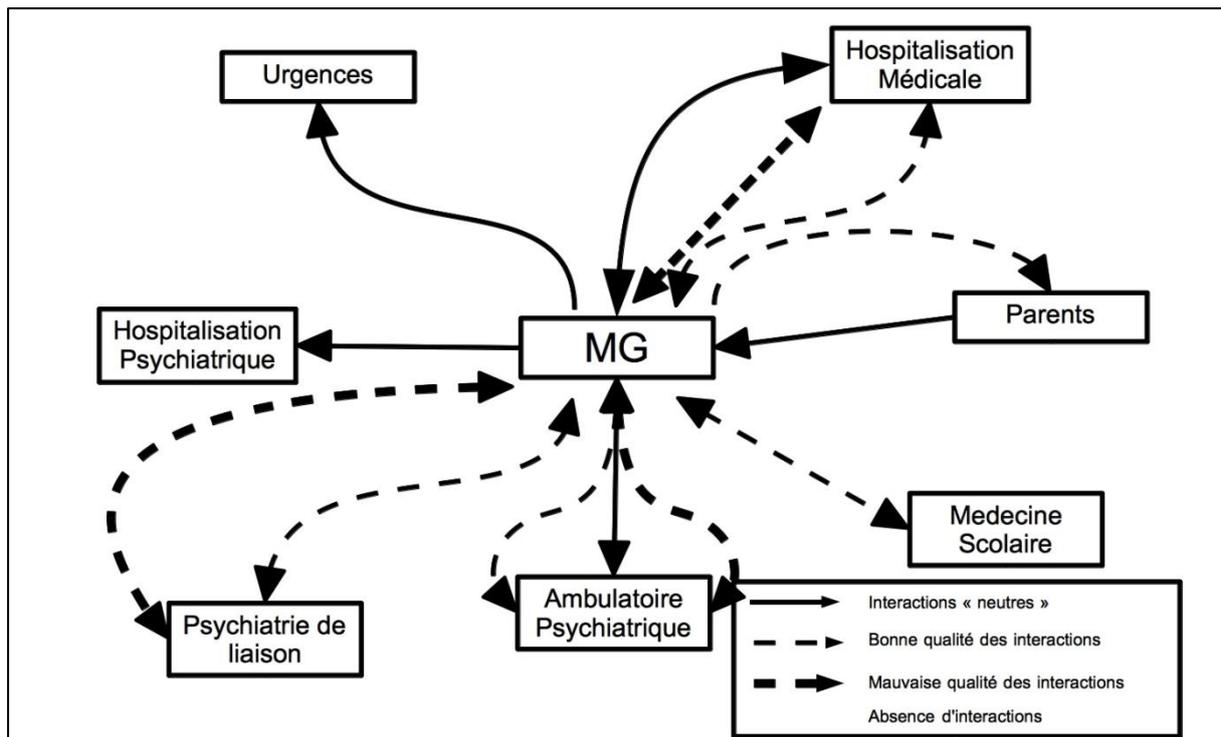


Figure 4 : Interaction du Médecin Généraliste

### **3.6. La place de l'entourage**

#### **3.6.1. L'entourage de l'adolescent**

Toutes les personnes interrogées évoquaient l'importance de l'entourage.

*S6 : « très présent au début ! C'était surtout avec la maman. Donc, enfin, très présent ! »*

*S9 : « l'entourage du patient, la mère est présente toute la semaine, tous les jours, mais le père qui n'habite pas sur place, ne vient que le week-end »*

#### **3.6.2. Aucun repérage de l'entourage.**

Un acteur de soins du groupe 1 parlait du problème de repérage par les proches. En effet, ils n'avaient pas identifié le problème assez tôt, probablement parce que l'adolescent cachait l'amaigrissement et manipulait ses parents.

*M9 : « c'est l'histoire de faire réagir les parents avant quoi, parce que y'en a certaines, enfin certaines qui arrivent euh, la les dernières qui sont arrivées, c'est clair que ça faisait au moins 6 mois que ça se passait, au moins voire un an et que les parents finalement n'ont pas identifié le problème, euh assez tôt »*

*M9 : « le déni, le fait que l'ado ne veut pas, cache, manipule, crée un climat d'emprise terrible sur les parents pour faire en sorte qu'ils ne voient rien, c'est complexe hyper complexe »*

#### **3.6.3. Démographie familiale**

La plupart des personnes interrogées évoquait l'entourage du patient : quatre des patientes avaient une sœur jumelle, dont deux étaient en surpoids, un père n'était présent que le week-end; un autre ne voyait plus sa fille.

*S4 : « Elle avait une sœur jumelle, cette jeune fille. Donc, qui était, elle, plutôt en surcharge pondérale. »*

*S11 : « le papa n'est plus dans le circuit si j'ose dire, enfin, c'est une jeune fille qui ne voit plus son papa depuis plusieurs années »*

#### **3.6.4. Investissement de l'entourage**

La majorité des acteurs de soins des groupes 2 et 3 retrouvait un entourage investi, voire très investi.

*S10 : « son entourage est très présent, notamment ses parents »*

Certains acteurs de soins du groupe 1 pensaient que la famille était opposante et respectait difficilement les visites restreintes.

*M5 : « Euh et le père très présent aussi par rapport à sa fille mais en opposition aux soins au début. Il voulait absolument pas qu'on coupe les contacts avec sa fille. »*

*M2 : « c'était une maman qui était très présente malgré les restrictions »*

Certains acteurs de soins des groupes 2 et 3 évoquaient une famille dépassée par la maladie.

*S13 : « puis la famille est déjà démunie quand ils arrivent. On voit qu'ils sont démunis ! »*

### **3.6.5. Difficulté d'acceptation de la pathologie psychiatrique**

Un médecin du groupe 1 parlait de difficulté pour les parents d'accepter un diagnostic psychiatrique aux troubles de leur enfant.

*M6 : « très présent. Le papa et la maman sont très présents et très investis euh mais ils ne sont pas prêts à accepter une cause d'ordre psychologique ou fonctionnelle. »*

### **3.6.6. Influence d'un facteur déclenchant**

Une partie des personnes interrogées pensait qu'il existait un facteur déclenchant ou associé, que ce soit au sein de la cellule familiale ou dans l'entourage proche du patient.

*S10 : « alors euh euh justement son entourage est très présent, notamment ses parents surtout et c'est aussi euh un des... une des raisons (entre guillemets) de son anorexie, enfin du déclenchement de son anorexie »*

*M7 : « une difficulté à pouvoir se réalimenter dans un contexte plus général aussi de, de difficulté à pouvoir euh, faire face à plusieurs événements de vie. D'une part la séparation des parents qui était survenue en fait euh vers l'âge de 5-6 ans. Euh et puis d'autre part donc le, un contexte aussi de, de choix sur la possibilité d'aller chez son père ou chez sa mère. »*

*M9 : « sur un facteur déclenchant de sa vie euh sentimentale débute un régime »*

### **3.6.7. Soutien de l'entourage**

Quelques acteurs de soins du groupe 1 évoquaient la culpabilité, l'impuissance et l'incompréhension des parents

*M12 : « Une culpabilité de la part des parents, une impuissance aussi, une incompréhension. Bon les gens sont totalement perdus, et puis ils voient bien. Ils voient bien j'veux dire parce que la dénutrition comme l'anorexie, c'est quand même deux situations assez particulières dans les maladies chroniques. »*

Certains acteurs de soins du groupe 1 évoquaient le soutien des proches grâce à la thérapie familiale, l'association ENFINE, et les groupes de paroles pour les parents.

*M9 : « nous on a de la chance de la thérapie familiale »*

*M9 : « il y a l'association ENFINE »*

*M11 : « les parents ont bénéficié d'un groupe paroles-parents. »*

### 3.6.8. Rapports avec l'entourage

La plupart des personnes interrogées, majoritairement des groupes 2 et 3, expliquait que les adolescents atteints de TCA avaient un rapport particulier avec l'alimentation : ils mangeaient peu, voire très peu, cuisinaient pour les autres, et enrichissaient l'alimentation de leurs proches.

*S13 : « C'est elle qui faisait à manger, parce que maman était un peu déprimée et alors, elle faisait grossir tout la famille sauf elle ! »*

*S13 : « C'est-à-dire qu'elle cuisinait mais avec des trucs très riches. Elle mettait de la crème fraîche, elle mettait... mais elle non ! C'était vapeur ! »*

*S1 : « Et qu'y mettait plein de choses grasses exprès pour sa sœur ,ses parents alors que lui bon, il achetait des bonbons à sa sœur. Etttt lui de son côté lui se privait et il essayait d'engraisser les autres. »*

### 3.7. Résumé des différentes interactions

Certaines personnes pensaient que certaines interactions fonctionnaient bien, telles que :

- Ambulatoire médical-ambulatoire psychiatrique.
- Ambulatoire psychiatrique-médecine scolaire.
- Psychiatrie de liaison-ambulatoire médical.
- Psychiatrie de liaison-médecine scolaire.
- Psychiatrie de liaison-hospitalisation médicale.
- Hospitalisation médicale-ambulatoire médical.
- Hospitalisation médicale-hospitalisation psychiatrique.
- Hospitalisation médicale-ambulatoire psychiatrique.
- Ambulatoire médical-médecine scolaire.
- Hospitalisation psychiatre-ambulatoire psychiatrique.

Certaines personnes pensaient que certaines interactions fonctionnaient beaucoup moins bien, telles que :

- Ambulatoire médical-ambulatoire psychiatrique.
- Ambulatoire psychiatrique-hospitalisation psychiatrique.
- Hospitalisation médicale-ambulatoire médical.
- Hospitalisation médicale-ambulatoire psychiatrique.
- Hospitalisation médicale-hospitalisation psychiatrique.
- Ambulatoire médical-psychiatrie de liaison.

D'autres interactions n'ont pas été évoquées telles que :

- Psychiatrie de liaison-ambulatoire psychiatrique.
- Psychiatrie de liaison –hospitalisation psychiatrique.
- (- Hospitalisation psychiatrique-médecine-scolaire.)
- (- Hospitalisation médicale-médecine-scolaire.)

Spécifiquement, les interactions du MG étaient :

- MG-ambulatoire psychiatrique : interactions bonnes, mauvaises et neutres
- MG-hospitalisation médicale : interactions bonnes, mauvaises et neutres
- MG-psychiatrie de liaison : interactions bonnes et mauvaises
- MG-hospitalisation psychiatrique : interactions neutres

- MG-parents : interactions bonnes et neutres
- MG-urgences : interactions neutres
- MG-médecine scolaire : interactions bonnes

## **4. Discussion**

### **4.1. Les principaux résultats**

Dans notre étude, les patients avaient de très nombreux interlocuteurs différents, dont la coordination semblait complexe.

27 entretiens ont été réalisés auprès de soignants intervenant dans des structures identifiées comme prenant en charge des TCA.

Dans cette étude, l'hospitalisation dans un service de Médecine ou de Pédiatrie avait une place importante pour la prise en charge de l'anorexie. Alors que la boulimie n'était évoquée que dans la prise en charge ambulatoire.

La qualité des interactions étaient variables, semblaient améliorées par des réunions pluridisciplinaires, le fait de se connaître et la disponibilité.

Le rôle du MG semblait être le suivi de l'enfant et de l'adolescent, le repérage et le diagnostic des TCA, la recherche de complications à l'aide d'examen complémentaires, la coordination des soins et le suivi post-hospitalisation.

### **4.2. Spécificités de la prise en charge des TCA**

Cette étude souligne une des particularités de la prise en charge des mineurs : la décision des conditions de prise en charge, et notamment l'hospitalisation (10.) dépend des parents.

En effet, le repérage, la décision du premier interlocuteur, mais aussi le suivi post-hospitalier dépendaient beaucoup de l'entourage.

Dans la littérature (11.), on retrouve trois facteurs influant le plus fortement sur la sous-utilisation des services de soins, alors que l'état psychique et/ou somatique le nécessite : l'âge à la première hospitalisation, la distance entre le domicile et l'hôpital et les relations conflictuelles avec le père.

Dans cette étude, on percevait les relations conflictuelles et l'absence paternelle, mais il faut se méfier du biais de mémorisation.

La distance entre le domicile et hôpital n'avait pas du tout été évoquée.

L'âge n'apparaissait pas comme un facteur influant l'utilisation des services de soins.

L'entourage pouvait également avoir besoin d'être soutenu tout au long de la maladie.

Les guidelines NICE for the treatment of eating disorders, n'ont émis aucune recommandation spécifique pour l'anorexie, mais des recommandations de thérapie cognitivo-comportementale pour la boulimie (12.) montrant qu'elle est supérieure aux autres traitements psychologiques.

Les recommandations de la HAS (2.) proposent un questionnaire DFTCA (Définition Française des Troubles du Comportement Alimentaire) et le suivi des courbes anthropométriques. D'autres questionnaires de dépistage sont étudiés dans la littérature : le questionnaire Scoff (7.) (13), le EAT-26 (14.) ou d'autres questionnaires simplifiés (15.)

### **4.3. Différentes structures**

Dans le cadre de notre étude nous avons préétabli un cadre de structures considérées comme référentes dans le parcours de soins des adolescents souffrant de TCA en Indre et Loire. Cependant les résultats ne retrouvaient pas exactement les mêmes intervenants.

En théorie, il existe deux structures individualisées : un Service de Psychiatrie de Liaison en Pédiatrie et un CMP. Hors, le CMP donnait du temps d'interne et de médecin pour assurer cette psychiatrie de liaison sur Clocheville. Le Service de Psychiatrie de Liaison en Pédiatrie ne serait donc pas une structure individualisée.

Les personnes interrogées n'ont pas évoqué le Service Universitaire de Prévention et Promotion de la Santé.

Très peu de personnes ont évoqué la Clinique de Vontes. Cela pourrait être expliqué par le fait que c'est une clinique d'adultes, alors que les services de la majorité des personnes interrogées fonctionnaient avec des services pédiatriques.

Plusieurs personnes ont évoqué la Médecine Scolaire, structure non identifiée au départ.

Les intervenants de la CPU n'ont pas pu être interrogés pour des problèmes d'organisation des investigateurs.

Il serait intéressant de recueillir l'avis de la Médecine Scolaire, le Service Universitaire de Prévention et Promotion de la Santé, la CPU et la Clinique de Vontes sur leur place dans la prise en charge des TCA.

### **4.4. Un parcours de soins difficile à identifier**

Le parcours de soins des patients était difficile à identifier, probablement parce que la majorité des personnes interrogées (soignants et médecins) était des hospitaliers. Ils n'avaient donc pas de rôle direct dans le parcours avant l'hospitalisation. L'interrogatoire des équipes spécialisées dans la prise en charge des TCA ne permet pas à lui seul d'identifier clairement des parcours de soins. Ce travail de thèse est une partie de l'étude CenTRAL-MG. Cette étude a justement l'objectif de croiser les regards et perceptions de ces parcours de soins en interrogeant les soignants à la fois en ville et en soins spécialisés; avec celui des patients.

Ni les psychiatres, ni les médecins hospitaliers n'avaient émis de remarque sur un défaut de compréhension entre eux, peut-être du fait du caractère « officiel » de l'étude et que nous sommes médecins généralistes, donc ni psychiatres, ni médecins hospitaliers.

### **4.5. Qualités d'interactions**

Cette étude souligne l'intérêt du travail d'équipe et des réunions multidisciplinaires hebdomadaires entre soignants et médecins hospitaliers en Médecine et en Pédiatrie. Ces rencontres pluridisciplinaires semblent améliorer les liens entre les différents personnels de santé.

On pourrait se demander pourquoi les réunions pluridisciplinaires entre les personnels de santé, somatiques et psychiatriques ne sont pas plus systématiques ? Notamment dans la prise en charge ambulatoire.

Cela pourrait être un problème d'organisation de réunion et de disponibilité d'emploi du temps. On peut réfléchir à des solutions, comme la vidéoconférence ou la mise en place d'un réseau de soins.

#### **4.6. La place du MG dans le parcours de soins**

Dans cette étude, le MG avait un rôle central, celui de coordination des soins, de suivi habituel de l'adolescent.

Il était décrit comme en première ligne pour le repérage et le diagnostic de TCA, puis l'orientation vers un médecin spécialiste, un psychologue ou directement en hospitalisation.

Il avait également un rôle majeur pour le suivi du patient à sa sortie d'hospitalisation : contrôle du poids, prévention des rechutes, évaluation psychologique.

Dans cette étude, une distinction était faite entre les adolescents suivis médicalement et les adolescents non suivis. En effet le diagnostic semblait compliqué et plus tardif, chez un adolescent non suivi.

Il serait intéressant d'étudier si un suivi régulier est associé à un diagnostic plus précoce ?

Le diagnostic de TCA était difficile à réaliser chez une personne qui dissimulait ses symptômes. Il faut tenir compte du déni, qui est partie intégrante de cette maladie. (2.)(3.)

Pour les personnes interrogées, le rôle du MG était fondamental pour prévenir l'évolution de l'anorexie. Le MG devrait être vigilant sur la perte de poids et ne pas ignorer les critères de gravité et d'hospitalisation.

Il serait intéressant de recueillir l'opinion des MG sur leur connaissance des critères diagnostiques et de gravité, sur leur rôle dans le dépistage des TCA, le suivi du poids et l'accompagnement psychologique des patients et de leur entourage.

La thèse d'Aurélié Deniau (16.) est une revue de la littérature sur l'impact du dépistage des TCA par les MG. Selon son travail, aucune étude française n'a été retrouvée, une seule étude (4.) lui permettait de répondre que le dépistage avant 19 an était un facteur pronostic favorable.

#### **4.7. Bifocalité psychiatrique-médicale**

Dans cette étude, on retrouvait la prise en charge bifocale psychiatrique-médicale.

En effet, on la retrouvait dans la problématique du dépistage, du diagnostic, et dans la prise en charge ambulatoire et hospitalière.

Les symptômes initiaux des TCA relèvent de la psychiatrie, (conduites restrictives et boulimiques) et ont des répercussions somatiques (amaigrissement, troubles cardiovasculaires, troubles du cycle menstruel). (2.)(3.)

En première intention, les patients étaient pris en charge en médecine ambulatoire par des MG ou des pédiatres et non par des psychiatres. Ces derniers semblaient toujours consultés en deuxième intention.

De même, les patients étaient pris en charge dans les services de Médecine et de Pédiatrie, dont les équipes pensaient être insuffisamment formées à la prise en charge et l'accompagnement psychiatrique.

La perte de poids peut être majeure et mettre en jeu le pronostic vital. (3.)

#### **4.8. Points forts et limites**

Afin de maintenir au maximum l'objectivité, les entretiens de cette étude qualitative ont pu être réalisés par plusieurs enquêteurs différents.

Le guide d'entretiens a été rediscuté régulièrement et adapté.

J'ai mené, retranscrit et interprété six entretiens. Afin de maintenir l'objectivité un codage en double aveugle a été réalisé pour huit entretiens afin de réaliser le livre de codes final. Les désaccords avec SBG ont été discutés pour arriver à un consensus.

J'ai pu bénéficier d'une supervision indirecte de ma posture d'enquêtrice.

Les entretiens des personnels de santé ont été réalisés en parallèle des entretiens de patients pour la thèse de SBG.

Nous n'avons pas pu recruter des soignants dans toutes les structures souhaitées. La saturation des données n'a donc pas été obtenue. Certaines institutions n'ont pas répondu à nos sollicitations alors que d'autres non identifiées initialement sont apparues.

En dépit de l'absence de saturation des données, les résultats de ce travail sont représentatifs d'une partie du réseau de soin TCA en Indre et Loire.

L'objectif de cette étude était d'étudier le parcours de soin des 12-19 ans. Le choix de cette tranche d'âge avait été fixé afin de répondre à l'appel d'offre de la Fondation Bruneau-Fondation de France.

L'OMS définit l'adolescence entre 10 et 19 ans. (17.). ce critère a limité nos recrutements de patients, notamment pour la thèse de SBG.

En France la limite d'âge de prise en charge entre services pédiatriques et adultes est fixée à 15 ans et trois mois dans la plupart des Centres Hospitaliers sans aucun texte réglementaire (18.) Ce travail explorait donc à la fois le circuit des enfants et celui des adultes (au sens plus de 15 ans et trois mois). De fait les intervenants ne sont pas les mêmes puisque les pédiatres ne prennent en charge que les plus jeunes. Le fait d'étudier deux circuits a multiplié le nombre d'interlocuteurs.

Cette étude était représentative d'une partie du réseau de soins TCA en Indre et Loire puisque les principaux interlocuteurs médecins des structures ayant répondu à nos sollicitations ont été interrogés.

## **5. Conclusion**

Alors que la prise en charge des TCA, en particulier l'anorexie mentale est réputée difficile (3.), cette thèse nous a permis d'étudier les intervenants de ces patients en Indre et Loire. Ces derniers étaient nombreux et interagissaient entre eux.

Le MG semble avoir un rôle important dans le suivi des enfants et des adolescents avant le diagnostic, et encore plus particulièrement après l'hospitalisation.

Il serait le mieux placé pour repérer les TCA, rechercher les complications somatiques et coordonner la prise en charge.

Plusieurs difficultés sur la prise en charge des TCA sont apparues. Ce travail interrogeait sur les difficultés de prise en charge d'une pathologie psychiatrique avec des répercussions somatiques. Lorsque les patients sont mineurs, la nécessité d'une autorisation parentale peut ajouter à ces difficultés. L'anorexie était décrite comme une maladie chronique nécessitant une hospitalisation. La boulimie semblait être prise en charge uniquement en ambulatoire.

La suite de ce travail sera de poursuivre les entretiens, notamment avec la Médecine Scolaire, structure non identifiée au départ et avec la CPU qui apparaît comme structure incontournable pour beaucoup de personnes. De même l'avis des MG sur leur exercice et leur point de vue sur leur place dans la prise en charge et le repérage des TCA est à recueillir.

## TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1	Guide d'entretien .....	60
ANNEXE 2	Critères DSM IV .....	61
ANNEXE 3	Résumé du protocole CenTRAL MG.....	62
ANNEXE 4	Lettre d'information aux participants.....	63
ANNEXE 5	Information aux participants de la recherche CenTRAL MG.....	64
ANNEXE 6	VERBATIM .....	66

1. Quelle est votre fonction ?
2. Et où exercez- vous ?
3. Depuis combien de temps travaillez-vous ?
4. Racontez-moi votre dernière consultation pour trouble du comportement alimentaire :
  - Par qui avait-il été adressé?
  - Quel était son âge ?
  - Quel était son IMC d'entrée ?
  - Comment l'entourage a-t-il été présent ?
  - Quelle type de prise en charge à été mise en place ?(nutritionnelle, psychologique et sociale, somatique, pharmacologique) ?
5. Qu'attendez-vous de la prise en charge par le médecin généraliste ?
  - AVANT le diagnostic ?
  - APRES le diagnostic ?
6. Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Classification DSM IV concernant les troubles du comportement alimentaire :

**2 TCA sont référencés dans la classification DSM IV :**

- **L'anorexie mentale :**

Toutes les conditions suivantes devraient être respectées :

**A**-Refus de maintenir le poids corporel au-dessus de la normale minimale (moins de 85 % pour l'âge et la taille),

**B**-Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale,

**C**-Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie),

**D**-Influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estimation de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle

**E**-Aménorrhée pendant au moins trois cycles consécutifs chez les femmes menstruées (aménorrhée secondaire)

- **La boulimie :**

**A**-Survenue récurrente de crises de boulimie. Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

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

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

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

**C**-Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois.

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

**E**-Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des périodes d'anorexie mentale.

## RESUME DU PROTOCOLE CenTRAL MG

Le projet Central-MG a pour but d'étudier le parcours de soins des adolescents souffrants de troubles du comportement alimentaire en Indre et Loire.

Pour cela, le choix d'une étude qualitative par entretiens individuels ou collectifs a été retenu afin de révéler des hypothèses non connues sur les parcours de soins des patients.

Les entretiens seront audio-enregistrés après accord. Les textes seront retranscrits et anonymisés.

Les enregistrements audio seront détruits après retranscription écrite.

Le nombre de participants à l'étude n'est pas prédéterminé, mais sera obtenu après saturation des données.

L'étude se déroulera en plusieurs phases volets afin d'étudier tous les intervenants du parcours de soins.

Le 1<sup>er</sup> volet concernera les personnels de soins spécialisés (pédopsychiatres, diététiciens, pédiatres, psychologues, infirmières, aides-soignants, orthophonistes.)

Les personnels soignants seront interrogés en entretiens individuels.

Les soignants seront recrutés au sein de différentes structures d'Indre et Loire après accord de celles-ci. Ils sont libres d'accepter ou de refuser de participer.

Les professionnels de santé interrogés seront libres d'interrompre l'entretien à tout moment.

Le 2<sup>ème</sup> volet concernera les patients (en ciblant prioritairement les adolescents de 12-19 ans)

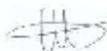
Les patients seront interrogés lors d'entretiens individuels de 30 à 45 minutes selon un guide d'entretien précédemment établi. Le questionnaire pourra évoluer selon les données recueillies aux premiers entretiens.

Les patients seront recrutés au sein de différentes structures d'Indre et Loire après accord de ces structures.

Les parents des patients mineurs seront informés de l'étude par voie postale et pourront s'opposer à la participation de leur enfant.

Le dernier volet (développé dans un second temps) concernera les soignants en soins primaires (médecins généralistes, gynécologues, infirmières et médecins scolaires, diététiciens et nutritionnistes.)

**Dr Caroline Huas**, chargée de recherche clinique au département de médecine générale de Tours



Département universitaire de Médecine

Générale

Faculté de Médecine,

10 Bd Tonnelle

BP 3223, 37032 TOURS

Cedex 1, France

[info.centralmg@gmail.com](mailto:info.centralmg@gmail.com)

06 03 43 59 05



Tours, le 6 août 2012

---

**INFORMATION AUX PARTICIPANTS DE LA RECHERCHE CenTRAL-MG**

---

Vous allez participer à une étude observationnelle de recherche clinique consistant en un entretien de 30 à 45 minutes sur les troubles des conduites alimentaires.

- Toutes les informations que vous nous donnerez seront traitées de façon anonyme et confidentielle. Cet entretien est enregistré sur un magnétophone. L'enregistrement sera détruit après retranscription écrite de l'entretien afin de garantir votre anonymat. Les données de l'entretien seront utilisées uniquement à des fins de recherches et ne seront pas transmises à votre équipe soignante.
- Vous pourrez conformément à la loi « Informatique et Libertés » (du 6 janvier 1978, article 40, modifiée le 1er juillet 1994) exercer votre droit de rectification et d'opposition auprès du médecin responsable de l'étude.  
Si vous le désirez, les résultats globaux de ce travail vous seront communiqués à sa conclusion.
- Les modalités de ce protocole ont été soumises à l'examen du Comité de Protection des Personnes (CPP) de Tours. Ce comité a émis un avis favorable le 19 Juin 2012.
- La participation à cette étude ne présente aucun caractère obligatoire ; En cas de refus de votre part, la qualité de votre prise en charge médicale ne sera pas modifiée.
- Vous pouvez à tout moment vous opposer à la transmission des informations vous concernant et aucune conséquence à votre encontre ne surviendra dans ce cas.
- Vous ne recevrez aucune indemnité pour cette participation.
- Pour tous renseignements, vous pouvez contacter le **Docteur HUAS**, investigateur principal de cette étude,

Département Universitaire de médecine générale de Tours 02 47 36 60 19 <a href="mailto:Info.centralmg@gmail.com">Info.centralmg@gmail.com</a>
--

Nous vous remercions pour votre participation à cette recherche.



Pour l'équipe de recherche,  
Dr Caroline Huas,  
Chargée de recherche clinique au département de médecine générale de Tours

# ANNEXE 5 Information aux participants de la recherche CenTRAL MG

Dr Caroline Huas  
Département universitaire de Médecine Générale  
Faculté de Médecine,  
10 Bd Tonnelle  
BP 3223, 37032 TOURS  
Cedex 1, France  
[info.centralmg@gmail.com](mailto:info.centralmg@gmail.com)  
06 03 43 59 05



A Tours, le XXX

Objet : Participation au projet de recherche CenTRAL-MG

Madame, Monsieur,

Les troubles alimentaires, en particulier l'anorexie et la boulimie, sont des maladies qui peuvent être sévères et se chroniciser. Leur prise en charge est souvent multidisciplinaire et complexe. Il existe peu de données sur le parcours de soins des patients souffrant de ces troubles, aucune en région Centre. Aussi, il nous semble important de poursuivre nos efforts d'amélioration de cette situation.

C'est dans ce but qu'une recherche observationnelle intitulée « CenTRAL-MG » a démarré sur le parcours de soin des patients de 12 à 19 ans souffrant de troubles des conduites alimentaires en Indre et Loire. Ce travail permettra de mieux comprendre les articulations des prises en charge des patients souffrants de troubles alimentaires, et de proposer des améliorations de leur prise en charge.

En tant que personnel soignant d'une structure prenant en charge des patients souffrant de troubles alimentaires, vous pourrez être contactés par des chercheurs de CenTRAL-MG.

En pratique, participer à l'étude implique un entretien individuel de 30 à 45 minutes entre vous et le chercheur. Vous pourrez décider d'interrompre l'entretien à tout moment. L'entretien se déroulera selon une trame prédéfinie. Il sera enregistré avec un magnétophone puis retranscrit et anonymisé. L'enregistrement sera ensuite détruit.

Toutes les informations que nous recueillerons seront ainsi traitées de façon anonyme et confidentielle. Ces données seront utilisées uniquement dans le cadre de cette recherche et ne seront transmises à aucune autre structure ou organisation. L'équipe de recherche est totalement indépendante de l'équipe soignante, les informations recueillies resteront confidentielles et non nominatives. Les chercheurs se déplaceront sur votre lieu de travail à l'horaire de votre convenance pour la réalisation de l'entretien, de préférence dans une pièce calme et sans passage.

Si vous vous sentez concernée dans votre pratique, n'hésitez pas à nous contacter pour participer à cette étude. Vous pouvez également nous contacter pour des informations complémentaires concernant cette étude.

Les résultats de l'étude peuvent vous être communiqués sur demande à l'adresse [info.centralmg@gmail.com](mailto:info.centralmg@gmail.com) ou par courrier.

Nous vous remercions de l'aide que vous pourrez ainsi apporter à la recherche médicale pour l'amélioration de la prise en charge des patients.

Caroline Huas, chargée de recherche clinique au département de médecine générale de Tours



## ANNEXE 6

## VERBATIM

ENTRETIEN S1.....	67
ENTRETIEN S2.....	72
ENTRETIEN S3.....	77
ENTRETIEN S4.....	80
ENTRETIEN S5.....	83
ENTRETIEN S6.....	86
ENTRETIEN S7.....	90
ENTRETIEN S8.....	96
ENTRETIEN S9.....	99
ENTRETIEN S10.....	101
ENTRETIEN S11.....	103
ENTRETIEN S12.....	109
ENTRETIEN S13.....	114
ENTRETIEN S14.....	118
ENTRETIEN M1 .....	121
ENTRETIEN M2 .....	124
ENTRETIEN M3 .....	128
ENTRETIEN M4 .....	131
ENTRETIEN M5 .....	133

## ENTRETIEN S1

**investigateur 2 : Donc premier entretien. Euhhh donc pouvez-vous me décrire votre exercice vo...euh me dire votre poste et me décrire votre exercice ?**

S1 :Donc j'suis aide-soignante en médecine interne, c'est de la médecine générale.

**investigateur 2 : D'accord.**

S1 : Et donc dans notre service, on a des patientes anorexiques.

**investigateur 2 : D'accord.**

S1 : Je suis dans ce service depuis 6 ans.

**investigateur 2 :Ouai.**

S1 : Et avant j'ai travaillé ennnn pneumo etttt bon pareil beaucoup de problèmes d'alimentation chez des gens en fin de vie.

**investigateur 2 : D'accord ( ) Ok euhhhh ( ) D'accord. Donc vous êtes confrontée a uniquement de l'anorexie ou bien y'a également des boulimies et des choses comme ça ?**

S1 : Ah oui oui oh on a les personnes obèses aussi, on a les obésités morbides dans le service.

**investigateur 2 : D'accord.**

S1 : et puis ben des gens en fin de vieeee voilà.

**investigateur 2 : D'accord.**

**Donc nous sur le projet de l'entretien ça sera lesss anorexie boulimie on parlera pas trop de l'obésité. Voilà. Je vais vous demander deee me raconter la dernière fois que vous avez été en contact avec unnn patient quiii ayant des troubles du comportement alimentaire entre 12 et 19 ans.**

S1 : Alors en moyenne on a toujours deux anorexiques.

**investigateur 2 : ouai**

S1 : dans le service.

**investigateur 2 : Ouai**

S1 : qui ont entreu seize et vingt-cinq ans en gros.

**investigateur 2 : D'accord.**

S1 : C'est la fourchette d'âge...mmm(*cafouillage*) donc forcément toutes les semaines on est confronté euh...

**investigateur 2 : D'accord.**

S1 : à ce genre de soucis.

**investigateur 2 : D'accord.**

S1 : Mais bonnn...

**investigateur 2 : Vous...**

S1 : Après y'a des cas qui nous marquent plus que d'autres.

**investigateur 2 : Ba par exemple ?**

S1 : Voilà, donc un jeune homme deeeee seize ans qu'on a eu assez longtemps en médecine et qu'on attachaiiiiit pieds et mainnnns euhhhhhh pasque le protocole c'était comme ça. Qui refusait touuuuuut , qui se mordaitttttt,qui hurlaiiiiit euuuuuuh nan ouai c'était très compliqué comme euh...

**investigateur 2 : d'accord.**

S1 : et pendant un moment on l'a même fait manger.

**investigateur 2 : Oui.**

S1 : Alors y'a eu les périodes ou on était à côté de lui pendant qu'il mangeait tout seul. Y'a eu les périodes où il mangeait pas, fallait le faire manger un pti peuuuuu et il nous recrachait tout en pleine figure et tout ça. Nan c'était assez compliqué.

**investigateur 2 : D'accord.**

S1 : Donc ce jeune homme on l'a eu au moins 3 mois.

**investigateur 2 : hein hein.**

S1 : Et puis après il a été dans un autre centre.

**investigateur 2 : Vous savez quel centre ?**

S1 : Sur bordeaux.

**investigateur 2 : D'accord.**

**D'accord euhh...est ce que vous avez eu l'occasion de parler avec lui deee, de sa vie, de son parcours ?**

S1 : Alors les anorexiques ne parlent pas beaucoup d'eux en fait.

**investigateur 2 : ouai.**

S1 : ils essaient de parler de choses générales .

**investigateur 2 : hein hein.**

S1 : Mais le euh sur la bouffe on peut pas trop en parler.

**investigateur 2 : D'accord.**

S1 : Et puis même nous c'est pas trop notre rôle. Déjà nous on amène en tant qu'aides-soignantes c'est nous qu'amenons le plateau, c'est nous qui l'enlevons.

**investigateur 2 : Ouai.**

S1 : Donc déjà on a un rôleuuu avec la bouffe avec eux c'est paaaaas...Donc quand on va dans la chambre on parle de tout sauf de la bouffe.

**investigateur 2 : D'accord.**

S1 : Mais bon pour par exemple ce ptit garçon, là euhhh y disait qu'chez lui il adorait faire la cuisine.

**investigateur 2 : Hein hein.**

S1 : et qu'y mettait pleins de choses grasses exprès pour sa sœur ses parents alors que lui bon. Il achetait des bonbons à sa sœur.

**investigateur 2 : hein hein.**

S1 : etttt lui de son côté lui s'privait et il essayait d'engraisser les autres donc ah évidemment il avait un rapport avec la nourriture assez particulier puis j'pense que c'était un jeune homme qui s'cherchait.

**investigateur 2 : hein hein.**

S1 : pasqueee il avait une tendance vers les garçons mais euh a 16 ans on se cherche et il osait pas l'dire à ses parents non plus donc euh y avait un mal être de ce côté-là.

**investigateur 2 : D'accord.**

S1 : et euh mais nous ça il a réussi à nous en parler un pti peu.

**investigateur 2 : D'accord est-ce qu'il en a parlé aux autres aux autres professionnels de euh de l'hôpital ?**

S1 : Oui pas qu'après au psychologue tout ça parce que nous on a une réunion une fois par semaine avec le psychologue, la diététicienne, les médecins .

**investigateur 2 : hein hein.**

S1 : Donc on parle au moins pendant une demi-heure des anorexiques.

**investigateur 2 : D'accord.**

S1 : Tous les mercredis.

**investigateur 2 : Ok.**

S1 : Donc ça c'est structuré et.

**investigateur 2 : D'accord.**

**Est-ce-qu'il vous a parlé de son rapport avec sssss les autres soignants à l'extérieur ou... ?**

S1 : Non ça il en parlait pas.

**investigateur 2 : D'accord. Euhhhh Est-ce-que vous savez comment il était arrivé dans votre service, si il avait été adressé par quelqu'un, si y'avait un courrier sii...**

S1 : bahhh il était adressé par les med(*se reprend*)par son médecin traitant.

**investigateur 2 : d'accord.**

S1 : Pour altération de l'état général euhhh.

**investigateur 2 : d'accord. L'anorexie avait été décelée.**

S1 : ah oui ba oui oui.

**investigateur 2 : il était déjà étiqueté anorexique quand il est arrivé. Ok.**

**Vous est-ce que vous vous souvenez de son IMC a l'arrivée.**

S1 : Nan.

**investigateur 2 : Est-ce que l'entourage, son entourage était présent ?**

S1 : Alors nous ici euhh les anorexiques ont un contrat.

**investigateur 2 : D'accord.**

S1 : Qu'ils signent.

**investigateur 2 : Hein hein.**

S1 : Alors quand ce sont des mineurs c'est signé par les parents.

**investigateur 2 : hein hein .**

S1 : C'est signé par le mineur aussi.

**investigateur 2 : Ouai.**

S1 : Et euh qu'ce soit des mineurs ou des jeunes adultes, ils ont le droit qu'a UNE visite ou deux visites par semaine.

**investigateur 2 : Ouai.**

S1 : Et c'est la famille proche donc parents, frère ou sœur.

**investigateur 2 : D'accord.**

S1 : Sinon le reste de la semaine il ne voit personne. Et nous c'est notifié dans..la date, l'heure à laquelle arrive la famille.

**investigateur 2 : D'accord.**

S1 : Pour pas qu'y est pas que y'a toujours des ptiiii personnes qui essaient de gruger le truc. Mais c'est fait exprès pour couper avec la famille.

**investigateur 2 : D'accord.**

S1 Et ce jeune homme-là vu qu'y prenait pas de poids au bout d'un certain temps, les médecins avaient décidés, la famille ne venait plus.

**investigateur 2 : D'accord**

S1 : Hein, pas de coup de téléphone rien donc le gamin pendant assez longtemps il a pas vu du tout ses parents.

**investigateur 2 : Hein hein d'accord**

S1 : Donc c'était assez dur euh.

**investigateur 2 : Les parents ils appelaient de leur côté pour**

S1 : Oui pour avoir des nouvelles de leur fils.

**investigateur 2 : D'accord.**

S1 : Mais ils pouvaient pas voir le...

**investigateur 2 : D'accord. Est-ce que vous savez comment...oui vous m'en avez parlé comment le suivi a été organisé ? qui c'qui a été mis en place a la suite.**

S1 : Ah ba après nous y'a le psychologue qui vient plusieurs fois dans la semaine et pi après bein dans l'autre centre où je sais pas du tout comment ça s'est passé quoi.

**investigateur 2 : C'était un centre spécialisé sur bordeaux ?**

S1 : oui

**investigateur 2 : ok...Euhhhhhhhhhh est ce que... vous avez eu un contact avec un médecin généraliste à un moment ou à un autre pour ce patient ?**

S1 : Avec son médecin généraliste à lui ?

**investigateur 2 : Oui .**

S1 : nan .

**investigateur 2 : ok. Euhhhh() bon c'est moins dirigé pour vous mais qu'attendez-vous de la prise en charge par le médecin traitant, par,pour,par le médecin généraliste pour ces patients avant le diagnostic,après le diagnostic. Est-ce que vous attendez quelque chose de particulier de sa part ?**

S1 : Nous dans le service c'est assez rodé donc après c'qui se passe à l'extérieur on sait pas trop.

**investigateur 2 : Vous savez pas.**

S1 : On sait que quand il sort de chez nous y'a un suivi avec leur médecin traitant et tout. Ou même nous ici les médecins peuvent appeler le médecin traitant du,de la patiente ...

**investigateur 2 : Vous avez déjà vu ?**

S1 : Ça s'est déjà passé.

**investigateur 2 : Ça s'est déjà passé.**

S1 : On a eu le cas y'a pas longtemps euh la jeune fille elle prenait des gouttes de ceci des gouttes de cela et elle voulait ses gouttes.

**investigateur 2 : hein hein.**

S1 : Nos médecins ont appelés la pharmacie par le biais du médecin traitant pour savoir qu'est-ce qui y'avait vraiment dans les fameuses gouttes quoi.

**investigateur 2 : ouai.**

S1 : pour pas qu'on lui donne n'importe quoi donc après ses plantes homéopathiques tout ça elle a pu les récupérer.

**investigateur 2 : hein hein**

S1 : et on lui donnait mais donc y'a, c'est en relation avec les médecins.

**investigateur 2 : Médecin-médecin.**

S1 : Oui.

**investigateur 2 : D'accord y'a des courriers de sortie ...**

S1 : oui oui

**investigateur 2 : au médecin etc .**

S1 : on les lâche pas dans la nature comme ça après.

**investigateur 2 : Après je vous écoute si vous avez des choses à ajouter ou d'autres histoires qui vous ont marquées je vous laisse vous exprimer..**

S1 : Non non non après...moi j'ai fait partie...laaaa formation sur l'anorexie

**investigateur 2 : ouai.**

S1 : sur Paris.

**investigateur 2 : d'accord.**

S1 : d'une semaine.

**investigateur 2 : qui était destinée à qui exactement ?**

S1 : alors c'est pour le personnel soignant.

**investigateur 2 : D'accord.**

S1 : Donc normalement c'est une infirmière et une aide-soignante qui doivent partir du service. Cette année y'a qu'une infirmière qu'a pu partir.

**investigateur 2 : hein hein**

S1 : mais euh c'est intéressant

**investigateur 2 : hum**

S1 : hein pas qu'on voit que baaa ailleurs c'est pareil quoi...

**investigateur 2 : hein hein**

S1 : et c'est vrai qu'on a des des patients qui beinnn qui nous marquent.et daaans les autres services aussi. Moi les filles sur paris elles avaient des cas euh lourds aussi. C'est aussi des gens qu'on a longtemps.

**investigateur 2 : ouai.**

S1 : Les anorexiques on les a longtemps dans le service c'est pas des patients qui vont venir qu'une semaine. On les a minimum trois mois.

**investigateur 2 : Ouai .**

S1 : Donc euh c'esttt, c'est lourd.

**investigateur 2 : D'accord.**

S1 : C'est lourd.

**investigateur 2 : d'accord.**

S1 : Comme patients ils sont pas lourds pas qu'ils sont autonomes dans leur chambre euh ils demandent pas un travail mais c'est psychologique et ils ont unnnn ils essaient toujours de nous gruger un ti peu ouai. (*imite petite voix*) « oh ba non j'aime pas ce produit là faudrait me donner ci.oh ba non hier on m'a pas donné ca. » Alors que normalement on a un protocole, on donne le plateau, on enlève rien, on ne change rien, mais ils essaient toujours de...

**investigateur 2 : D'accord.**

S1 : Ca va qu'entre nous on le sait, mais quelqu'un qui connaît pas l'service qui va venir au pied levé, ba se fera avoir.

**investigateur 2 : Ouai.**

S1 : Y sont assez manipulateur en fait.

**investigateur 2 : ouai.**

S1 : hon.

**investigateur 2 : C'est intéressant ça.**

S1 : Ah ouai. Tous hein. Ils ont tous le même profil c'esttt.

**investigateur 2 : D'accord.**

S1 : Ouai.

**investigateur 2 : Bon.**

S1 : Nan et pi ce qu'est impressionnant c'est quand on va les peser, qu'elles se mettent toute nue ettt

**investigateur 2 : et qu'on voit.**

S1 : Voir un corps squelettique comme ça, et elles ont pas de pudeur.

**investigateur 2 : Ouai**

S1 : TOUTES.

**investigateur 2 : Ouai.**

S1 : Elles ont aucune pudeur par rapport à leur corps. Elles vont se déshabiller sans s'cacher et nous on est à côté ba on est là pour les euh pour noter la pesée donc euhh mais elles se tournent pas rien elles sont, elles sont bien dans leur corps.

**investigateur 2 : ouai.**

S1 : moi c'est l'image qui m'impressionne le plus c'est quand j'les vois se deshabillerrr très à l'aise monter sur la balance sans aucune pudeur.

**investigateur 2 : hein hein.**

S1 : c'est c'est impressionnant.

**investigateur 2 : Bon très bien.**

S1 : et pi ça nous renvoie à notre image, on s'dit mais qu'est-ce qu'elle pense de moi (*rires*) grosse dondon moi c'est à chaque fois j'me dis mais elles, elles sont on a de 24 kilo quoi ! alors j'me dis quand elles me voient moi elles doivent se dire « dis donc elle est costaud celle là »

**investigateur 2 : hum d'accord.**

S1 : Des fois on psychote un peu.

*rire*

**investigateur 2 : nan c'est intéressant ! Ok très bien !**

**OK,j'vous remercie madame !**

**Au revoir.**

S1 : Au revoir.

## ENTRETIEN S2

**investigateur 2 : Alors, pouvez-vous me décrire votre exercice : votre fonction, où vous exercez, depuis combien de temps vous travaillez.**

S2 : Euh à l'hôpital, depuis 7 ans.

**investigateur 2 : D'accord, et votre fonction ?**

S2 : Aide-soignante.

**investigateur 2 : D'accord. Est-ce que vous pouvez me raconter votre dernière consultationnnn, enfin votre dernier entretien avec une personne qui avez des troubles du comportement alimentaire, qui avait entre 12 et 19 ans.**

S2 : Humm notre anorexique, on en a 2 actuellement.

**investigateur 2 : D'accord je vous écoute.**

S2 : Euh pfouuu on a fait l'accueil deee ces jeunes femmes. Vous voulez une spéciale ou... ?

**investigateur 2 : Nan les deux.**

S2 : Les deux ? On a fait l'accueil donc pasqu'elles étaient arrivées à une perte de poids qui altérait leur pronostic vital.

**investigateur 2 : Ouai.**

S2 : Ehhh donc elles sont ici pour qu'on arrive à leur refaire prendreuuu du poids avec des conditions donc euh d'hygiène de vie, avec s'il le faut, si elles perdent trop de poids, si elles sont en danger, avec l'aide d'une sonde nasogastrique une alimentation donc entérale et euh en parallèle en suivi avec des médecins, des psychologues, des psychiatres, des diététiciennes voilà.

**investigateur 2 : Très bien euhhh. D'accord euhhh. Donc comment, par quel mécanisme elle s'est retrouvée ici dans ce service ? Est-ce que vous savez euh par qui elle a été adressée ou...**

S2 : Alors je sais pas pas du touuuut enfin pour les deux qu'on a actuellement je sais pas comment elles sont venues, je crois que c'est les médecins qui se sont mis en rapport l'un l'autre. Y'en a une qu'était suivie au centre de **Chantego**, je crois que c'est un des médecins qu'a dû prendre euhhh euh avis avec notre médecin pasque elle a, elle descendait trop bas au niveau de son poids mais j'peux passss être... certifier vraiment que ce soit comme ça.

**investigateur 2 : Et pour les autres que vous avez pu connaître ? Est-ce que vous savez...**

S2 : Souvent oui ils nous étaient adresséés, donc soit ils sortaient de réanimation où ils avaient fait des chutes ou des malaises assez important.

**investigateur 2 : D'accord.**

S2 : Ou voilàà y avait, leur pronostic vital après il fallait qu'ils viennent chez nous donc pour reprendre du poids.

**investigateur 2 : hein hein.**

S2 : Des fois y nous étaient, euh ils étaient pas étiquetés anorexiques donc ils arrivaient chez nous surtout les jeunes femmes deee 16 ans euh pour, pas qu'elles ne mangeaient plus, pas qu'elles étaient faibles et tout ça donc on découvrait l'anorexie ici avec un contexte familial des fois plutôt euh assez complexe.

**investigateur 2 : D'accord.**

S2 : Et des fois voilà on a, de médecin à médecin, on nous dit voilaaa euh on n'arrive plus à faire prendre de poids à telle patiente il faudrait que voilà...

**investigateur 2 : C'est quel euh quels médecins qui vous appellent dans ces cas-là ? Des hospitaliers ? Dessss, des médecins de ville ?**

S2 : Ah ça je sais pas. Pasque ça se passe entre médecins.

**investigateur 2 : D'accord.**

S2 : Voilà, on n'a pas toujours toutes les infos.

**investigateur 2 : D'accord. Très bien euhhh donc euh on va parler d'un patient plus particulièrement, celui, le dernier éventuellement que vous suivez, celui...**

S2 : Oui n'importe. Son âge ? C'était...

S2 : 17ans il me semble, je crois. Oui ça doit être ça, 17ans.18 !

**investigateur 2 : D'accord est-ce que vous savez son IMC à l'arrivée ?**

S2 : Nan pasque c'est pas moi qu'ai fait le premierrrr...

**investigateur 2 : D'accord.**

S2 : la première pesée.

**investigateur 2 : Est-ce que vous savez, vous pouvez me dire si l'entourage était présent pour elle.**

S2 : Quand elle est arrivée ?

**investigateur 2 : hon.**

S2 : Nan...paaas pas dans le moment où on l'a accueillie puisque je l'ai accueillie l'après-midi et nous ils sont pesés donc le matin à jeun et l'après-midi il me semble pas qu'elle soit arrivée avec euh...

**investigateur 2 : avec de la famille.**

S2 : oui mais bon après euh voilà.

**investigateur 2 : Après dans le suivi est ce que il y a des gens qui se manifestent?**

S2 : Alors on a souvent la famille qui est autour et après en fonction on établit donc des contrats avec ces personnes.

**investigateur 2 : hon hon.**

S2 : Pour euhhh pour atteindre un poids intermédiaire donc on est obligé de les mettre dans des conditions strictes, des fois c'est 2 visites par semaine, que de la famille exclusive. Tout en gardannnt, à avoir, ils ont droit à la télé, l'ordinateur, le livre, enfin voilà mais on les mets dans des conditions, interdiction de sortir de la chambre voilà pour que vraiment les conditions soient optimales pour arriver à leur faire prendre conscience que voilà s'axer là sur reprendre du poids pour éviter de, que tout rentre plus ou moins dans l'ordre quoi.

**investigateur 2 : d'accord**

S2 : donc les familles après viennent en fonction euh c'est souvent restrictif donc 2 visites par semaine.

**investigateur 2 : hon hon.**

S2 : donc on note des visites et c'est, c'est la famille qui est prioritaire bien sûr ou si il y a un petit ami quoi.

**investigateur 2 : D'accord, là c'est le cas il y a un petit ami ?**

S2 : Pas pour celle-là.

**investigateur 2 : D'acc.**

S2 : Pas à ce que je sache.

**investigateur 2 : D'accord. Euhhh est-ce que vous savez ou est ce qu'elle a pu se confier à vous au sujet de son suivi avant de vous voir, avant d'arriver dans le service, comment elle était suivie, par quiii euh..**

S2 : Alors moi ce qu'elle m'a dit donc quand elle était dans le centre avant donc elle avaitttt une bonne prise de conscience donc elle voulait se démarquer surtout de sa jumelle.

**investigateur 2 : hon hon.**

S2 : Voilà elle se trouvait un pti peu trop grosse. Elles ont, je crois que la jumelle a aussi un pti problème euh de trouble alimentaire.

**investigateur 2 : Hon.**

S2 : Donc euh voilà c'était un peu pour se démarquer de la jumelle de ce qu'elle m'a dit après voilà hein. C'est... ils nous disent ce qu'ils veulent, ce qu'on a envie d'entendre des fois, et des fois c'est des gens très manipulateurs aussi donc euh.

**investigateur 2 : D'accord. Ok. Euhhh. Est-ce que vous avez eu des contacts avec euhh ou vous savez si y'a eu des contacts avec le médecin généraliste pour cette patiente ?**

S2 : Pas du tout. Là je sais pas.

**Investigateur 2 : Ok. Est-ce queeee, comm', vous savez commentttt s'est organisé le suivi euh, la dernière patiente par exemple que vous avez suivi, comment s'est organisée le suivi après le passage dans le service ?**

S2 : Alors après le passage dans le service souvent elles vont dans des unités...donc spécialisées ou de psychiatrie pour pouvoir euh. En fait l'anorexie par exemple est une maladie psychiatrique

**investigateur 2 : hon**

S2 : donc nous, ils sont chez nous le temps de entre guillemets, de les remettre à un poids raisonnable. Voilà. Et après, tout le reste du suivi est fait dans des centres.

**investigateur 2 : D'accord.**

S2 : Donc voilà après c'est le centre qui gère si ils peuvent retourner à domicile ouuu...

**investigateur 2 : Qu'est-ce que vous euhhh pensez adapté comme relai justement, est ce que vous pensez que c'est une bonne solution ? Est-ce vous pensez qu'il peut y en avoir d'autre ?**

S2 : Ba du moment que c'est une maladie psychiatrique c'est mieux plutôt que les laisser retourner chez elles toutes seules oùuuu il faut quand même bien les surveiller, vérifier qu'elles mangent bien par exemple.

**investigateur 2 : D'accord.**

S2 : Euh voilà quoi donc c'est mieux d'avoir unnn, au lieu de retourner, de passer ici ou elles sont ultra confinées ou y'à pleins de conditions et tout ça, retourner à un état entre vraiment liberté totale, faire une demi euh.

**investigateur 2 : D'accord.**

S2 : Passer du plus strict au, à la liberté totale c'est ptêtre pas la meilleure des solutions.

**investigateur 2 : Très bien. Euhhh qu'est-ce que vous attendez de la prise en charge de ces patientes par le médecin généraliste ?**

S2 : Qu'ils les suivent bien.

**investigateur 2 : Qu'ils les suivent bien. (petits rires partagés)**

S2 : Qu'ils se rendent compte vraiment si elles se mettent en danger ou pas. c'est euh. Quelqu'un qui se dénutrie, quand elles arrivent chez nous, y'a des fois l'IMC à 12. Hon. ça fait quand même pas très très lourd, quand elles descendent à vingt et quelques kilos euhhh voilà. Les médecins généralistes devraient les suivre régulièrement euh.

**investigateur 2 : Avant ? Après ? Vous pensez...**

S2 : Avant et après.

**investigateur 2 : Avant et après, vous pensez que y'a un problème de ce côté-là ? Que...**

S2 : Tout dépend du médecin. On peut pas juger le médecin. Y'a des médecins qui sont très prévenants,

**investigateur 2 : Hon,**

S2 : très psychologues, qui font très attention.

**investigateur 2 : Hon.**

S2 : Et qui disent, ba voilà on se revoit tout ça, après c'est le patient qui décide si y revient ou pas.

**investigateur 2 : Hon.**

S2 : Voilà donc euh.

**investigateur 2 : D'accord.**

S2 : j'pense que ça dépend du médecin, ça dépend aussi beaucoup du patient. Si un patient veut pas être suivi j'vois pas comment vous pouvez l'obliger à être suivi.

**investigateur 2 : D'accord Euhhh. Ok. Est-ce que vous avez d'autres choses euhhh qui vous ont marquées à ajouter euh ?**

S2 : Hummm nan a priori. Vous faites que sur les jeunes en fait laaa la question?

**investigateur 2 : entre 12 et 19 ans mais si vous avez une autre remarque hors sujet euhhh ça peut...**

S2 : nan mais c'était pour savoir, en fait en gros en quoi consistait l'entretien, sur quoi ça allait amener voilà,

**investigateur 2 : hon.**

S2 : C'était notre question savoir sur tous ces entretiens c'quee, sur quoi ça va déboucher, pour, comment vous aller vous en servir. Et c'était que sur des patients jeunes pasque bon en fait... les troubles alimentaires chez les personnes âgées y'en a quand même beaucoup.

**investigateur 2 : Ouai.**

S2 : Aussi.

**investigateur 2 : Ouai, en fait on se concentre surtout sur l'anorexie et la boulimie et les autres troubles. On exclue les, euhhh bon on exclue l'obésité pure euh. En fait ce qui nous intéresse c'est de mettre en place des réseaux. Euh essayer de comprendre pourquoi y sont trouvés si tard les patients, pourquoi justement comme vous disiez euh, ils arrivent avec un IMC à 12 ou...**

S2 : hon.

**investigateur 2 : Pourquoi on n'a pas réussi à les soigner plus tôt.**

S2 : Mais y'a pas que chez les jeunes. Enfin si on prend, moi enfin j'étais en gériatrie avant d'être ici.

**investigateur 2 : Ouai...**

S2 : Et y a des fois ils arrivent aussi euh.

**investigateur 2 : Honhon.**

S2 : On a des patients qu'on, qui vont passer par la médecine où ils sont arrivés dans un état critique euh pas qu'ils mangent plus etcetera

**investigateur 2 : ouai.**

S2 : et ces personnes âgées donc euhhh

**investigateur 2 : d'accord et vous pensez que y'a un...que ça se situe où en fait..**

S2 : Le problème est le même qu'avec les jeunes, toute façon faut que le médecin traitant soit bienveillant.

**investigateur 2 : Ouai.**

S2 : Bon la famille après ils ont pas toujours les moyens, mais souvent c'est des personnes isolées, qui n'ont pas les aides en place, donc qui seront pas forcément, qui vont pas faire leurs courses, qui peuvent pas se faire à manger enfin.

**investigateur 2 : honhon.**

S2 : Leee, on va dire que le, par rapport aux jeunes où ils sont très couvés par les parents et tout ça, souvent les personnes âgées, le problème moi ce que je trouve, c'est l'isolement social.

**investigateur 2 : Ouai.**

S2 : Même si la famille est là, ils ne peuvent pas être là non plus 24 sur 24 euh, vérifier si ils mangent bien, tous les repas.

**investigateur 2 : Hon.**

S2 : J'trouve que c'est aussi intéressant, c'est bien de travailler pour les jeunes aussi,

**investigateur 2 : ouai**

S2 : c'est aussi bien de travailler pour les personnes qui sont toutes seules euh.

**investigateur 2 : D'accord.**

S2 : Voilà.

**investigateur 2 : Ehhh pour les jeunes justement le fait qu'ils aient leur famille autour à l'extérieur vous pensez que, que ils pourraient être plus facilement repérés ou..**

S2 : Pas forcément pasque euh on va dire, de par expérience, je sais que c'est pas toujours la famille qui voit les premières choses.

**investigateur 2 : Honhon.**

S2 : On a plutôt tendance, en tant que famille, à se voiler la face en se disant voilà. Après euh. Quand on voit quelqu'un tous les jours on peut pas voir si il va maigrir ou pas. Par contre si

vous êtes 3-4 jours sans voir quelqu'un que vous avez vu euh, régulièrement, s'il a changé physiquement vous allez vous en rendre compte, mais quelqu'un que vous avez sous les yeux, pasque les jeunes qui ont 16 17 ans souvent ils sont encore,

**investigateur 2 : hon,**

S2 : chez leurs parents.

**investigateur 2 : hon.**

S2 : ou beaux-parents et donc en fait euhhh on les voit tous les jours. On voit pas un changement qui s'amenuise petit à petit,

**investigateur 2 : Ouai,**

S2 : tous les jours.

**investigateur 2 : D'accord.**

S2 : Donc voilà, d'où l'intérêt du médecin traitant qui voit régulièrement une semaine ou tous les 15 jours, il va remarquer si y'a quelque chose dans le changement.

**investigateur 2 : honhon.**

S2 : ou dans le comportement.

**investigateur 2 : D'accord. Très bien.**

S2 : A mon avis.

**investigateur 2 : D'accord et vous pensez ba justement si le médecin traitant ne voit pas la personne comment on pourrait... est-ce que vous avez des idées sur ce qui devrait être fait...**

S2 : Apreeees euh voilà.

**investigateur 2 : Est-ce que y'en a un qu'a tort , est-ce que...**

S2 : nan personne n'a tort j'pense c'est pas toujours évident.

**investigateur 2 : Hon.**

S2 : Et piii... Si il n'y a pas de problème de santé, on va pas s'inquiéter. Une anorexie qui débute, par exemple.

**investigateur 2 : hon.**

S2 : A moins qu'...Avant qu'on les découvre, si y a pas eu de problème de santé euh.

**investigateur 2 : Ouai.**

S2 : On va vraiment se poser les questions, le médecin traitant va pas dire, ba j'veux voir,

**investigateur 2 : ouai,**

S2 : telle personne toutes les semaines alors qu'elle est en bonne santé c'est un peuuu, c'est idiot quoi.

**investigateur 2 : Hon.**

S2 : Bon j'ai pas de réponse à votre question.

*(rises)*

**investigateur 2 : En tout cas merci beaucoup.**

S2 : De rien.On aura les résultats ?

**investigateur 2 : Oui tout à fait**

## ENTRETIEN S3

**investigateur 2 : Pouvez-vous me décrire votre exercice, votre fonction, où vous exercez, depuis combien de temps vous travaillez ?**

S3 : Alors... euh... ici dans le service, depuis 2002. J' suis auxiliaire de puériculture.

**investigateur 2 : Mmh...mmh. Euh... d'accord ! super ! (rires...)**

**Racontez-moi votre dernière visite pour trouble du comportement alimentaire chez une personne entre 12 et 19 ans.**

S3 : J'en ai jamais eu.

**investigateur 2 : Vous avez jamais eu en charge de patients...**

S3 : Ah ! euh... pardon... euh... Je dirais au mois de juin, 2012 quand on avait la petite anorexique.

**investigateur 2 : Mmh...mmh...**

**Qu'est-ce que vous pouvez me dire sur elle ...euh ? Ce qui s'est passé...ce qui a été fait dans...une journée...**

S3 : c'est vrai qu'il y a longtemps qu'on n'a pas eu d'anorexique, hein ! Enfin bon, et puis moi j'ai été arrêtée pas mal donc j'ai eu des gros soucis. Donc, non c'était juin... y'avait pas de ... euh... il y avait une fiche diète à suivre parce que quand il y a des régimes particuliers, la diététicienne nous met au frigo le ...

**investigateur 2 : Mouaih...**

S3 : la fiche à suivre, à respecter. Donc il fallait respecter la... la fiche.

**investigateur 2 : D'accord ! Est-ce que... du coup sa prise en charge...euh..., est-ce qu'il y avait un suivi aussi psychologique pour...**

S3 : Ah oui, oui ils ont toujours un suivi euh...

**investigateur 2 : ...d'accord psy ! Est-ce que vous vous souvenez comment elle était arrivée dans le service ?**

S3 : *Silence.* Elle non mais j'en ai une, bon c'est plus vieux hein, c'est moi qui avait fait l'accueil... C'est je dirai... l'année dernière... je sais pas si ça fait déjà un an ou deux. C'était juste avant décembre ben que ...

**investigateur 2 : oui...**

S3 : sur demande des parents et tout... euh... hospitalisation parce que euh elle ne mangeait plus quoi.

**investigateur 2 : c'étaient les parents en fait...**

S3 : c'étaient les parents mmh !

**investigateur 2 : D'accord. Euh... est-ce qu'il y avait une lettre ou un courrier d'entrée ?**

S3 : Non je pense qu'on avait l'aide d'un médecin...ça après nous on regarde pas trop... Souvent, souvent ils sont hospitalisées ou sur avis du médecin ou des parents hein. Qui demande de l'aide quoi, un peu.

**investigateur 2 : D'accord. Vous vous souvenez de son âge ?**

S3 : Oh, elle avait, oui, 14 ans je crois.

**investigateur 2 : Son IMC ?**

S3 : Oh ça... non...

**investigateur 2 : (Rires gênés) Euh... est-ce que l'entourage... comment l'entourage a été présent pour ... ?**

S3 : Ben là il y avait un contrat donc les parents n'avaient pas le droit de visite.

**investigateur 2 : Ouai.**

S3 : ou qu'une fois et ils venaient, ben, pour le changement de vêtements ou amener des choses mais ils passaient toujours par nous, ils allaient pas voir la p'tite.

**investigateur 2 : D'accord. Est-ce que vous vous souvenez comment le suivi a été organisé ?**

S3 : *Silence.* C'est-à-dire ?

**investigateur 2 : Euh, ben euh, quels intervenants venaient la voir euh... ?**

S3 : Ben euh, bon ben, l'équipe médicale, euh..., les psychologues, l'éducatrice. Ça me semble qu'elle avait le droit de, oui, oui, elle allait en salle de jeux accompagnée. Euh, ben après, la musique, les clowns, si elle acceptait.

**investigateur 2 : L'éducatrice, c'est qui, ça c'est ?**

S3 : C'est S14.

**investigateur 2 : D'accord.**

S3 : C'est notre éducatrice.

**investigateur 2 : D'accord, ok ! Euh... est-ce que vous avez eu un contact avec un médecin généraliste pour ce patient ?**

S3 : Non.

**investigateur 2 : Non ! D'accord. Est-ce que vous savez... euh... qu'est-ce qu'il y a eu comme relais quand elle est sortie ?**

S3 : Ben elle est partie à la CPU, c'est notre euh... centre de, souvent quand ils...

**investigateur 2 : D'accord.**

S3 : Oui souvent...euh..., la plupart du temps, les jeunes filles ou les jeunes, enfin c'est plus des filles qui passent par chez nous euh transitent après par la CPU...

**investigateur 2 : D'accord !**

S3 : ... le Centre Psychologique Universitaire de Saint Cyr.

**investigateur 2 : D'accord !**

S3 : à la dernière de la semaine dernière, mais bon j' suis pas là-bas, ce sera peut-être plus les filles de l'autre côté qui pourront vous en parler. Elle est partie à la CPU, on a eu une lettre d'elle, voilà, elle est partie euh, elle a dû partir le 7 ou 8 à la CPU.

**investigateur 2 : D'accord, elle vous a laissé un petit mot en partant ?**

S3 : oui, oui, oui, bon vous pouvez le lire.

**investigateur 2 : « Merci pour votre gentillesse et votre patience. Merci pour votre bonne humeur et votre sourire car un sourire donné le matin m'a donné la paix. Je sais que des fois je n'ai pas été toujours facile. Je m'en excuse franchement. Je vous souhaite une bonne continuation et à bientôt. Grosses bises. » En fait, c'est...**

S3 : Oui, oui, elle est restée longtemps. Je l'ai pas...c'est plus les filles de l'autre côté qui pourront vous en parler. Parce que nous, on est qu'un seul service, mais on tourne. On est à droite, on est à gauche et...

**investigateur 2 : Très bien ! Euh, est-ce que..., qu'est-ce que vous auriez aimé justement comme relais à la sortie ? Est-ce que vous pensez que c'est adapté ? Est-ce que... ?**

S3 : Ben souvent, euh... oui, il faut qu'ils passent par-là peut-être pour avant de rentrer définitivement euh chez eux. Après bon, ce qu'est dommage nous, c'est qu'on n'a pas de nouvelles après quoi, je veux dire... Ils sont là-bas. A part celles qui rechutent et qui reviennent...

**investigateur 2 : D'accord.**

S3 : Ça c'est sûr que dès qu'on arrête la sonde gastrique, la nutrition et tout, souvent euh... c'est la dégringolade quoi.

**investigateur 2 : D'accord. Qu'attendez-vous de la prise en charge par le médecin généraliste pour ces patients avant le diagnostic et après ?**

S3 : Ben si on nous les envoie là c'est que je pense qu'il est un peu démunit et que euh... il veut donner le relais, hein. Après, euh...

**investigateur 2 : Souvent c'est les médecins généralistes qui vous les envoient ?**

S3 : Ça je ne sais pas trop vous dire... Je pense, hein ! Je pense, ou alors les parents qui vont voir le médecin et puis qui demande une hospitalisation parce qu'ils voyent que ça n'avance pas quoi.

**investigateur 2 : D'accord. Bon ben je vous remercie. Est-ce que vous avez d'autres choses à ajouter sur la ...?**

S3 : Non, non, nous on est pas, c'est vrai que, elles viennent chez nous mais on n'est pas spécialement des services adaptés quoi. Parce que, on a d'autres enfants, on peut pas... Mais sinon...

**investigateur 2 : En quoi vous pensez que ce n'est pas adapté ?**

S3 : Ben c'est pas... je sais qu'il existe des maisons spécialisées, quoi, pour les anorexiques, des centres et tout où, peut-être qu'elles seraient plus prises en charge. Bon, ben, on les voit que pour la toilette, les plateaux et, ...puis bon souvent les vraies anorexiques de toute façon ils aiment pas trop, enfin, ils sont dans leur coin et ... C'est pour ça qu'elles vont en salle de jeux souvent. Y'a S14 qui va les voir, ou.... Mais nous on n'a pas assez de temps à leur dédier pour euh... puis faut pas rentrer non plus, enfin il faut être distant quoi. Faut pas rentrer...

**investigateur 2 : D'accord.**

S3 : ...dans leur jeu et tout mais... On n'aurait qu'elles, bon, heureusement on n'en a pas souvent. Donc quand on en a, elles restent pas mal de temps. Mais euh... c'est difficile quoi. Des fois, elles sont demandeuses et on ne peut pas, on ne peut pas être auprès d'elles, quoi. On a d'autres enfants à s'occuper, quoi. Quand c'est calme ça va. On prend tout..... mais..... c'est dur !!

**investigateur 2 : Très bien ! Bon, ben, je vous remercie !**

S3 : De rien !

**investigateur 2 : Au revoir !**

S3 : Je vous envoie quelqu'un d'autre ?

**investigateur 2 : Ah, je veux bien !**

## ENTRETIEN S4

**investigateur 2 : Pouvez-vous me décrire votre exercice, fonction, où vous exercez, depuis combien de temps vous travaillez ?**

S4 : Alors, je suis Auxiliaire Puéricultrice. Je travaille, ici à Clocheville depuis 24 ans.

**investigateur 2 : D'accord. Racontez-moi votre dernière consultation pour trouble du comportement alimentaire, chez une personne entre 12 et 19 ans.**

S4 : Euh, oui ! Euh, j'ai, euh... quitté une anorexique la semaine dernière euh...qui avait 12 ans.

**investigateur 2 : D'accord.**

S4 : ...que je me suis occupée pas mal de temps. Le temps de son hospitalisation.

**investigateur 2 : Qu'est-ce que vous pouvez me dire sur cette prise en charge ?**

S4 : Sur la prise en charge ? Euh... Ben euh... comme d'habitude, on a euh..., on travaille en binôme avec le psychologue, et puis les médecins. Donc, euh... y'avait toujours un contrat de défini, pour l'anorexie. Donc, on suit le contrat. On fait plus ou moins euh..., comment dire, des échanges d'alimentation sur le plateau en accord avec le médecin. Et puis, voilà, euh...après les questions qu'on a, au fur et à mesure, à poser dans la complication de la maladie, euh...on voit avec l'interne au fur et à mesure des jours, puisque évidemment c'est des enfants qui sont très manipulateurs, donc euh..., on est obligé de se confronter régulièrement et de demander avis au psychologue ou à l'interne.

**investigateur 2 : D'accord. Est-ce que vous vous souvenez comment elle est arrivée dans votre consultation ?**

S4 : Euh...oui, oui, oui, elle est arrivée, je crois, par son médecin traitant puisque moi, c'est moi qui ait fait son entrée. Donc c'est le médecin traitant qui l'a envoyée sur... par rapport à sa chute de poids énorme.

**investigateur 2 : Le médecin traitant, c'est un médecin généraliste, un pédiatre ? Vous savez ?**

S4 : Ah, je sais pas du tout, je peux pas vous dire.

**investigateur 2 : euh... Il y avait une lettre, un courrier ?**

S4 : Euh... là, je sais pas. Mais souvent, soit il téléphone et on est au courant, donc soit les médecins se coordonnent par téléphone ou par courrier, de tout façon, on est prévenu avant. Il demande avis, et puis voilà.

**investigateur 2 : Quel était son âge ?**

S4 : Elle avait euh...12 ans et demi.

**investigateur 2 : Et son IMC d'entrée ?**

S4 : Son IMC d'entrée... euh... de mémoire...euh...elle était à 14 je crois.

**investigateur 2 : Comment l'entourage a-t-il été présent pour cette patiente ?**

S4 : Son entourage familial ?

**investigateur 2 : Par exemple !**

S4 : Voilà. Donc elle avait une visite un jour sur deux.

**investigateur 2 : Ouaih...**

S4 : de sa famille... d'une heure... et euh...la maman, c'était très compliqué au départ. Et, euh...donc elle était un petit peu en difficulté aussi la maman. Elle avait une sœur jumelle, cette jeune fille. Donc, qui était, elle, plutôt en surcharge pondérale, puisqu'elle faisait manger sa sœur. Elle lui donnait son alimentation. Donc euh... voilà. Et, euh...sinon après, bon le départ était un peu dur... La maman essayait de grignoter toujours un peu de temps mais euh dans l'ensemble, ça s'est pas trop mal passé puisqu'ils ont eu un suivi familial à côté.

**investigateur 2 : D'accord. Il y avait d'autres personnes de l'entourage à part la famille ?**

S4 : Non, c'était ses parents et sa sœur qui venaient.

**investigateur 2 : D'accord. Comment est-ce que vous avez organisé le suivi ?**

S4 : euh... le temps de l'hospitalisation ? Ben le suivi, ben c'était surtout le suivi de son poids, prioritaire. Donc elle était pesée euh... tous les lundis plus des poids surprises. Et euh... suivant cette évolution, au tout départ euh...si en 8 jours, elle prenait du poids, elle échappait à la sonde gastrique. Donc euh....elle a mangé tous ses plateaux au départ, donc elle a eu une prise de poids assez fulgurante au départ. Ça a stagné au bout d'un mois puisque après, elle avait comblé un peu son manque de départ, donc c'était assez fulgurant au départ, oui. Et donc, après euh... je sais plus ce que vous me demandiez...

**investigateur 2 : Le suivi...**

S4 : Le suivi ! Donc, c'était bon surtout le poids, nous. Et elle sortait d'ici si elle avait atteint un certain poids, le poids vital de l'IMC, que les médecins estimaient euh...correct. Et donc, là, elle partait pas chez elle, elle partait en continuité, en relais à la CPU, de Saint-Cyr. Et là-bas, elle aura aussi un poids euh... à atteindre aussi là-bas pour sortir définitivement.

**investigateur 2 : D'accord. Euh... est-ce que vous avez eu des contacts avec un médecin généraliste pour cette patiente ?**

S4 : Euh... non ! Que les médecins du service.

**investigateur 2 : D'accord. Y'a jamais eu de contact avec des médecins de l'extérieur ?**

S4 : Ah, ben surement, peut-être entre eux. Peut-être que son médecin traitant prenait régulièrement des nouvelles. Enfin, je suppose, celui qui l'a envoyé ! Mais, nous, on n'entrait pas en tant qu'auxiliaires, on n'avait pas de contact avec ce médecin.

**investigateur 2 : Est-ce que vous savez avant de venir dans le service qu'elle était sa prise en charge ?**

S4 : Non, pas du tout.

**investigateur 2 : Euh... est-ce que...**

S4 : Ça a été assez rapide je pense, la perte de poids euh...durant l'été euh... voilà, il y a eu des circonstances qu'ont fait que voilà... qu'elle a perdu rapidement du poids.

**investigateur 2 : Qu'auriez-vous aimé justement après la sortie, comme relais ?**

S4 : Pour elle ?

**investigateur 2 : Ouaih !**

S4 : ben euh... là, je pense que c'est bien, un relais par la CPU avant de sortir, à la maison, puisque de toute façon, enfin, sortie d'ici on sait qu'elle est pas guérie. Puisque, par son comportement euh... enfin, elle se goinfrait entre guillemets pour être sûr d'atteindre ce poids euh... pour sortir. Mais elle avait toujours un comportement d'anorexique. De toute façon, l'anorexie c'est très très long. Donc, euh...elle était pas guérie ! mais euh... après, nous c'est vrai qu'on aimerait bien, on a de temps en temps des nouvelles de ces patients. On demande des nouvelles, mais on n'en a pas toujours.

**investigateur 2 : Qu'attendez-vous de la prise en charge par le médecin généraliste pour ces patients ? Avant le diagnostic et après ?**

S4 : Euh... ben à cet âge-là, euh... par expérience, moi j'ai des grands enfants, et les parents s'en aperçoivent pas, et souvent quand ils s'en aperçoivent c'est déjà trop tard. Euh... on les emmène pas spécialement chez son médecin traitant. Jusqu'à cet âge-là, ils sont peut-être une fois malade dans l'année, donc euh... le médecin traitant, lui si on ne lui emmène pas l'enfant, il ne peut pas surveiller un poids. Après c'est, c'est à la demande des parents. Si voilà, ils l'emmènent, ben voilà, « mon enfant a perdu du poids », je pense que lui peut déjà dire ben : « vous revenez dans 15 jours, on refait un poids et puis ... » mais euh... voilà, je pense que souvent ça ne se passe pas comme ça et ils sont déjà maigres chez les parents. Les parents, souvent, s'en sont pas, ne se sont pas aperçus de l'état de leur enfant. Et ils sont déjà très maigres quand ils arrivent.

**investigateur 2 : D'accord. Et après le diagnostic, vous pensez que le rôle du médecin généraliste euh...**

S4 : ben moi je pense, qu'après la sortie de l'hôpital... je pense que ce serait bien euh...bon ils ont un relais évidemment de psychologues à l'extérieur, je pense. Et euh... après que le

médecin généraliste éventuellement euh... sur les 6 mois qui suivent, peut-être peut faire euh..., une pesée par mois, enfin pour voir l'évolution, sans repasser par l'hôpital. Pour voir si..., pas les lâcher dans la nature directement.

**investigateur 2 : Mmh, mmh. Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter sur ce sujet ?**

S4 : Euh... mmh, non ! On aimerait bien nous en tant que, auxiliaires, puisqu'on s'en occupe quand même beaucoup ! On est très proches d'eux. Euh... d'avoir plus de compte-rendu qu'on a actuellement avec les psychologues, parce que, c'est ce qu'on a demandé à la dernière réunion, parce que les psychologues parlent beaucoup avec les médecins, mais souvent, nous on n'a pas le compte-rendu. Et donc, nous on est très proches d'eux, enfin, c'est nous qui sommes les plus proches, et on aimerait avoir plus de compte-rendu et puis voilà de...

**investigateur 2 : dans le cadre de l'hospitalisation...**

S4 : Voilà... Et puis là, on a eu un cours par les psychologues sur l'anorexie, donc c'est vrai que, on a pu poser nos questions et avancer un petit peu. Parce que ça, nous, enfin, moi je fais ça depuis 24 ans mais euh... c'est vrai que les petites jeunes qu'arrivent, ben c'est tout nouveau pour elles. Donc, il y a vraiment des choses à faire et... à ne pas faire aussi.

**investigateur 2 : D'accord. Très bien ! Merci beaucoup ! Au revoir !**

S4 : Au revoir !

## ENTRETIEN S5

**investigateur 2 : Pouvez-vous me décrire votre exercice, votre fonction, où vous exercez, depuis combien de temps vous travaillez ?**

S5 : Alors... j'exerce ma fonction depuis 1985, j'ai toujours été dans ce service. Et... (rires)

**investigateur 2 : ...votre fonction... ?**

S5 : ben...auxiliaire puéricultrice.

**investigateur 2 : D'accord...**

S5 : Voilà !

**investigateur 2 : Racontez-moi votre dernière prise en charge pour trouble du comportement alimentaire chez une personne entre 12 et 19 ans.**

S5 : Euh... problème d'anorexie, une grande fille. Voilà... qui a du mal à... à manger.

**investigateur 2 : Quelle a été sa prise en charge ?**

S5 : A mon niveau ?

**investigateur 2 : Euh... non, à tous les niveaux !**

S5 : Ben surtout une prise en charge au niveau euh... des psychologues, et puis... nous, ben nous, on sert les repas, après on transmet, ...euh...ce qu'on, ce qu'on détecte, enfin ce qu'on voit.

**investigateur 2 : Mmh, mmh !**

S5 : Comment elle se comporte au niveau des repas, ce qu'elle a mangé, quelle attitude elle a...

**investigateur 2 : Mouaih...**

S5 : Voilà, ça c'est retransmis au médecin !

**investigateur 2 : J'entends parler de psychologues. C'est des psychiatres ou y'a aussi des psychologues ? Parce que vous n'êtes pas la première à me parler de psychologues.**

S5 : ... (silence de réflexion)

**investigateur 2 : Ah, ah...**

S5 : J' veux pas dire de bêtises, mais il me semble que sur l'établissement, il y a les deux.

**investigateur 2 : D'accord.**

S5 : Si, si, il doit y avoir les deux. Si, si...

**investigateur 2 : Mouaih !**

S5 : Mmh... parce que certains viennent pour aider les enfants euh...psychologiquement mais ne prescrivent pas de médicaments mais y'en a qui prescrivent des médicaments, donc c'est obligatoirement des psychiatres après.

**investigateur 2 : D'accord. Euh... comment était-elle arrivée dans votre service ?**

S5 : La jeune fille ?

**investigateur 2 : Mouaih !**

S5 : Euh... c'est les parents qui sont venus euh... en fait un appel au secours. Ils ont vu que leur enfant était en danger et le médecin, lui-même, le médecin de famille a adressé l'enfant.

**investigateur 2 : D'accord. C'était un médecin généraliste ? Ou c'était un pédiatre ? Vous savez euh... ?**

S5 : Ah ça, je ne sais pas !...

**investigateur 2 : D'accord. Bon, il avait fait un courrier ou c'était téléphonique euh... ? Ça s'est passé comment ?**

S5 : Euh... oui, il y avait un courrier. Oui, oui, elle était adressée, parce que, ben, c'est des histoires, enfin, les anorexiques, ça date pas d'aujourd'hui... c'est... au bout de plusieurs mois, des fois voir années.

**investigateur 2 : Mmh...**

S5 : Après, ils arrivent à être hospitalisés quand vraiment euh... ils sont critiques euh... que leur état de santé est critique !

**investigateur 2 : Euh... Est-ce que vous vous souvenez de son âge à cette patiente ?**

S5 : ... *silence*... Euh... 13 ans je crois, 13 ans.

**investigateur 2 : Euh... son IMC ?**

S5 : Non.

**investigateur 2 : Comment l'entourage a-t-il été présent pour cette patiente ?**

S5 : Euh... c'est surtout au niveau psychologique hein, parce que nous, les parents on les voit juste... après il y a un contrat qui est établi et on voit les enfants euh... on voit les parents en fonction de comment se passe le contrat. Donc si par exemple, le psychologue dit : « les parents peuvent voir l'enfant pendant une heure », bon, on accueille les parents mais ils vont bien sur tout de suite avec leur enfant. Nous, on a peu de contact. Enfin, au niveau des vêtements, on va dire des choses, les choses essentielles, s'il manque des choses, des... certaines priorités auprès d'elle. Mais après c'est surtout euh... les parents, sont surtout plus avec les médecins. Pour voir l'évolution... euh... de la maladie.

**investigateur 2 : D'accord. Comment... le suivi a-t-il été organisé ? Le suivi de l'hospitalisation ?**

S5 : Elle est partie sur un autre établissement !

**investigateur 2 : Hein, hein... lequel ?**

S5 : A la CPU.

**investigateur 2 : D'accord. Et c'est toujours comme ça, c'est toujours une hospitalisation ici, et puis, il part à la CPU ?**

S5 : Généralement oui ! Mmh ! Après ça dépend hein, il y a des anorexiques qui sont hors département hein. Donc après, voilà, c'est encore un autre système. Mais généralement, il y a un compromis, euh... ils doivent atteindre, par exemple, tel poids pour dire : « Là tu pars à la CPU ! ».

**investigateur 2 : D'accord.**

S5 : Il faut déjà atteindre le poids... que le psychologue a décidé pour pouvoir partir.

**investigateur 2 : Et pareil, comment ils arrivent, en général ... ils se calment... et comment ils arrivent dans le service sinon ? Euh... c'est toujours via le médecin de famille ou c'est toujours, il y a d'autres... euh... ?**

S5 : Ben parents ou médecins !

**investigateur 2 : Mouaih...**

S5 : Parce que bon le mineur, il vient pas de lui-même tout seul hein ! En plus, eux, ils se voient pas en danger, hein ! C'est les autres hein !

**investigateur 2 : D'accord.**

S5 : Bon ben un peu comme tous les enfants d'ici, hein, en fait ! Ils sont adressés soit par un médecin, ou alors par les parents parce que, voilà, ils voient que leur enfant va pas bien. Ils viennent aux urgences et après, ils sont hospitalisés ou ils ont l'accord de retourner chez eux.

**investigateur 2 : D'accord. Avez-vous eu un, est-ce que ce patient... comment a été suivi cette patiente avant de vous, de vous voir arriver dans le service ?**

S5 : Chez elle, vous voulez dire ? Par son médecin traitant ! Elle a été suivie par son médecin traitant.

**investigateur 2 : Vous savez si...**

S5 : après ça nous... on sait pas euh... comment ça se passait euh... ce qui se dit lors des visites hein ?!

**investigateur 2 : Est-ce que vous savez quel médecin c'était ? Si c'était un généraliste, un pédiatre, un autre psy... ?**

S5 : Non ! Non !

**investigateur 2 : Est-ce que vous avez eu un contact avec un médecin généraliste pour cette patiente ?**

S5 : Nous, non, à notre niveau, auxiliaires, non !

**investigateur 2 : D'accord.**

S5 : Non, les médecins rentrent en contact entre eux.

**investigateur 2 : Mmh...**

S5 : Soit en appel téléphonique, soit ils se déplacent.

**investigateur 2 : Qu'auriez-vous aimé comme relais ? A la sortie...**

S5 : Comme relais pour la patiente, ben euh... moi ça me semble bien ce qui s'est produit. De toute façon euh..., voilà elle est sortie d'ici, il faut être réaliste, elle est loin d'être guérie, donc... ce serait bien que derrière il y ait un suivi euh... approfondi hein !

**investigateur 2 : D'accord. Euh... qu'attendez-vous de la prise en charge par le médecin généraliste pour ces patients, avant le diagnostic ?**

S5 : Avant le diagnostic de l'anorexie ?

**investigateur 2 : Mmh, mmh !**

S5 : Ben, les généralistes, ils font un suivi comme tout autre enfant ! Tant que la maladie n'est pas... enfin comme toute maladie... tant que les maladies ne sont pas détectées euh... le généraliste euh... enfin je sais pas quelle réponse vous attendez ?...

**investigateur 2 : Non mais, je...**

S5 : ...mais il fait son travail euh... voilà !

**investigateur 2 : Et après le diagnostic ? Qu'est-ce que vous attendez de sa prise en charge ?**

S5 : Le généraliste ? Ben... qu'il décante après, ben, justement le processus d'aide.

**investigateur 2 : Mmh, mmh...**

S5 : Ben comme pour toute pathologie, hein ! Après ben, s'il y a un spécialiste à voir euh... quel qu'il soit. Que ce soit un psychologue, que ce soit un dentiste, que ce soit un chirurgien euh... voilà ! Quand le diagnostic tombe, pour moi euh... le rôle du généraliste, c'est de, c'est d'alerter euh... d'autres médecins euh... pour aider !

**investigateur 2 : Est-ce que il y a d'autres patients qui vous ont marqué euh... avec des troubles du comportement alimentaire ?**

S5 : Non, pas spécialement... Non, non, non, le pire, nous c'est quand même les anorexiques. Après, il y a des enfants qui sont très difficiles en alimentation mais bon, quand on discute aussi avec les parents, on voit que... qu'ils sont pas habitués à manger euh... certaines choses. Donc ici, ça les déroute. Mais euh..., sinon, voilà, c'est, j'veux dire là c'est des choses passagères même si l'enfant mange pas très bien pendant son hospitalisation, c'est pas une catastrophe en soit non plus. Parce que... les parents me disent : « Oui... il est très difficile ! Il aime pas ça ! » ou euh...

**investigateur 2 : D'accord. Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?**

S5 : Non, si j'ai été assez euh... clair ! ...concrète et que ça vous aide... c'est....

**investigateur 2 : Merci ! Au revoir !**

S5 : Au revoir !

## ENTRETIEN S6

**investigateur 2 : Pouvez-vous me décrire votre exercice, votre fonction, où vous exercez, et depuis combien de temps ?**

S6 : Alors, je suis auxiliaire de puériculture depuis 14 ans. Voilà !

**investigateur 2 : D'accord. Racontez-moi votre dernière consultation, enfin votre dernier suivi pour trouble du comportement alimentaire chez une personne entre 12 et 19 ans.**

S6 : Alors c'était chez une jeune fille euh... ça a duré une journée, parce que je l'avais en charge qu'une journée. Une jeune fille de 12 ans, qui était, qui est anorexique et euh... c'était juste lui amener son repas, discuter un petit peu avec elle et puis voilà... c'était tout en fait !

**investigateur 2 : D'accord. Quelle a été sa prise en charge ?**

S6 : Alors, la prise en charge, c'était euh... beaucoup de... comment dire... de communication autour des repas, un petit peu essayer de dédramatiser la situation, parce que c'est vrai qu'à chaque fois qu'on amenait les repas, c'était un petit peu le moment anxieux. Voilà, c'était ça ! Un petit peu déstresser la situation et puis essayer d'amener le moment du repas, le plus simplement possible et puis sans trop... en essayant d'évacuer le stress de l'adolescente.

**investigateur 2 : D'accord.**

S6 : Au maximum.

**investigateur 2 : Au niveau nutritionnel, psychologique social, euh...?**

S6 : Alors, au niveau social euh... ben c'était le moment où elle était un petit peu euh... où les parents n'avaient pas le droit de visite. Y'avait un contrat de mis en place, donc c'est vrai que... mis à part les coups de téléphone, c'était tout ce qu'elle avait, donc... euh... c'est vrai que c'était un petit peu difficile, mais bon... Après c'était pas le début de l'hospitalisation, donc ce n'était pas le moment le plus difficile. Mais euh... mis à part ça, rien de particulier.

**investigateur 2 : Comment était-elle arrivée dans le service ?**

S6 : Alors, via les urgences parce qu'elle est arrivée dans un moment où elle avait eu une grosse perte de poids. Donc, quand ils ont une grosse perte de poids, ils arrivent... chez nous euh... on va dire en urgence pour que justement on les fasse reprendre un petit peu de poids parce que ils arrivent dans une période où ils sont comment dire euh... enfin... médicalement en danger ! Donc euh... ils arrivent chez nous ils sont très fatigués. On est obligé de les scoper, de les surveiller quand même un maximum dans les premières 48 heures, et puis après euh... les choses s'imbriquent les unes dans les autres et puis euh... généralement au bout de 3-4 jours ça va un peu mieux.

**investigateur 2 : Et aux urgences, c'est qui qui l'avait adressé aux urgences ?**

S6 : Son médecin traitant !

**investigateur 2 : Son médecin traitant, c'était...**

S6 : Suite à une consultation euh... dans un état de fatigue assez important, donc euh... Elle était allée chez le médecin traitant. Bon, elle était suivie régulièrement mais bon cette consultation-là euh... le poids était vraiment très très faible. Et puis, le poids était très très faible... et puis en plus elle était dans un état de fatigue et de dépression assez important. Donc du coup c'est pour ça qu'elle a été adressée aux urgences

**investigateur 2 : C'était quoi comme médecin traitant ? Pédiatre, généraliste ?**

S6 : Non, c'était un médecin généraliste.

**investigateur 2 : D'accord. Euh... son âge, vous m'avez dit...**

S6 : Euh... 12 ans !

**investigateur 2 : Son IMC ?**

S6 : Ohhh... je ne le connais pas ! Je ne l'ai pas en tête.

**investigateur 2 : Comment l'entourage, on en a un petit peu parlé, a-t-il été présent pour cette patiente ?**

S6 : Alors euh..., très présent au début ! C'était surtout avec la maman. Donc, enfin, très présente ! Et puis après... au début au final, ils sont assez présents les parents jusqu'à ce

qu'on... parce qu'en fait au début les parents sont présents pour qu'on voit un petit peu, qu'on essaie de voir un petit peu comment ça se passe au sein de la famille, pour voir s'il y a des... comment dire... des mmh... des conflits autour de cette prise en charge alimentaire. Si, euh..., les gens, enfin si le père ou la mère accepte un petit peu l'état de l'enfant, comment eux parle de l'état de l'enfant. S'ils sont conscients de l'état de l'enfant ! Et puis après, au fur et à mesure de l'hospitalisation, souvent ce sont des hospitalisations qui sont longues ! Donc, euh... si on voit que... euh... il faut un petit peu écarter les parents, c'est dans ces cas-là que les pédopsychiatres mettent en place des contrats qui sont signés à la fois par l'enfant, par l'équipe et... par les parents. Donc euh... souvent, on en arrive là où on n'est obligé un petit peu d'écarter la famille pour euh... prendre en charge l'enfant !

**investigateur 2 : D'accord... euh... Comment avez-vous organisé le suivi ?**

S6 : Alors ... nous, à mon niveau, en tant qu'auxiliaire de puériculture, on n'organise pas trop le suivi ! C'est plus au niveau de l'équipe médicale. C'est-à-dire que, c'est un peu au décours des consultations pédopsychiatres. Eux, nous font le retour, enfin... ! L'équipe pédopsychiatrie fait le retour au médecin, à l'interne qui a en charge l'enfant. Et nous, à ce moment-là, on fait en fonction des prescriptions médicales. Et, en fonction du contrat qui a été signé avec les pédopsychiatres.

**investigateur 2 : Et qu'est-ce qui a été prévu du coup pour elle ?**

S6 : Ben, en fait à mon niveau, enfin à notre niveau à nous en tant qu'auxiliaires de puériculture, y'a pas grand-chose, mis à part euh... quand il y a des poids surprises, c'est nous qui les faisons. On a des jours pour faire les poids. On les retranscrit. Après euh... au niveau du suivi, on retranscrit aussi au niveau des repas. Comment se passent les repas ! Si l'enfant a été coopérant ! S'il a mangé les quantités ! Euh... s'il y a eu, par exemple, euh... quand on amène les repas, si par exemple ils ont essayé de ... comment dire, parce que souvent ils sont dans la négociation des repas : « J'veux pas ci, j'veux bien ça... ». Donc, en fonction de ce qu'on a, au niveau des prescriptions médicales, on a le droit de changer ou pas un aliment du plateau. Si on n'a pas le droit ben voilà ! Donc, on fait en fonction des retours des équipes de pédopsychiatrie et médicales.

**investigateur 2 : Et après la sortie, qu'est-ce qui s'est passé pour elle ?**

S6 : Euh... souvent malheureusement, on n'a pas de retour après. Ils sortent ! Et on n'a pas forcément de nouvelles après.

**investigateur 2 : Elle est sortie au domicile ? Elle est...**

S6 : euh... non ! Il y a eu un passage par la CPU, en fait. Le Centre de Psychiatrie...

**investigateur 2 : Et est-ce que vous savez quel était son suivi à cette patiente ? Médical ou paramédical ?**

S6 : Alors, elle avait déjà un suivi pédopsychiatrie en externe, en fait. Donc, elle était déjà suivie et puis, il me semble que y'avait euh... une thérapie familiale aussi de mise en place.

**investigateur 2 : D'accord. Et son médecin généraliste, c'est lui qui l'a adressée malgré tout ça ?**

S6 : Oui, oui.

**investigateur 2 : D'accord. Euh... est-ce que vous avez eu un contact avec un médecin généraliste pour ce patient ?**

S6 : Non. Non !

**investigateur 2 : Qu'est-ce que vous auriez aimé euh... comme relais justement, à la sortie ? Comment...**

S6 : Ben... comme relais, à la limite pas (*soupirs*) grand-chose ! Mais c'est vrai que souvent on a des nouvelles quand ils reviennent ! Donc euh... voilà... le relais après euh... on n'en a pas forcément !

**investigateur 2 : Qu'est-ce que vous attendez...**

S6 : Non, non rien !

**investigateur 2 : Qu'est-ce que vous attendez de la prise en charge par le médecin généraliste pour ces patients avant le diagnostic ?**

S6 : Ben euh... pas grand-chose en fait ! Parce que c'est à l'extérieur, donc nous on n'a pas de rapport avec les médecins traitants. Pfff... nous on les voit au moment de l'hospitalisation, donc euh... Oui, il aur... enfin... La seule chose, c'est qu'il appelle pour avoir des nouvelles, savoir un petit peu ce que l'on fait ici ! Je pense qu'ils le font entre médecins. Donc, soit ils appellent pendant l'hospitalisation. Nous on n'a pas forcément de retour de notre médecin d'ici, en nous disant « ben j'ai le médecin qui a appelé ». Soit, ils ont un courrier. Donc, nous, au final, enfin à mon niveau, en tant qu'auxiliaire de puériculture, j'ai pas franchement de lien avec le médecin traitant et le suivi à l'extérieur !

**investigateur 2 : Et après le diagnostic qu'est-ce que vous attendez du médecin, de sa prise en charge au médecin généraliste?**

S6 : ... Ben pfff... je sais pas trop finalement !

**investigateur 2 : C'est pareil ?**

S6 : Ben oui, c'est pareil au final hein ! Parce que nous, une fois qu'ils sortent ou qu'ils rentrent, en fait, le médecin généraliste...

**investigateur 2 : ...existe plus ?!**

S6 : Ben, un petit peu, oui (*Rires*). Parce que c'est totalement différent, la prise en charge à l'hôpital et la prise en charge à l'extérieur est totalement différente. On a un mode de fonctionnement qui est quand même différent ! C'est vraiment euh... c'est à part ! C'est plus nous qui faisons le lien avec eux en sortant plutôt que l'inverse. Eux, ils nous donnent un petit peu des, des liens avec, enfin ils nous donnent un petit peu des informations sur la famille, sur ... un petit peu comment était l'enfant avant, mais euh... voilà c'est tout ce qu'on a au final !

**investigateur 2 : Et... est-ce qu'il y a d'autres histoires qui vous ont marquées de patients ayant des troubles du comportement alimentaire ?**

S6 : Oui ! On a eu un jeune garçon... euh.... enfin, j'ai connu deux garçons assez difficiles à prendre en charge.

**investigateur 2 : Mouais...**

S6 : Parce qu'ils étaient très... enfin, un, enfin oui, non, les deux étaient très malins. C'était très difficile au niveau prise en charge psychologique... c'était tout dans la négociation... tout... pfff... C'était vraiment très difficile ! C'était, ben, c'est un rapport aussi à l'enfant qui est difficile ...hein, l'enfant en difficulté ! Un enfant qui ne mange pas, c'est vrai que c'est difficile. On aimerait... on trouve que c'est pas si important que ça et puis au final si c'est très important car il y a une grosse part de psychologique. Sauf que la part de psychologique, on ne l'a pas tout le temps. Nous, au décours de l'hospitalisation, c'est des enfants qui sont difficiles, qui craquent, qui sont faibles qui sont euh... qui ont besoin de réconfort et puis malheureusement, on peut pas tout le temps... on n'est pas leur copain ! C'est qu'il faut faire aussi la part des choses parce que souvent quand on va dans leur sens, quand, quand on est très amical, quand on les prend un petit peu trop dans l'amitié, enfin quand on les entoure d'amour maternelle, ben souvent ils en jouent et après la prise en charge, elle est d'autant plus dure ! Donc, souvent et notamment avec ces deux garçons là... enfin un, plus avec un et ben il en joue énormément. Donc euh... pour nous c'était difficile parce que ben dès qu'il voyait qu'il y avait la petite faille, il se faufilait dedans et... voilà ! C'est très difficile !!!

**investigateur 2 : Et leurs parcours à ces deux jeunes, c'était... ils ont arrivés là comment ?**

S6 : Ben pareil ! Suite à une consultation.... Enfin ils étaient suivis pour des difficultés alimentaires et puis ils sont arrivés à un point où... c'était vital ! Et ils ont été hospitalisés parce que c'était vraiment... enfin... ils étaient arrivés à un point où il fallait qu'ils soient pris en charge rapidement au niveau nutrition parentérale, enfin entérale. Ça a été très rapidement ! Parce qu'ils étaient vraiment en danger !

**investigateur 2 : C'était pareil ! C'était des médecins extérieurs qui les ont adressés ?**

S6 : Euh... je sais plus... je sais que oui, c'était des consultations de médecins. Après je ne sais plus si c'était médecin... général ou pédiatre... je ne sais plus !

**investigateur 2 : Voilà ! Merci beaucoup !!!**

S6 : Et ben de rien ! Bonne fin de journée !

**investigateur 2 : Vous aussi.**

## ENTRETIEN S7

**investigateur 2 : Alors, pouvez-vous me décrire votre exercice ?**

**Quelle est votre fonction, ou exercez-vous, depuis combien de temps travaillez-vous ?**

S7 : Alors moi je... J'ai eu mon diplôme d'infirmière en 92.

**investigateur 2 : Honhon.**

S7 : J'ai exercé un p'tit peu à paris euh en gynéco, en médecine euh vasculaire et donc après j'ai, j'suis, j'ai eu une mutation sur euh sur tours en 99. J'ai exercé, continué d'exercer ma fonction d'infirmière jusqu'en 2003 et 2003 c'est la date à laquelle j'ai commencé à faire faisant fonction de cadre, après j'ai fait l'école des cadres et maintenant je suis cadre depuis 200...7.

**investigateur 2 : D'accord.**

S7 : Voilà.

**investigateur 2 : Euhhh.**

S7 : Donc je ne suis pas auprès des patients, moi je gère une équipe.

**investigateur 2 : Ouai.**

S7 : Je suis garante de la qualité des soins et de l'organisation du service.

**investigateur 2 : Ouai.**

S7 : Il m'arrive de rencontrer les familles, de rencontrer les patients.

**investigateur 2 : D'accord.**

S7 : Voilà, mais euh je suis pas dans le soin.

**investigateur 2 : D'accord.**

S7 : Voilà.

**investigateur 2 : Est-ce que vous pouvez me raconter la dernière consultation, euh pour trouble du comportement alimentaire chez une personne entre 12 et 19 ans. Le dernier contact que vous avez pu avoir, ou la dernière histoire qui vous a marqué en fait.**

S7 : Alors moi j'ai pas eu contact avec la patiente mais j'ai eu contact avec la maman.

**investigateur 2 : Hum.**

S7 : de la patiente qui euhhh, que j'ai rencontrée à 2 reprises dans mon bureau parce qu'elle voulait me poser des questions précises, voilà donc c'était plus par rapport euhhh on a discuté un p'tit peu par rapport à son ressenti.

**investigateur 2 : Hum.**

S7 : euh vis-à-vis de la maladie de sa fille euh je lui ai même demandé si... alors parce qu'elle, elle, elle m'a dit qu'elle, qu'elle voulait faire suivre la sœur de de, de sa fille malade pour pouvoir justement euh éviter l'engrenage et que ça se reporte sur la, la p'tite sœur et donc du coup j'ai été amenée à lui demander si elle aussi elle se faisait suivre.

**investigateur 2 : honhon.**

S7 : pour, pour prendre du recul par rapport à la situation et pour euh pour mieux gérer justement la, la prise en charge de, de cette pathologie, enfin de la pathologie de l'anorexie mentale.

**investigateur 2 : D'accord. Vous savez pour cette patiente euhh enfin la fille justement euh s'il y'avait une prise en charge nutritionnelle, psychologique, sociale, pharmacologique euh ? Qu'est-ce qui était mis en place pour elle ?**

S7 : Ba elle est suivie de façon pluridisciplinaire dans le service c'est-à-dire que dans le service y'a toujours un psychiatre qui vient la voir.

**investigateur 2 : Hon.**

S7 : Euhhh il y a des médecins qui passent la voir, elle est suivi en...par une diététicienne aussi.

**investigateur 2 : Honhon.**

S7 : Et elle est accompagnée par les infirmières et les aides-soignantes au quotidien.

**investigateur 2 : Ouai.**

S7 : Et donc euh le mercredi y'a une réunion pludisci, plurisci, oula pardon plu – ri disciplinaire donc qui a lieu euh pour euh la prise en charge de tous les patients anorexiques du service.

**investigateur 2 : Honhon.**

S7 : En général on n'en a pas plus de deux.

**investigateur 2 : Honhon.**

S7 : Hein euh en même temps pour pouvoir justement euhhh parler de la prise en charge, c'est ce qui inquiète les infirmières euh, c'est qui, c'est quoi qu'il faut modifier dans la prise en charge, si y'a des questions à poser, si euh voilà enfin bon.

**investigateur 2 : D'accord.**

S7 : Ça permet de remettre, de remettre en place un peu lesssss, les problématiques euh rencontrées et qu'on ait un, un langage commun on va dire, et qu'on dise tous la même chose, parce que dans la, dans la prise en charge de l'anorexie( p'tit rire) c'est ce qui est un p'tit peu compliqué c'est que ba voilà c'est, ce sont des personnes qui manipulent assez bien l'entourage donc euh y essaient même de manipuler les équipes et donc si on a pas les mêmes versions et les mêmes euh, lesssss, les enfin disons que les, on a pas les mêmes réponses tous, à un moment donné ils s'engouffrent dans laaa, dans la p'tite faiblesse qui y'a dans l'équipe et c'est fini quoi après onnn, on a du mal à (*petit rire*), à gérer la problématique, mais bon voilà c'est, c'est, c'est bien d'avoir ces temps euh pluridisciplinaires pour qu'on puisse tous, tous dire la même chose et être au clair avec euh. Y'a pas très longtemps j'ai fait inst... enfin ma, ma collègue qu'était avant moi devait instaurer une p'tite fiche de synthèse qui reste dans le classeur, dans l' kardex.

**investigateur 2 : Hon.**

S7 : pour les infirmières, pour l'équipe paramédicale parce que, en fait cette réunion avait lieu mais euhhh y'a rien de retrans, enfin rien n'était retranscrit dans le dossier et maintenant si, maintenant y'a en fait euh un document euh qu'est tout simple hein.

**investigateur 2 : Hon.**

S7 : voilà où le, la, l'infirmière fait la synthèse de ce qui s'est dit euh, dans le dossier, de la patiente concernée comme ça euh voilà si il y a un doute ou quelqu'un qui prend en charge un patient une journée, la patiente une journée, elle est capable de voir un p'tit peu ce qui c'est dit euh les différentes réunions.

**investigateur 2 : Hon d'accord et comment euh par exemple la dernière personne ou d'autres patients sont, arrivent dans le service en général, qui les adresse euh ??**

S7 : Hum hum alors c'est soit des médecins traitant

**investigateur 2 : Ouai.**

S7 : soit c'est d'un centre de psychiatrie.

**investigateur 2 : Ouai.**

S7 : soitttt c'est un médecin de la famille qui se rend compte que voilà y'a des problématiques et donc il prend contact avec un de nos médecins.

**investigateur 2 : Honhon.**

S7 : en général c'est rarement par les urgences.

**investigateur 2 : ouai.**

S7 : c'est plutôt euh voilà unnnn un premier appel médical.

**investigateur 2 : D'accord**

(sonnerie DECT)

S7 : excusez-moi... un premier appel médical oui.

**investigateur 2 : Quand c'est, quand c'est le médecin traitant euhhh, pour quel motif il est adressé le patient en général ? Est-ce que c'est des gens qui sont déjà étiquetés ? Ou est-ce que... ?**

S7 : Euhhh pour la jeune fille qu'on a eu là c'était suspicion...

**investigateur 2 : D'accord.**

S7 : D'anorexie on n'était pas encore, on ne savait pas forcément si c'était réellement ça, et ça a été après diagnostiqué euh ensuite au fur et à mesure de la prise en charge.

**investigateur 2 : Il a pris contact directement avec euhhh.**

S7 : C'est, c'est le médecin de famille, enfin (*cafouillage*) on va dire elle a, elle, cette personne-là avait un oncle qu'était médecin.

**investigateur 2 : D'accord.**

S7 : qui connaissait l'équipe médicale d'ici.

**investigateur 2 : D'accord.**

S7 : qui a appelé pour justement pour la faire, la faire rentrer.

**investigateur 2 : D'accord.**

S7 : donc en fonction des places après nous on appelle à des dates alors c'est p't'être pas toujours le lendemain mais....

**investigateur 2 : Honhon.**

S7 : dans la semaine on essaie de....

**investigateur 2 : d'accord**

S7 : de les contacter pour dire ba ok vous pouvez rentrer à telle date.

**investigateur 2 : D'accord. Euhhh est-ce que vous savez son âge à cette personne ?**

S7 : Et biennnnn oui, 16 ans.

**investigateur 2 : 16 ans d'accord. Son IMC d'entrée éventuellement ?**

S7 : houuuu alors là, je n'me souviens plus mais c'était faible je crois que c'était 13.

**investigateur 2 : D'accord.**

S7 : si j'me souviens bien ou 13 et quelques enfin... de mémoire.

**Investigateur 2 : Comment l'entourage était-il présent pour cette patiente ? en consult..Enfin lors du suivi... ouu au départ ?**

S7 : Humhum euhh alors au début ba y'avait la m..la mère et la grand-mère enfin une partie de la famille qu'étaient présente. Après il est établi un contrat.

**investigateur 2 : Honhon.**

S7 : donc en fonction de l'âge de la personne et en fonction euhhh. Pasque là elle était mineure donc on a pas euhhh, on a pas enl, on a pas enlevé ou minimiser les, les visites. On a laissé une visite par jour.

**investigateur 2 : Hon.**

S7 : Euhh maintenant ça a été rediscuté, on se demandait si c'était bien euh (*rire*) bon voilà après voilà mais c'était, c'était une visite par jour et une seule personne pour elle.

**investigateur 2 : D'accord.**

S7 : Mais ça, ça a été mis dans le contrat donc ça a été signé par la patiente. La famille a été prévenue du contrat.

**investigateur 2 : D'accord.**

S7 : Oui oui de toute façon y'a toujours un contrat quiest effectué alors c'est p't'être pas toujours le jour, le premier jour quand elle rentre.

**investigateur 2 : Honhon.**

S7 : Pasqu' on a, en fait euhhh, ce sont des médecins référents qui font euh les contrats. Ici c'est monsieur C et monsieur M. Et la dernière fois que euh la jeune fille est rentrée en fait monsieur C et monsieur M n'étaient pas là. Donc il a été fait par une autre personne mais toute façon, y'a un contrat qu'est fait dans les, on essaie de le faire dans les 48 heures quoi.

**investigateur 2 : D'accord.**

S7 : Pour mettre les choses à plat et bien, euh bien euh, délimiter euh,

**investigateur 2 : hon**

S7 : c'qui y 'a à faire quoi. Ce qu'elle doit manger euh et euh, à quel euh, à quel moment on doit mettre la sonde gastrique si y'a une sonde gastrique à mettre et tout ça.

**investigateur 2 : D'accord. Y'avait une sonde gastrique pour cette patiente ?**

S7 : euh au début non, mais comme elle avait pas manger pendant plusieurs jours, la sonde gastrique a été mise oui.

**investigateur 2 : D'accord. Comment est-ce que le suivi a été organisé euh par la suite, pour elle ?**

S7 : Elle est encore là  
(rire.)

**investigateur 2 : elle est encore là.**

S7 : Donc du coup euh voilà, on peut pas euhhh.

**investigateur 2 : Ok.**

S7 : Pour l'instant j'ai pas. On a. En fait euh. En discutant avec les agents euh, c'est vrai qu'on a très peu après de ... à part ceux qui peuvent revenir à des moments euh.

**investigateur 2 : Hon.**

S7 : précis. On sait pas trop ce qu'ils deviennent euh après ensuite, après l'hospitalisation.

**investigateur 2 : Ouai.**

S7 : On a pas un suivi.

**investigateur 2 : D'accord.**

S7 : euh direct, avec les patients.

**investigateur 2 : Et euh en général ils vont. Ils retournent où ?ils vont...**

S7 : A domicile hein. La dernière-là qu'est ressortie là, elle est allée à domicile.

**investigateur 2 : D'accord, avec un suivi euh organisé ?**

S7 : Oui oui oui oui. Avec euh un suivi psychologique. Alors des fois y'a des thérapies de groupe.

**investigateur 2 : Ouai.**

S7 : avec la famille, des fois non.

**investigateur 2 : Ouai.**

S7 : Ça dépend. Mais là ça avait été organisé, elle avait déjà euh une diète... Enfin un médecin nutritionniste, elle avait euh.

**investigateur 2 : D'accord.**

S7 : différentes personnes ààààà, à voir et puis ça avait été euh les rendez-vous étaient pris avant qu'elle parte.

**investigateur 2 : D'accord. Euh et avant de vous voir cette patiente elle était euh elle était suivie comment ? Avant de passer dans le service ?**

S7 : Alors...euh...ffff...celle qui est sortie ou celle qui est arrivée qu'est là ?

**investigateur 2 : les deux !**

(rires)

S7 : Alors la jeune de 16 ans euhhh je sais pas trop si elle avait un suivi. Ou tout du moins il était pas clairement établi.

**investigateur 2 : honhon.**

S7 : Bon il semblerait que ses troubles alimentaires datent quand même de...d'au moins 5ans mais sans être étiquetés.

**investigateur 2 : Honhon.**

S7 : Donc j pense que c'est pour ça qu'elle avait pas un suivi euh,

**investigateur 2 : Ouai,**

S7 : systématique. Et l'autre personne c'était euh c'était récent. Elle avait déjà euh oui quelques contact mais je me souviens plus lesquels je pourrais pas vous dire précisément ce que c'était.

**investigateur 2 : D'accord. Est-ce que vous avez eu des contacts avec le médecin généraliste pour ces patients ?**

S7 : Moi non. Moi c'est pas moi, c'est pas moi qui ai les contacts avec les médecins généralistes. Moi j'peux éventuellement avoir des contacts avec les familles.

**investigateur 2 : Ouai.**

S7 : Si euh, si elles sont désireuses de me voir. Euhhh mais sinon non les...non j'ai pas de contact avec les médecins.

**Investigateur 2 : D'accord et qu'est-ce que vous attendez de, de leur, de la prise en charge des médecins généralistes pour ces patients ? Avant le diagnostic ?**

S7 : Humhum ba j'dirai que c'est même pas que pour cette pathologie. Maintenant les médecins généralistes sont des médecins référents. (*rire*). Donc euhhh, ils ont unnn, j'pense un, un devoir de, de suivi euh et de... Alors après faut qu'ils soient informés aussi hein, faut qu'ils aient un compte rendu d'hospitalisation précis et...

**investigateur 2 : Hon.**

S7 : J'pense euh, euh peut être des pistes de prise en charge. Mais euh ils peuvent très bien téléphoner aux médecins aussi d'ici pour avoir des conseils s'ils sont, s'ils sont perdus mais euh. Moi j'pense qu'un médecin traitant, une fois qu'il a, qu'on a, qu'il a une patiente étiquetée anorexique, j'pense que son devoir c'est effectivement de, de prendre contact de temps en temps pour voir un p'tit peu comment ça se passe et comment euh.

**investigateur 2 : D'accord.**

S7 : et ça c'est...Bon.

**investigateur 2 : Et avant la prise en charge ? Vous pensez que...il a ...quel est son...**

S7 : Euhh peut-être euh un ... un pré dépistage.

**investigateur 2 : ouai. D'accord. Et vous...**

S7 : Enfin physiquement une dame, une jeune fille ou une jeune femme anorexique mentale se voit quand même euhhh....

**investigateur 2 : honhon.**

S7 : elles ont une perception du corps qu'est quand même euh différente et puis euh...Elles ont aussi euh un physique euh elles sont maigres hein voilà quoi donc j'pense que...Un médecin traitant s'il a un doute euh il doit euh peut être euh alerter oui, alerter au moins ou dire ba attention euh. Ou diriger vers quelqu'un qui pourrait être susceptible de la prendre en charge mais euh avoir au moins euh. C'est son rôle, c'est dep, c'est d'dépister.

**investigateur 2 : D'accord.**

S7 : Au moins dépister.

**investigateur 2 : D'accord.**

S7 : C'est pas toujours aussi simple j'pense mais faut déjà que les, la patiente aille chez un médecin traitant aussi.

**investigateur 2 : Hon d'accord.**

S7 : c'est pas toujours euh. Tous les patient n'ont peut être pas toujours..j'sais pas de suivi non plus hein. A partir du moment où ils sont pas malades.

**investigateur 2 : Dans les rendez-vous dont vous me parliez tout à l'heure qui sont déjà prévus avant la sortie est ce qu'il y en a avec le médecin traitant qui sont prévus ? Programmés ?**

S7 : Tsss j'peux pas vous dire précisément.

**investigateur 2 : D'accord.**

S7 : Ce qui est fait c'est qu'en général y'a un courrier.

**investigateur 2 : Ouai d'accord.**

S7 : Donc il y a au moins un courrier.

**investigateur 2 : D'accord.**

S7 : mais, mais un rendez-vous non..

**investigateur 2 : Ouai.**

S7 : 'fin...comme ça je...j'dirai non maintenant euh j'peux me tromper.

**investigateur 2 : D'accord.**

S7 : sauf si c'est lui qui l'a adressé.

**investigateur 2 : Oui.**

S7 : J'pense qu'on envoie le courrier à la personne qui l'a adressé. Si c'est pas...de toute façon y'a, y'a un double qu'est envoyé au médecin traitant si y'a pas qu'après faut que y'ai un médecin référent qui soit...C'est pas forcément un médecin traitant hein d'ailleurs.

**investigateur 2 : honhon.**

S7 : Donc euh voilà quoi.

**investigateur 2 : Ok. Est-ce que vous avez d'autres choses euh concernant ce sujet à ajouter euh, qui vous ont marquées...**

S7 : Non j'pense que c'est euhhh c'est une pathologie très complexe, qu'est très difficile à, à cerner et, et euh j'pense que c'est pour ça qu'on agit en équipe pluridisciplinaire. Voilà.

**investigateur 2 : Honhon. Merci beaucoup**

S7 : De rien !

## ENTRETIEN S8

**investigateur 1 : Bonjour, quelle est votre fonction ?**

S8 : Je suis diététicienne en médecine interne 1, je m'occupe de pathologies enfin liées à l'alimentation, c'est-à-dire les personnes diabétiques, les personnes obèses, les personnes anorexiques, la dénutrition sans que ce soit une personne anorexique, euh les cancers enfin bon donc c'est assez variées comme pathologie aussi bien le cholestérol aussi donc voilà.

**investigateur 1 : Depuis combien de temps travaillez- vous ici ?**

S8 : Euh depuis 1990, je vous laisse faire le compte !

**investigateur 1 : Est-ce que vous pouvez me raconter votre dernière consultation pour un trouble du comportement alimentaire chez une personne entre 12 et 19 ans ?**

S8 : Une consultation ou une hospitalisation, parce que l'on fait les deux donc on s'occupe des gens hospitalisés là, donc j'en ai une, et une consultation j'en ai eut une y'a pas longtemps, donc euh ?

**investigateur 1 : Ben une consultation.**

S8 : Donc le déroulement de la consultation ? euh

**investigateur 1 : Quelle a été sa prise en charge notamment, comment est-ce que...**

S8 : Ben, la prise en charge déjà, on essaye de voir un petit peu, bon, elle est adressée déjà par un médecin, donc nous on essaye déjà de voir un petit peu ses habitudes alimentaires, donc on essaye de faire une enquête alimentaire, bon en sachant qu'elle sera faussée de tout façon mais bon ça nous permet quand même de voir un petit peu les prises des repas, si c'est des repas réguliers, et puis bon les quantités euh, on sait pas trop, mais bon on sait que c'est pas des grosses quantités de toute façon, donc voilà pour ce déroulement là. Et puis après on essaye de voir, euh, alors généralement quand elles viennent en consultation, c'est qu'elles sont quand même plus ou moins volontaires pour essayer de s'en sortir, donc on essaye de voir, d'augmenter un petit peu les calories, sans augmenter leur prise alimentaire, parce que si on leur met des grosses grosses quantités tout de suite, c'est l'effolement général, bon évidemment elles font la chasse aux graisses au maximum, c'est très très difficile d'essayer de de placer un petit peu des matières grasses, mais on leur explique l'intérêt de certaines matières grasses par rapport à d'autres donc bon on essaye de voir ce qui pourrait essayer de passer, on fait des petits essais pour donner ben plusieurs phases suivant la réintroduction des aliments donc voilà, et puis euh ça c'est la première consultation après si il y a un suivi et qu'on voit qu'elles n'ont pas évoluées et tout ça, on leur propose de la complémentation orale, c'est de produits particuliers qui sont achetés en pharmacie, et qui sont remboursés, et qui apportent des calories dans un faible volume, mais c'est pas notre première intention puisque faut qu'on y aille vraiment prudemment au départ, il faut apprivoiser la personne en fait.

**investigateur 1 : Quand vous dites qu'elles étaient adressées par un médecin , c'était son médecin....**

S8 : Alors généralement elles sont adressées par leur médecin traitant à un médecin de l'hôpital et c'est le médecin qui consulte avec nous, donc nous nous c'est le professeur du service ou les médecins attachés à notre service de médecine 1 qui nous les adresse après en consultation, hein, on les voit pas nous sans avoir eut l'avis d'un médecin hospitalier.

**investigateur 1 : D'accord, est-ce que vous pouvez me donner son âge ?**

S8 : Euh elle avait 18 ans.

**investigateur 1 : Euh son IMC ? est-ce que vous vous en souvenez ?**

S8 : Euh ça doit être 12, à peu près d'IMC.

**investigateur 1 : Comment l'entourage a -t-il été présent ?**

S8 : Euh elle a refusée que ses parents assistent à la consultation, elle estimait que c'était euh sa pathologie à elle, qu'elle n'avait pas besoin que les autres écoutent, euh en revanche les parents attendaient à la sortie de la consultation et euh le père est médecin, donc c'était un petit compliqué parce qu'il essayait d'imposer ses choses, la mère est un petit perdue aussi,

parce que la fille fait du chantage et en fait elle a agressée un petit peu ses parents à la sortie de la consultation parce qu'ils demandaient alors, comment on va faire, bon voilà, donc elle était très agressive envers ses parents, elle les a vite remis en place.

**investigateur 1 : Et donc pendant le suivi il y a eut d'autres consultations après ?**

S8 : Non, j'en ai pas eut d'autre, parce que du coup on attendait de voir si elle reprenait du poids ou s'il fallait l'hospitaliser. Alors je pense que peut-être le medecin de chez nous, les revois plus, si le médecin estime qu'il y a encore une perte de poids, alors soit il fait hospitaliser, soit il demande à ce qu'on les revoit en consult', donc si nous on les revoit pas, c'est que le médecin pense que ça a du suivre son, enfin il doit penser que la pour l'instant il n'y en a pas besoin.

**investigateur 1 : Euh comment était suivi ce patient avant d'arriver chez vous ? Enfin cette patiente ? Est-ce que vous savez ?**

S8 : Non elle avait pas eut de suivi pour son anorexie, en fait elle avait attendue attendue, elle refusait tout ce que ses parents lui proposaient, tout ce que le médecin traitant proposait et c'est là en voyant qu'en fait qu'elle perdait beaucoup de son autonomie, enfin elle se fatiguait pour beaucoup de choses, elle avait atteint vraiment le seuil minimal où elle pouvait quand même avoir un minimum d'activité et de bien-être, elle avait quand même accepté que le médecin traitant l'oriente vers un médecin ici, mais elle a vraiment attendue le dernier moment, c'est souvent ça en fait, d'attendre le dernier moment.

**investigateur 1 : Est-ce que vous avez eut vous-même un contact avec le médecin généraliste ?**

S8 : Non, c'est le médecin je pense qui doit avoir des contacts.

**investigateur 1 : Et qu'auriez-vous aimé comme relais justement, auriez-vous aimé être en relais avec le médecin généraliste ?**

S8 : Euh non parce qu'en fait nous à partir du moment où c'est pris avec notre médecin traitant, euh bon les consultations sont faites, souvent après quand même elles sont souvent hospitalisées ici, elles sont suivi aussi par un psychiatre qui dépend aussi de l'hôpital ou parfois des psychiatres de ville, mais elles ont toujours une consultation avec le médecin nutritionniste du service, elles sont jamais lâchées après, donc en fait nous notre relais c'est le médecin nutritionniste du service.

**investigateur 1 : D'accord. Qu'attendez-vous de la prise en charge par le médecin généraliste ? Avant le diagnostic ?**

S8 : Ben qu'il nous les adresse plus tôt mais en fait souvent ils sont impuissants, puisque euh bon nous souvent elles sont majeurs donc on peut pas les obliger à venir plus tôt, donc euh et puis bon si il nous téléphone en nous disant qu'il a un problème, si la patiente ne suit pas le mouvement, on peut rien faire quoi. Donc après c'est au médecin généraliste de bien préparer sa patiente mais c'est quand même des pathologies très particulières où elles font ce qu'elles veulent, on a beau essayer de leur donner des conseils, la y'en a une dans le service, elle ne suit aucun conseil, elle doit manger couché enfin assise, elle doit être assise toute la journée, elle est toujours debout et elles font leur exercice physique toujours en cachette dès que la porte est fermée, donc c'est très très difficile, donc en fait on a surtout besoin aussi d'un suivi psychiatrique quand on les prend en charge nous, c'est surtout ça, et des fois y'en a qui n'en n'ont pas donc euh...

**investigateur 1 : Après le diagnostic, qu'attendez-vous de la prise en charge par le médecin généraliste après le diagnostic :**

S8 : Ben euh c'est ça, c'est euh c'est bien suivre, puis bon surtout après si jamais on les, elles repartent de l'hôpital et tout ça et qu'il y a un suivi pas le médecin généraliste, en relais entre les consultations du médecin nutritionniste, faut vraiment qu'il soit très à l'écoute ben de la perte de poids etc et faire attention aussi à ce qu'elle fasse leur suivi psychiatrique, parce que y'en a qui nous promettent plein de choses et qu'elle ne font pas à la sortie, donc ça après je pense qu'avant il est un petit peu impuissant le médecin généraliste mais après une fois

qu'elle a été vue en consult' ou qu'elles ont été suivies en hospitalisation, ben il peut la voir plus suivent, donc euh nous c'est des consultations à 2 mois ou 3 mois, peut être que lui peu imposer plus souvent juste un petit suivi de 10min-un quart d'heure pour refaire le point avec elle.

**investigateur 1 : Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter sur... ?**

S8 : Non c'est que c'est une pathologie qui est très difficile, qu'elle sont, c'est jamais identique d'une patiente à l'autre, donc elles ont déjà leur tempérament, leur caractère, leur vie, leur soucis familiaux, leur conflits, donc c'est très difficile et à chaque fois faut qu'on se remette en question nous aussi au départ, comment on doit les aborder et on peut jamais faire pareil, ça ne se passe jamais pareil de toute façon, c'est des personnes très fragiles faut aussi qu'on soit à l'écoute même si elles sont très agaçantes.

Mais (rire)

**investigateur 1 : Très bien.**

S8 : Merci.

**investigateur 1 : Ben de rien.**

## ENTRETIEN S9

**investigateur 1 : Bonjour, est-ce que vous pouvez nous décrire votre exercice ici ?**

S9 : Que pour les anorexiques ?

**investigateur 1 : D'une façon générale.**

S9 : Ah, d'une façon générale, l'activité dans le service. Je suis diététicienne dans le service de médecine, donc euh, mon activité euh, tourne autour, alors euh, des personnes qui ont des troubles du comportement alimentaire comme les anorexiques, mais aussi celles qui ont des troubles alimentaire comme obésité, des obésités, euh... euh plutôt orienté chirurgie bariatrique, puisque nous suivons surtout les gens dont l'IMC est supérieur à 40, en consultation et après en prise en charge en chirurgie bariatrique, euh les personnes qui ont des problème de dénutrition, qui sont hospitalisés, euh toutes les personnes qui ont ...des...heu... des maladies métaboliques, donc les maladies métaboliques adultes, hein tout ce qui est trouble du métabolisme, avec une prise en charge très importante et puis voilà, les hyperlipidémies, les consultations pour hyperlipidémies, les hypertriglycéridémies

**investigateur 1 : Très bien. Depuis combien de temps travaillez vous ?**

S9 : Depuis de nombreuses années.

**investigateur 1 : Racontez moi votre dernière consultation pour un trouble du comportement alimentaire chez une personne entre 12 et 19 ans.**

S9 : La dernière consultation ? C'est une jeune fille de 16 ans, euh qui a des troubles du comportement alimentaire, des troubles de... de cassure de de euh du poids... on dit comme ça ? cassure de la courbe de poids depuis l'âge de 11-12 ans et qui a été étiqueté cette année anorexique.

**investigateur 1 : D'accord.**

S9 : donc euh la première consult, enfin la consultation donc à consisté à rentrer en contact avec elle, voir un peu comment elle mangeait, ce qu'elle mangeait, c'est-à-dire qu'elle ne mangeait plus rien depuis 1 mois.

**investigateur 1 : D'accord.**

S9 : voilà, elle n'avait plus du tout d'alimentation, depuis 1 mois, et là et elle est là depuis déjà quelques semaines, et elle ne s'alimente que très très peu, elle a une alimentation entérale, pour pouvoir couvrir ses besoins, qui ont été euh calculé euh en fonction du métabolisme basal, du métabolisme que l'on a retrouvé en calorimétrie dans le service qui a été voilà, et on a mis une alimentation entérale et depuis 2 jours, elle commence à manger un tout petit mieux voila, elle a réintroduit le poisson, alors qu'elle ne mangeait plus que de la compote, et du...très peu de pain, et là elle a commencer à réintroduire un petit peu les légumes, et un petit peu le poisson au bout de plusieurs semaines.

**investigateur 1 : Alors ça c'est la prise en charge nutritionnelle.**

S9 : D'accord.

**investigateur 1 : Est-ce qu'elle a une prise en charge psychologique ?**

S9 : Elle a une prise charge psychologique, elle rencontre le psychiatre toutes les semaines voire plus d'une fois par semaine, et on elle a on a une réunion multidisciplinaire avec le médecin référent du service, l'interne du service, euh les aides soignantes du service, l'infirmière du service, l'externe du service, enfin qui s'occupe d'elle et enfin la diététicienne qui s'occupe d'elle donc tous les mercredis à 11h et le psychiatre.

**investigateur 1 : Très bien...Euh, comment est-ce qu'elle était arrivée dans votre consultation ? Qui est-ce que...est-ce que quelqu'un vous l'a adressée ?**

S9 : Ce n'est pas une consultation, c'est une hospitalisation.

**investigateur 1 : Qui vous l'avez adressée en hospitalisation ?**

S9 : Elle a été adressée par son... Euh son médecin traitant je pense.

**investigateur 1 : Vous savez s'il y avait une lettre ?**

S9 : Euh...je sais pas, vous savez moi je m'occupe pas.

**investigateur 1 : Donc euh son âge c'est 16ans, son IMC d'entrée ? Vous vous souvenez ?**

S9 : On peut l'arrêter ?

**investigateur 1 : oui.**

S9 : je vais le chercher....

Elle était à 33 kg 1.57m, ça fait un IMC à 13.4.

Avec une pré-albumine à 0.14 et une albumine à 31.

**investigateur 1 : D'accord. Comment l'entourage du patient a été présent ?**

S9 : Euh l'entourage du patient, la mère est présente toute la semaine, tous les jours, mais le père qui n'habite pas sur place, ne vient que le week-end.

**investigateur 1 : Très bien, euh comment avez-vous organisé le suivi de cette patiente ? Si vous l'avez déjà organisé ?**

S9 : ensuite ?

**investigateur 1 : Hum hum, est-ce qu'il y a un relais en ville ? est-ce qu'elle va continuer à être suivie à l'hôpital ?**

S9 : Je crois que la famille souhaiterait qu'elle soit prise dans un centre où elle pourrait continuer à être prise en charge tout en faisant ces études.

**investigateur 1 : D'accord.**

S9 : C'est ce qui est envisagé pour le moment et on recherche des structures actuellement, enfin sa famille recherche des structures....Quand le seuil de la dénutrition sera passée.

**investigateur 1 : Est-ce que vous savez comment elle était suivie avant de venir en hospitalisation ?**

S9 : Elle n'avait pas de suivi, elle avait un suivi quand elle avait, quand elle était plus jeune, pour cassure du poids, mais depuis elle n'avait pas eut de suivi

**investigateur 1 : D'accord. Est-ce que vous avez eut un contact avec le médecin généraliste ?**

S9 : Non.

**investigateur 1 : Qu'auriez vous aimé comme relais ?**

S9 : Comment ?

**investigateur 1 : Qu'auriez-vous aimé comme relais pour cette patiente ?**

S9 : Comme relais ?

**investigateur 1 : Oui, comme relais de soin ?**

S9 : Ce n'est pas dans ma décision.

**investigateur 1 : Et qu'est-ce que vous attendez de la prise en charge par le médecin généraliste avant le diagnostic ?**

S9 : ( ) euh ( ) Je n'ai pas de réponse à ça.

**investigateur 1 : Et après le diagnostic ?**

S9 : Un suivi régulier, euh je pense qu'il faut suivre au moins une fois par mois euh la personne.

**investigateur 1 : Ouais, très bien. Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter de manière générale ?**

S9 : Non.

**investigateur 1 : Ben très bien, ben je vous remercie beaucoup.**

## ENTRETIEN S10

**investigateur 2 : Bonjour est-ce que vous pouvez me décrire votre exercice ?**

S10 : Moi je suis infirmière dans un service de médecine interne, générale. On prend en charge des patients diabétiques, euh entre autre, apres on prend aussi en charge des patients euh...qui ont des euh...comment dire des pathologies liées à l'alimentation, donc autant les patients obèses que les patients anorexiques, on prend en charge aussi tout ce qui est sevrage, euh alcool, opiacés, euh, médicaments, autres, euh et puis on a aussi bah médecine générale donc euh s'en suit énormément de pathologies, donc euh voila un petit peu en gros.

**investigateur 2: Depuis combien temps travaillez vous ici ?**

S10 : alors moi euh ça fera euh 3 ans.

**investigateur 2: D'accord.**

S10 : que je suis en exercice.

**investigateur 2: Est-ce que vous pouvez me racontez votre dernière hospitalisation pour un trouble du comportement alimentaire type anorexie chez une personne entre 12 et 19 ans ?**

S10 : euh oui, alors ben on en a actuellement, euh, on a 2 patientes anorexiques là euh, dans le service euh en ce moment, euh, euh, je sais plus trop ce que je peux vous dire.

**investigateur 2: quelle a été sa prise en charge ?**

S10 : oui, alors, ben euh, je vais en choisir une des 2, donc là on a une jeune femme de 16 ans, là actuellement dans le service, donc euh, elle à priori ce serait une anorexique qui daterait depuis l'âge de 11ans à peu près, euh, une anorexie qui est quand même assez sévère dans le sens où euh depuis qu'elle est arrivée chez nous, voilà on lui a posé une sonde naso-gastrique pour l'alimenter, mais elle a vraiment euh euh une alimentation très restrictive, elle ne mange quasiment rien, chose qu'on ne voit pas forcément chez les autres anorexiques qui au moment de l'hospitalisation peuvent avoir une alimentation partielle on va dire, et c'est vrai que chez elle, c'est une chose d'assez, d'assez sévère.

**investigateur 2: D'accord. Euh comment est-ce qu'elle est arrivée en hospitalisation ? Est-ce que vous savez qui l'avait adressée ?**

S10 : alors elle il me semble, que c'est son médecin traitant, euh euhhhhhh voilà qui, euh bon quiiii qui a vu que justement voila au niveau euh une baisse de poids, enfin voilà etc et donc du coup qui s'est mis en relation, je crois, je suppose avec les médecins d'ici.

**investigateur 2: Vous savez si il y avait une lettre ? Vous avez vu une lettre ?**

S10 : alors moi je ne l'ai pas vu, après je peux pas vous dire si ça s'est passé par téléphone ou par le courrier.

**investigateur 2: Est-ce que vous connaissez son IMC d'entrée dans le service ?**

S10 : non je veux pas dire de bêtise, donc euh non je préfère pas. Rire.

**investigateur 2: comment l'entourage a-t-il été présent ?**

S10 : Alors euh euh justement son entourage est très présent, notamment ses parents surtout et c'est aussi euh un des... une des raisons entre guillemet de son anorexie, enfin du déclenchement de son anorexie, enfin du déclenchement de tout ça, c'est parce qu'en fait ses parents se sont séparés quand elle était jeune euh du coup son, elle a une sœur plus jeune qu'elle, euh mais son père aurait refait sa vie avec quelqu'un d'autre, euh qui aurait aussi un enfant et en fait cet éloignement de son père a fait que voilà, tout le processus s'est un petit peu accéléré euh et du coup ses parents sont du coup très très très présents, et peut-être un petit peu trop parce qu'il l'infantilise vraiment beaucoup et ils ont un petit peu de mal à comprendre euh voilà les enjeux de l'hospitalisation et certaines limites que l'on peut leur poser.

**investigateur 2: D'accord. Comment était suivi ce patient ? Comment est-ce qu'elle était suivie avant de venir euh avant d'être hospitalisée ? Est-ce que vous savez ?**

S10 : ben je euh il me semble pas qu'elle ai eut de suivi particulier.

**investigateur 2: Est-ce que vous avez eut un contact avec le médecin généraliste ?**

S10 : non du tout.

**investigateur 2: Qu'attendez vous de la prise en charge par le médecin généraliste ? Avant le diagnostic ? Est-ce que vous attendez quelque chose de particulier ? Par le médecin généraliste ?**

S10 : Euh, alors dans son cas à elle par exemple, euh il me semble que le médecin généraliste serait un membre plus ou moins éloigné de la famille euh là je pense qu'il ne s'est vraiment pas alarmé assez tôt, parce que du coup, euh nous elle est arrivée dans un état, enfin dans un état de cachexie, donc vraiment euh assez poussée quand même, et je pense que vraiment il a pris ça peut-être en charge un petit peu trop tard.

**investigateur 2: Et du coup maintenant après le diagnostic, qu'est que vous attendez de sa, de sa prise en charge ?**

S10 : ben qu'il y ai un suivi vraiment régulier, euh qui, elle sera suivi sûrement par nos médecins ici, peut-être aussi par un psychiatre à l'extérieur etc, mais que lui il continu quand même ce suivi là, parce que c'est quand même le médecin généraliste, qui en dehors gère un petit peu tout ça, donc...

**investigateur 2: Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ? De manière générale sur la prise en charge d'un trouble du comportement alimentaire ?**

S10 : alors moi je dirais, pour moi personnellement, c'est des prises en charge qui sont assez euh, assez difficile dans le sens où c'est une pathologie que j'ai un petit de mal de comprendre, euh même si il y a une part de de pathologie psychiatrique derrière, mais c'est vrai que c'est un processus qui euh qui moi personnellement enfin ouais je le trouve assez difficile à comprendre, après voilà on met en œuvre tout ce qui faut pour vraiment essayer de les prendre en charge nous ici de la manière que l'on peut mais c'est vrai que, enfin moi personnellement pour moi c'est une pathologie qui est assez difficile à prendre en charge.

**investigateur 2: Très bien merci beaucoup.**

S10 : mais de rien je vous je en prie.

## ENTRETIEN S11

**investigateur 2 : Alors, pouvez-vous me décrire votre exercice, votre fonction, où vous exercez et depuis combien de temps ?**

S11 : donc moi je suis psychologue clinicienne, je travaille pour l'hôpital, un service pour adolescents, euh depuis 12 ans... je suis en poste sur ce service. J'ai pas que travaillé là, j'étais à mi-temps, là je suis à temps complet. Euh... donc je suis psychologue clinicienne, euh... je fais des prises en charges thérapeutiques avec des patientes et des patients euh... qui présentent différentes pathologies. Et effectivement, pour ce qui nous intéresse, je suppose, des patientes qui présentent des troubles alimentaires. Euh... je travaille en individuel, en binôme et en groupe thérapeutique.

**investigateur 2 : Très bien !**

S11 : Voilà ! Le principal de mon activité sur le, au sein de l'hôpital en tout cas.

**investigateur 2 : euh... vous avez une activité de psychologue... ?**

S11 : EUH, NON ! Pas libéral, enfin je fais de l'enseignement des choses comme ça mais pas euh... voilà à l'université mais ça n'a rien à voir avec mon activité clinique ici. Directement en tout cas !

**investigateur 2 : Est-ce que vous pouvez me raconter votre dernière consultation pour troubles du comportement alimentaire chez une personne entre 12 et 19 ans ?**

S11 : C'était ce matin ! Euh... c'était en binôme avec ma collègue. Euh... on reçoit assez fréquemment les adolescents en binôme ici. Euh... pour la période à l'évaluation, euh... clinique et euh... on peut garder en fonction de certaines problématiques le binôme et notamment on essaye en tout de travailler de façon... ou bifocale au moins ou en binôme pour les patientes anorexiques. Euh... donc là, la dernière patiente que j'ai vu était tout à l'heure, une jeune fille euh... qui a 16-17 ans, j'ai pu en tête précisément son âge, qui est dans une restriction alimentaire, euh..., terrible, euh... qui alterne des phases de restrictions et des phases de boulimie avec ou sans vomissements, avec en tout cas, euh... je ne sais pas trop ce que vous voulez savoir sur le contenu mais par exemple l'enjeu de cette consultation, euh... c'est une patiente qui, qui est très toute puissante, dans le déni de sa pathologie et qui euh... ben une maîtrise terrible de, de ses troubles, de son contrôle alimentaire. Et là, par exemple, euh... il était question de ce qu'elle..., c'est un début de prise en charge en charge. Donc elle parle encore beaucoup de la quantité de nourriture qu'elle peut manger etc..., et là en l'occurrence elle venait me dire, avec fierté qu'elle euh... elle s'autorisait un yaourt par jour en tout et pour tout sur... Elle s'est fait un planning alimentaire, donc là c'était sur 5 ou 6 jours, jusqu'à samedi prochain et donc, voilà elle s'autorise maximum 120 calories par jour. Ça c'est sur..., enfin voilà ! Petit anecdote de la consultation de ce matin !

**investigateur 2 : Comment était-elle arrivée dans votre consultation ?**

S11 : Alors cette jeune fille, elle a, euh..., il me semble, été orientée par son médecin traitant.

**investigateur 2 : Mmh !**

S11 : Euh... euh... Elle est venue avec sa maman, la première fois, je pense, sur indication de ce médecin généraliste.

**investigateur 2 : D'accord. Euh... Il y avait un courrier ?**

S11 : Alors, nous on demande, systématiquement, quelques éléments cliniques euh... puisqu'on a servi de seconde intention. On demande que le tiers-demandeur puisse nous transmettre quelques éléments, c'est ce qui nous permet de débloquer la procédure administrative. Car tant qu'on n'a pas ce compte-rendu, même si ce n'est pas un compte-rendu extrêmement détaillé, on n'envoie pas de rendez-vous. Il devait y avoir un petit topo, parfois assez détaillé, parfois c'est « Voulez-vous prendre en charge telle patiente ? ». Là, en l'occurrence, c'est une euh..., médecin généraliste de campagne que j'ai contacté, euh... y'a peu de temps, euh... parce que la patiente, euh... elle est très dénutrie, cette patiente-là, et elle me disait qu'elle n'avait pas eu le bilan, euh... ni sanguin, ni de quoi que ce soit... Sachant

qu'elle va quand même se faire peser, euh... allez, tous les 15 jours-3 semaines chez ce médecin traitant et que, nous on aime bien travailler, enfin on aime bien, c'est pas qu'on aime bien, mais c'est nécessaire de travailler euh... de la sorte avec les médecins euh... traitants, les endocrinos, les nutritionnistes et du coup, euh... la patiente aussi m'avait confié que ce médecin était hypno-thérapeute et lui faisait de l'hypnose, et euh... bon j'étais un peu perplexe par rapport à la prise en charge en charge, et donc on a pu lui changer et puis au final, voilà, cette dame en question m'a expliqué qu'elle arr..., qu'elle faisait de l'hypnose mais que, au regard de la problématique, de cette jeune fille, elle préférait arrêter et se concentrer sur l'aspect purement de contrôle de l'aspect somatique.

**investigateur 2 : Et alors, elle avait vraiment pas eu de bilan ?**

S11 : Elle n'avait pas eu de bilan ! Elle en a eut un ensuite !

**investigateur 2 : D'accord. Euh...**

S11 : Très récent !

**investigateur 2 : Est-ce que vous connaissez son IMC ?**

S11 : Euh... oui ! Je pense que, enfin oui ! Je l'ai connu au tout début de la prise en charge en charge. Euh... là, je sais pas..., elle, elle dit que elle a grossi ! Moi je n'y crois pas du tout ! Euh... mais elle a un IMC qui est inférieur à la norme. Qui n'est pas catastrophique mais qui n'est pas...

**investigateur 2 : Comme l'entourage a-t-il été présent pour ce patient ?**

S11 : Alors, euh..., pour l'instant très peu ! euh... on a rencontré la maman lors de la première consultation. Euh... le papa n'est plus dans le circuit si j'ose dire, enfin, c'est une jeune fille qui ne voit plus son papa depuis plusieurs années. Et un beau-père qu'on n'a pas pu rencontrer non plus actuellement. Euh... donc euh... et pour l'instant en tous cas, pendant cette période d'évaluation, c'est là qu'on s'est concentré sur la problématique de la patiente et au regard de la problématique familiale, je pense qu'on va s'atteler à essayer de les rencontrer, euh... avec la patiente et peut-être sans. On ne fait pas de thérapie familiale ici, hein, mais en tout cas on prend en compte cette dimension puisque là, intervient des soucis, euh... pratiques de conflits très ouverts à la maison autour des repas bien-entendu, entre autres. Et puis pas seulement !

**investigateur 2 : Et justement quand il y a besoin de thérapies familiales, vous faites comment ? Vous... ?**

S11 : Alors on peut orienter ! Oui ! On peut orienter ! Euh... pour les types de service ou... ?

**investigateur 2 : Oui, par exemple !**

S11 : ça nous arrive d'orienter à la CPU, par exemple ! Euh... alors ça a été compliqué mais maintenant ça se passe bien ! C'est-à-dire que, même si la patiente n'a pas été hospitalisée, ils peuvent accueillir et puis sinon sur l'Unité Ados du CMPP.

**investigateur 2 : D'accord.**

S11 : Euh... ils ont très peu de place ! pour être très honnête, c'est très compliqué !

**investigateur 2 : D'accord. Euh... quelle est sa prise en charge à cette patiente ? Euh... que ce soit nutritionnelle, psychologique, sociale, pharmacologique ? Est-ce que... ?**

S11 : Pharmaco euh... Alors pharmaco ! Psychiatrique, non on va dire aucune ! euh... là, je pense qu'elle a, alors elle n'a pas de suivi, pour l'instant car je vous dis, c'est très rapide et on a l'intention de l'orienter vers une endocrino prochainement mais pour l'instant, c'est pas le cas. Donc elle a uniquement euh... son suivi chez nous, une fois par semaine et euh... je vous disais tous les 15 jours à peu près 3 semaines chez son médecin traitant. Pour contrôler l'évolution, pour l'instant, c'est tout ! Alors, sachant aussi une spécificité dans le service c'est que, que les premiers rendez-vous sont pas forcément assuré par des médecins. Tout le personnel fait des premières consultations. Ce qui est un peu atypique par rapport à certains services hospitaliers. Euh... et donc si besoin, on réoriente aux collègues ensuite !

**investigateur 2 : D'accord. Donc cette jeune fille, ce n'est pas son cas de....?**

S11 : Pour l'instant, c'est pas, je pense que, malheureusement je pense que l'issue d'une hoshi euh... elle est très fort probable. Euh... je sais pas maintenant si ce sera en médecine, en psychologie, enfin, on pourra... pour l'instant on n'en sait rien ! Et on a évoqué cette question ce matin !

**investigateur 2 : D'accord. Parce que vous avez des groupes... enfin vous l'avez évoqué avec qui ?...**

S11 : avec la patiente !

**investigateur 2 : La patiente ?!**

S11 : Oui ! La patiente.

**investigateur 2 : D'accord. Comment... oui c'est peu tôt... Euh... Comment était suivie cette patiente avant de venir vous voir ?**

S11 : Rien ! Si ce n'est ce lien quand même avec cette médecin généraliste.

**investigateur 2 : D'accord.**

S11 : Mais sinon, sur le plan psy, rien ! ( ) ça a été repéré assez tard quand même d'ailleurs, hein, son trouble. Parce que ça fait quand même au moins 1 an qu'elle est euh... qu'elle est prise là-dedans, hein !

**investigateur 2 : D'accord. Euh... et elle en avait parlé à son médecin généraliste ?**

S11 : Il me semble ! Alors je me demande aussi dans quelle mesure quelqu'un ne l'avait pas repérée euh... un peu sur le lycée dans lequel elle est. Mais c'est un lycée privé et il n'y a pas de médecine scolaire dans le lycée privé. Enfin pas dans tous en tout cas ! donc je sais qu'il n'y a pas de médecin scolaire attitré, ni d'infirmière ! ou une infirmière qui est là ½ journée, donc qui ne l'a pas repérée en tant que telle. Mais je me demande si ce n'est pas un prof... donc je ne sais plus qu'elle était votre question... Si elle était repérée par d'autres professionnels ? A ma connaissance... non !

**investigateur 2 : D'accord. Euh... qu'est-ce que vous aimeriez comme relais pour cette patiente ?**

S11 : euh... J'aimerais vraiment un relais, un accompagnement sur le plan somatique. Parce que c'est une patiente qui m'inquiète beaucoup ! du côté de ce qu'elle s'impose quand même, à la fois du côté de la restriction mais aussi de périodes de compulsions avec ou sans vomissements. En tout cas y'a des variations qui sont euh...terribles ! et effectivement quand on a demandé le bilan sanguin, il n'y a avait jamais eu, enfin, des prises en compte du potassium... de quoi que ce soit... enfin voilà, c'est une patiente, sur le plan euh... de sa santé qui m'inquiète beaucoup ! Pas tant sur le plan de l'humeur, du moral pour l'instant, parce qu'elle tient, elle est dans la maîtrise et une forme de toute puissance qui fait que pour l'instant elle tient bon sur ce point-là ! Sauf qu'elle n'est pas véritablement engagée dans le processus thérapeutique et que quand ça risque de s'effriter un petit peu, cette problématique défensive qu'elle a ça risque d'être très compliqué sur ce plan-là aussi. Donc j'aimerais euh... un relais, enfin je pense que ma collègue serait du même avis que moi, un relais euh... endocrino enfin, il y a des gens qu'on oriente facil..., enfin souvent. Donc éventuellement complémentaire à la prise en charge du médecin généraliste et pourquoi pas un avis pédopsychiatre euh... évidemment dans le service.

**investigateur 2 : D'accord. Et justement, est-ce que vous pouvez m'expliquer comment vous arrivez à articuler votre travail avec euh... par exemple la pédiatrie hospitalière ?**

S11 : Ouais. Comment on articule ? En fait euh... alors précisément pour les patientes anorexiques...

**investigateur 2 : ... enfin Troubles...**

S11 : ... Troubles du comportement alimentaire ! En fait c'est assez compliqué puisque nous on est , on a, travaille à la fois avec la pédiatrie et à la fois avec la médecine de Bretonneau. Euh... pour ce qui est de Tours, sachant qu'on a un service départemental et parfois pour ces patientes-là on travaille aussi en, c'est rare, mais ça nous arrive aussi qu'elles soient hospitalisées dans d'autres villes. Euh... donc...quand elles, ... on essaye de travailler avec les

équipes de façon à pouvoir leur rendre visite quand elles sont hospitalisées par exemple. En fonction des problématiques et au cas par cas ! voilà. euh... Donc ça m'est arrivé de me déplacer avec l'accord de l'équipe, de me déplacer à Clocheville par exemple, pour rencontrer ma patiente, qui était d'accord, pendant le temps de l'hospi médicale, enfin sur le plan médicale et c'est pareil pour la psychologue car nous elles sont ou hospitalisées en psy ou en psychologie de l'ado ou en psy de l'adulte. Hein CPU Ado ou alors plus souvent on constate qu'elles arrivent plus souvent dans le privé adulte.

**investigateur 2 : Mouais.**

S11 : ... que dans le public adulte.

**investigateur 2 : Privé adulte, c'est quelle structure ?**

S11 : Clinique de Vontes par exemple ! Parce qu'on a travaillé sur des liens entre professionnels et que on sait qu'il y a une dynamique ou une écoute peut-être particulière autour de ces problématiques-là, qu'on retrouve pas auprès de certains collègues de l'hospitalier qui sont embolisés par d'autres problématiques que...chroniques, psychotiques, enfin, pour le coup c'est aussi très compliqué ! Donc voilà ! et sur les liens on essaye, par exemple, avec la CPU maintenant, on essaye de, de, d'organiser des réunions, de faire plus de liens, parce qu'on n'y arrivait pas bien, on orientait les patients un peu, un peu dans l'urgence etc... maintenant on essaye de se voir 2 fois par mois avec, euh... pour des situations ou en court d'hospi ou pour proposer déjà une réflexion autour d'une éventuelle hospi et puis euh... c'est pareil pour le retour, effectivement quand la patiente sort, quand elle revient chez nous... Je dis ça, ça paraît idiot et simple mais dans les faits c'est pas toujours le cas de, qu'ils s'assurent bien qu'il y a un rendez-vous chez nous, qu'elle va revenir, que éventuellement aussi pendant l'hospi, à la fin de l'hospi, un infirmier de secteur de la CPU peut venir accompagner une patiente pour reprendre le, le relais.

**investigateur 2 : D'accord.**

S11 : ça voilà ! On arrive à faire ça ! Quand on sent qu'il y a une séparation avec voilà, tout l'entourage de nécessaire et nous y compris les psychologues, évidemment on intervient pas dans l'hospi, mais parfois, en fonction des liens, on peut leur rendre visite, si l'équipe est d'accord, si tout le monde... S'il y a un projet thérapeutique autour de ça on va dire !

**investigateur 2 : D'accord. Et avec les intervenants de ville : les pédiatres ou les endocrino, comment ça se passe ?**

S11 : J'ai envie de dire que c'est vraiment du cas par cas.

**investigateur 2 : Mouais ?!**

S11 : Euh... pour ma part et avec quelques collègues du service et d'autres services, où on a essayé il y a quelques années de sensibiliser les médecins traitants, les pédiatres, les diététiciennes et les nutritionnistes à cette question-là, donc on avait organisé des réunions, des groupes de travail, une sorte de réseau ce qui ne portait pas son nom en tant que tel puisqu'il n'était pas reconnu en tous cas par la DRS mais enfin... On avait, on a fait quand même un annuaire par exemple, un recueil de données et tout ça...euh... donc au bout du compte, c'est, on sait bien que ils sont très embêtés avec ces problématiques euh... Maintenant, j'ai l'impression qu'ils interpellent plus les dispositifs spécialisés que... à d'autres, il y a quelques années, par rapport à ma pratique. Et puis, c'est pareil, pour le reste, les nutritionnistes, euh... il y a certains qui se sont manifestés au moment de ce projet là, qu'ont manifesté leur intérêt, donc on a quelques noms en tête, on a quelques..., par exemple euh... il y a quelque chose qui me fout en rogne là puisque c'est de ça dont on parle... euh... En service de médecine adulte, je ne sais pas comment s'appelle le service, j'ai toujours un...

**investigateur 2 : Hum.**

S11 : On demande maintenant aux patientes qu'elles soient en obésité morbide ou en restriction, des lettres de motivation pour pouvoir avoir un rendez-vous ambulatoire. Euh... bon, ça me paraît dingue, d'oser demander ce genre de document pour tester la motivation, enfin voilà, comment voulez-vous demander à une anorexique d'écrire qu'elle veut prendre

du poids sur un bout de papier et de demander à une obèse, euh... comment elle va s'engager à ne pas se goinfrer, enfin c'est ça, voilà !... Donc ça, ça m'est arrivé plusieurs fois et donc ça, ça mis un petit peu en colère et là après vous, j'ai une consultation avec une patiente, euh..., où la maman m'a appelée en me disant : « On essaye de l'hospitaliser à Nantes, et à Nantes, il faut une lettre de motivation » pour la patiente anorexique. Donc voilà ! On en est..., moi j'en suis là, à accompagner mes patientes à faire des courriers, euh..., standards pour qu'ils puissent avoir une chance d'avoir accès à une hospi dans 10 mois ! Donc euh... voilà, on marche un petit peu sur la tête et ça entrave aussi la qualité du soin que l'on peut proposer.

**investigateur 2 : Mmh, mmh, mmh...euh... Vous orientez aussi vers des gynécologues ?**

S11 : Alors, oui moi ça m'est arrivé. Euh... par exemple, hein, le type de problématique que l'on peut avoir. La semaine dernière, j'ai eu une patiente qui est boulimique, euh..., entre autres choses, et qui vient en me disant : « Hier j'ai pris une pilule du lendemain mais j'ai fait une crise après, j'ai vomi au bout d'une heure ma pilule du lendemain, est-ce que je risque d'être enceinte, enfin est-ce qu'il faut que j'en reprenne une ou pas ? ». donc là, inévitablement, la question de l'accompagnement se pose, et donc là pour le coup, et en urgence, parce que voilà, c'était un soir, on a pu l'orienter au Planning Familial qui était à côté.

**investigateur 2 : Mmh ! D'accord. D'une manière générale, comment est-ce que vous vous sentez dans le réseau, sur Tours, dans le 37 ?**

S11 : Euh... On est toujours isolé avec ces patientes-là malgré tout, même si on essaye de faire du lien. Je trouve quand même, enfin moi je connais quand même pas mal de gens. Ben j'ai travaillé pour connaître mes collègues et puis des gens que ça intéresse euh... Donc je dirais que je sais à peu près vers qui me tourner. Donc je dis bien à peu près, parce que après, vous voyez, l'exemple de la médecine... Alors quand c'est en urgence vitale, c'est facile, enfin c'est facile, et encore... On sait bien qu'elles sont pas toujours accueillies très bien dans les services de Réa... *Sonnerie du téléphone* – Excusez-moi ! « Oui, D'accord. Merci ! »

Mais euh... donc ça c'est compliqué ! Ce qui est très compliqué, c'est le délai d'attente, pour les hospi. Euh... donc moi je trouve que globalement, je ressens beaucoup d'isolement quand même, même si je pense avoir un bon étayage professionnel de ce côté-là !

**investigateur 2 : Qu'est-ce que vous attendez de la prise en charge en charge par le médecin généraliste avant le diagnostic ?**

S11 : Avant le diagnostic ?

**investigateur 2 : Mmh !**

S11 : euh... Avant diagnostic c'est compliqué parce que, euh..., comment dire, c'est quand même le diagnostic le plus simple à faire. A peu près toute la psy, le trouble alimentaire en tant que tel. Ce qui va m'intéresser c'est de savoir, enfin quelle structure de personnalité, euh... est derrière ce symptôme-là. Donc du coup, ce que j'attends, euh... ben c'est qu'au niveau des, des constantes, des bilans san... qu'il y ait tous les examens qui ont pu, enfin toutes les explorations médicales aient pu être faite. Que moi, je puisse ne pas être trop embolisée aussi par ça, en consultation, hein, je veux dire, ça m'est arrivé ben encore, il y a 15 jours, une patiente arrive dans un état d'épuisement total, euh... des baisses de tension. Enfin, nous on a pas de plateau technique. Par exemple ici, pour euh... par rapport à ces soucis, donc il faut euh... Enfin, elle en plus non, elle a tout juste..., elle a 16 ans donc elle ne peut plus aller à Clocheville. Voilà ! Donc je compte sur un soutien aussi moral, enfin mutuel. Je veux dire qu'avec certains médecins ça se passe comme ça ! On peut s'appeler ! J'attends qu'il fasse aussi la pesée, par exemple hein. Que nous on puisse être dégagé du somatique au maximum parce que ça embolise quand même déjà énormément le début des prises en charge. Donc euh... vraiment qu'on puisse les uns et les autres avoir un champ d'action...

**investigateur 2 : Et après le diagnostic ? Qu'est-ce que... ?**

S11 : Après le diagnostic c'est la nuance que je vous disais. Comment on peut travailler euh... auprès de la famille, enfin ça dépend tellement de la problématique sous-jacente que du coup,

je trouve que c'est, c'est très en lien avec ça. C'est-à-dire, qu'est-ce que le généraliste a pigé, euh... un petit peu le fonctionnement familial, et ce qui était pertinent à faire ou à pas faire du tout, enfin... donc voilà, c'est d'essayer que nous on puisse donner quelques pistes peut-être quand même de travail, à l'inverse qu'on soit prévenu s'il y a des initiatives euh... d'hospi par exemple, qu'on soit toujours au courant. Voilà, qu'on puisse échanger les informations quand même de façon la plus cohérente possible. De toute façon, les réussites de prise en charge, enfin pour ma part, c'est toujours quand il y a eu un certain nombre de collaboration de collègues autour d'une problématique.

**investigateur 2 : Pour vous, comment peut-on améliorer le dépistage, le repérage des troubles du comportement alimentaire en médecine générale ?**

S11 : Ben moi je pense tout simplement, à l'information déjà ! Enfin, moi j'ai été assez étonné euh... où ils repèrent, enfin ils repèrent... Oui quand vous parlez diagnostic, c'est plus facile à faire au sens de l'amaigrissement etc... mais en effet, elles sont très douées pour cacher leurs symptômes à leur médecin traitant. Elles sont... voilà...de ce côté-là, elles particulièrement habiles ! Donc peut-être de l'information ! Moi j'ai été effaré par exemple, quand on a commencé à travailler sur le réseau, alors c'est pas sur les médecins traitants en particulier mais quand même... On avait interpellé des écoles de diét' et les IUT de Diét, enfin bon je crois, bref... Ils n'avaient aucun cours de psychologie pendant leur formation. Zéro ! C'est-à-dire que zéro cours sur l'anorexie, zéro cours sur la boulimie. C'est quand même euh... juste sidérant ! Donc nous, on se retrouve avec des patientes anorexiques qui ont des régimes hypocaloriques venant de chez des diététiciennes qui arrivent à obtenir des régimes hypocaloriques. Et on les voit les documents, on peut... Donc voilà, simplement peut-être, ... de proposer de la formation, d'essayer de... L'annuaire, je trouvais que c'était une bonne idée. D'avoir un référentiel ado et adulte, par exemple, pour les médecins traitants de se dire, euh... voilà, en médecin, enfin... sur le plan somatique, on peut s'intéresser, enfin... il y a tel ou tel médecin su qui on peut s'appuyer ou tel ou tel service. En psy c'est la même chose ! En lieu d'hospi, on a tel et tel dispositif. Mais que ça circule quoi !

**investigateur 2 : Mmh.**

S11 : Qu'ils puissent être sensibilisés à cette question et bon c'est très bien pour eux. C'est chronophage ces patientes, enfin voilà, ce que je dis là parfois c'est 2 rendez-vous par semaine, c'est des échanges téléphoniques... Enfin je sais bien qu'ils sont, qu'ils ont autre chose à faire parfois mais, à leur décharge...

**investigateur 2 : Est-ce qu'il y a d'autres histoires de patients qui vous ont marqués ?**

S11 : Plein !

**investigateur 2 : Rires !**

S11 : Toutes ! Euh... non, il y en a plein plein plein ! mmh. Ce que j'ai envie juste de rappeler c'est que c'est quand même une des maladies psychiatriques les plus mortelles quand même. Il y a des patientes qui en décèdent. Quand vous me dites ça, je pense tout de suite à ça ! Evidemment, voilà, des drames auxquels on a pu être sensibilisé ici, de patientes, qui n'ont pas survécus ! Voilà ! Mais au-delà de ça c'est aussi, euh... , enfin, des, voilà quand elles lâchent un peu leurs symptômes, et quand on peut travailler sur des choses intéressantes, c'est extrêmement passionnant ! J'ai plein de cas en tête, j'ai aussi des cas, je parle toujours des filles c'est vrai, un ou deux ou trois garçons que j'ai pu suivre, qui avaient des problématiques très graves aussi. Euh... , voilà, des formes atypiques aussi d'anorexies, avec lesquelles on fait ce qu'on peut !

**investigateur 2 : Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?**

S11 : Non !

**investigateur 2 : Merci beaucoup !**

## ENTRETIEN S12

**investigateur 2 : Pouvez-vous me décrire votre exercice, votre fonction, où vous exercez et depuis combien de temps vous travaillez ?**

S12 : Alors, je suis psychologue clinicienne. Je travaille à l'hôpital de Chinon, enfin pour l'hôpital de Chinon depuis 92. Euh..., voilà ! C'est tout.

**investigateur 2 : Euh... c'est très bien.**

S12 : Bon d'accord.

**investigateur 2 : Comment vous fonctionnez dans votre exercice ?**

S12 : Alors, euh... mon exercice, enfin ma fiche de poste... je suis amenée à recevoir des patients en 1<sup>ère</sup> intention, c'est-à-dire pour le premier rendez-vous. Euh... je suis amenée à recevoir des patients pour des suivis psychothérapeutiques adressés par des personnes du service. Euh... je fais, j'anime, enfin je co-anime avec euh... 2 groupes (1 groupe euh... enfin thérapeutique, 1 avec un homme et 1 avec une femme), voilà !

**Investigateur 2 : D'accord. Ok ! Est-ce que vous vous occupez de patients ayant des Troubles du Comportement Alimentaire ?**

S12 : Ouaih !

**investigateur 2 : Est-ce que vous pouvez me raconter votre dernière consultation pour Troubles du Comportement Alimentaire pour une personne entre 12 et 19 ans ?**

S12 : Oui, c'était tout à l'heure ! euh... oui je peux vous la raconter puisqu'elle est assez fraîche. C'est une consultation que j'ai effectué en binôme avec une de mes collègues, que vous verrez tout à l'heure, qui va sûrement vous en parler puisque c'est la dernière. Euh... c'est une jeune fille qui est euh..., qui souffre d'un comportement alimentaire restrictif, euh... boulimique et vomisseuse. Donc elle a des périodes de restriction, des périodes de boulimie, des périodes de boulimie avec vomissement ou sans vomissement. Depuis 2 ans maintenant je crois, c'est une jeune fille qui est dans une position extrêmement statique. C'est-à-dire qu'elle, elle ne freinait pas. Elle a une position et elle s'y tient ! Elle a une forme de rigidité assez euh... assez difficile à travailler dans le sens où il n'y a pas de vomissements, quoi, il n'y a pas de vacillements. C'est comme ça, ce n'est pas autrement ! Là par exemple, là cette semaine, elle s'impose un repas par jour qui est composé d'un yaourt, un yaourt normal comme elle dit à 125 calories. Jusqu'à vendredi soir ! Vendredi soir, elle a son quota et là, elle reprend une alimentation, et avec son copain, elle reprend une alimentation qu'elle dit normale ! Voilà ! Mais euh... cette alimentation-là de cette semaine fait suite à 2 semaines de boulimie sans vomissements. Donc euh... avec une prise en charge de poids. En même temps, elle euh..., elle est pas dans un état de maigreur, elle est pas très inquiétante physiquement mais psychiquement oui ! Voilà !

**investigateur 2 : Comment était-elle arrivée dans votre consultation ?**

S12 : Adressée par son médecin généraliste.

**investigateur 2 : Il y avait une lettre, un courrier ?**

S12 : Oui, il y avait une lettre. Succincte !

**investigateur 2 : Rires ! Qu'elle âge avait-elle ?**

S12 : 15 ans.

**investigateur 2 : Est-ce que vous savez son IMC ?**

S12 : euh... non ! Mais il doit être légèrement en-dessous de la normale, très légèrement !

**investigateur 2 : Comment l'entourage est-il présent pour cette patiente ?**

S12 : Alors l'entourage est tyrannisé par cette patiente. C'est-à-dire qu'elle impose, elle peut avoir *Sonnerie de téléphone* Excusez-moi ! ... Alors on va arrêter et S11 va venir parce qu'elle a des consultations après.

**investigateur 2 : D'accord. Je pourrais vous revoir après ?**

S12 : Oui, bien sûr !

**investigateur 2 : Donc vous aviez commencé à me raconter que l'entourage, on était au niveau de l'entourage de la patiente que vous aviez vu ce matin.**

S12 : Donc cette patiente elle soumet son entourage à une forme de tyrannie.

**investigateur 2 : Oui !**

S12 : Donc, elle peut dire, par exemple que puisque ses parents l'ont mis au monde, ils n'ont qu'à assumer. Alors je risque de redire à peu près... non c'est pas grave, voilà. Donc ben voilà, les parents ont effectivement peur donc...

**investigateur 2 : Qu'elle est sa prise en charge à cette patiente, que ce soit nutritionnel, psychologique, social, somatique, pharmacologique, enfin.**

S12 : Elle a un médecin traitant qui s'occupe de tout l'aspect somatique. Euh... et de son poids, et puis elle a nous. Voilà !

**investigateur 2 : Comment est-ce que vous organisez le suivi pour cette patiente ?**

S12 : On se voit une fois toutes les semaines en binôme !

**investigateur 2 : D'accord.**

S12 : Par ailleurs, elle est suivie aussi sur le plan somatique.

**investigateur 2 : euh... Comment était-elle suivie avant de vous voir ?**

S12 : Par son médecin traitant.

**investigateur 2 : Ouaih.**

S12 : Qui lui, s'est senti un peu débordé par la situation pour qu'il nous l'adresse.

**investigateur 2 : D'accord. C'est un médecin généraliste ?**

S12 : Oui.

**investigateur 2 : Vous l'avez eu en contact ce médecin ou pas ?**

S12 : Non !

**investigateur 2 : Non.**

S12 : ça peut nous arriver, mais là, en l'occurrence, non ! ça nous arrive d'avoir ou les médecins généralistes, quand il n'y a pas vraiment de contact avec ces médecins généralistes, nous avons pour habitude de travailler avec un médecin endocrinologue qui au départ travaillait dans la clinique du Docteur C, à l'hôpital Bretonneau, puis après s'est installé en libéral, et voilà, ça fait 15 ans qu'on travaille avec elle. Donc quand on a une inquiétude, ou qu'on trouve que le suivi somatique n'est pas bien pris en charge, je demande à mes patients d'aller voir ce médecin endocrinologue qui s'occupe de tout l'aspect somatique.

**investigateur 2 : D'accord.**

S12 : Voilà !

**investigateur 2 : Qu'est-ce que vous aimeriez comme relais pour cette patiente ?**

S12 : Effectivement si elle reste dans cette position de rigidité euh... je pense que je serai amenée à lui proposer de voir ce médecin endocrinologue qui peut désamorcer certaines idées fixes. Parce qu'elle a ce pouvoir. Bon, elle a d'abord la connaissance effectivement et puis le pouvoir médical peut avoir une influence que nous euh... thérapeutes, on peut ne pas avoir. C'est bifocal donc c'est intéressant !

**investigateur 2 : Est-ce que vous pouvez m'expliquer comment vous articulez votre travail avec l'hôpital ? Les différents services... ?**

S12 : Alors euh... en direct parfois ! Nous pouvons adresser au patient soit en médecine chez Couet soit en psychiatrie universitaire chez le docteur C, en Réa pas ! En Réa, c'est bien des médecins spécialistes en fait soit les médecins psychiatres avec Dr D, soit effectivement endocrinologues. On peut l'hospitaliser en Réa quand vraiment ça nécessite.

**investigateur 2 : Vous leur téléphonez ?**

S12 : Oui ça se fait en direct comme ça.

**investigateur 2 : euh... Avec la pédiatrie aussi ?**

S12 : ça dépend de leur âge, voilà !

**investigateur 2 : D'accord. Et vous avez des intervenants, enfin des personnes que vous appelez préférentiellement ou bien c'est par le biais du secrétariat... ?**

S12 : Oui, en fait oui ! Il se crée au fil du temps avec des intérêts, au niveau de la préoccupation que l'on peut avoir pour nos patients euh... des interlocuteurs privilégiés. C'est un réseau, une forme de réseau oui !

**investigateur 2 : D'accord.**

S12 : Dans ces cas-là, on demande un tel ou un tel.

**investigateur 2 : Et avec les, les intervenants de ville, pédiatre, diététicien, endocrinologue, gynécologue, comment ça se passe ?**

S12 : Ben endocrino, je vous le disais, on en a un voir deux que l'on privilégie. On peut faire appel à certains pédiatres, le docteur B par exemple, avec qui on travaille très très bien. Et voilà, il va être bientôt en retraite donc ça va être compliqué. Puis certains généralistes, ça peut nous arriver, voilà !

**investigateur 2 : D'accord. Pareil, par téléphone ?**

S12 : Oui, parce que courrier, on n'a pas trop le temps.

**investigateur 2 : Mmh. D'une façon générale, vous me parlez de réseau, comment vous vous sentez dans, ce réseau sur Tours, dans le 37 ?**

S12 : Le réseau TCA ?

**investigateur 2 : Ouaih.**

S12 : Pas du tout intégrée !!!

**investigateur 2 : D'accord. Pourquoi ?**

S12 : ça sert à rien !!

**investigateur 2 : Ouaih ?!**

S12 : En fait vous êtes la première personne que je reçois. Y'a eu des amorces, y'a eu des choses qui ont été élaborées en d'autres temps mais qui n'ont pas tenue ou qui se sont exprimées voilà quoi ?

**investigateur 2 : Et qu'est-ce que vous attendez justement ?**

S12 : Ça pourrait être intéressant au niveau du travail d'élaboration, de soin, de lien. Euh... de diffracter un peu les choses, de mettre certains patients à distance. Ça pourrait être intéressant bien sûr.

**investigateur 2 : Quels genres de structures vous souhaiteriez avoir dans ce réseau, quels intervenants, quels euh... ?**

S12 : J'allais dire pas de diét' mais bon. (*Rires*) C'est idiot parce que...

**investigateur 2 : Pourquoi...**

S12 : Je pense que les médecins spécialistes des maladies de la malnutrition sont mieux formés que les diét'.

**investigateur 2 : Oui.**

S12 : Les diét' au niveau calorique, machin, bidule, enfin bon ! Alors que certains spécialistes ont une approche tout à fait différente de l'aspect nutritionnel. Et ça je trouve ça plus intéressant ! Il y a un médecin spécialiste des maladies de la malnutrition avec lequel je peux travailler, ou je peux interpeler en ville et qui m'apporte une véritable aide mais qui n'est pas du côté de la valeur calorique de tel aliment. Enfin ce n'est pas comme ça que ça s'exprime !

**investigateur 2 : Mmh !**

S12 : Mais bon c'est pareil, il va partir à la retraite dans peu de temps ! On est vieux, moi aussi je suis très vieille ! *Sourire*.

**investigateur 2 : Rires. Je ne crois pas !**

S12 : Mais si je pars à la retraite dans peu de temps. Tant mieux !

**investigateur 2 : Qu'attendez-vous de la prise en charge en charge par le médecin généraliste avant le diagnostic ?**

S12 : Qu'attendez-vous de la prise en charge en charge par le médecin généraliste avant le diagnostic ? Quel diagnostic ?

**investigateur 2 : du Troubles du Comportement Alimentaire, avant que le patient soit étiqueté en fait, qu'est-ce que, quelle est la place du médecin généraliste ?**

S12 : Elle est très importante !

**investigateur 2 : Ouaih !**

S12 : Parce que le médecin généraliste à en face les familles et c'est pareil, il a une vision plutôt globale de la situation et euh... il peut nous apporter des éléments de compréhension euh... tout à fait judicieux que nous on n'aura pas ! Donc je trouve ça très important le médecin généraliste. Enfin, je sais que je m'appuie beaucoup !

**investigateur 2 : Mmh. Et après le diagnostic, qu'est-ce que vous attendez de la part du médecin généraliste ?**

S12 : Toujours un relais, tout le temps !

**investigateur 2 : Ouaih. Dans quel sens ?**

S12 : Ben par exemple, tout ce qui est aspect somatique, le sommeil par exemple. Certaines personnes qui souffrent de ce genre de problématique, peut avoir des troubles du sommeil. Il peut y avoir des vertiges, enfin bon, des marques sur le corps qui font que le médecin généraliste a une place prépondérante. Pour le poids, aussi la pesée, l'IMC... On peut travailler sur le psychisme beaucoup plus facilement.

**investigateur 2 : Pour vous, comment améliorer le dépistage, le repérage des Troubles du Comportement Alimentaire en médecine générale ?**

S12 : En médecine générale ?

**investigateur 2 : Mouaih.**

S12 : Je crois que c'est les parents qui peuvent en parler le mieux, à leur médecin. « Ma fille a maigri... » enfin... c'est dans ce là... donc que je pense le dépistage peut se faire. Parce qu'à l'école, non ! Enfin j'crois pas ! Collège, lycée... faut vraiment qu'il y ait des symptômes manifestes comme des évanouissements, tachycardie, euh..., fatigue, endormissements en cours... des choses qui peuvent... Et une réelle maigreur ! Après je pense que les parents sont .... C'est vrai qu'ils peuvent difficilement voir. C'est très douloureux de s'apercevoir que son enfant se détruit. Ils peuvent en parler à leur médecin traitant, leur médecin de famille qui lui peut amorcer d'une manière somatique et professionnelle cette inquiétude parentale. Ça je pense que c'est une prévention qui est importante et précieuse.

**investigateur 2 : Est-ce qu'il y a d'autres histoires qui vous ont marquées ? que vous pourriez me raconter ?**

S12 : Chaque histoire est différente, chaque histoire est marquante ! Il y a quelques années, j'ai reçu une jeune fille, ben c'est la première jeune fille, qui a été hospitalisée au CHU dans le service de C avec. Donc il y a presque 20 ans et aujourd'hui elle est sage-femme ! Elle s'en est sortie, elle va bien, elle est mariée, elle a des enfants, voilà ! ça, alors ça, je sais pas comment dire, c'est une belle histoire ! J'ai écrit sur cette jeune fille, et c'était justement une, comment dire, une prise en charge euh... particulière dans le sens où ça ne se faisait pas à l'époque. Où j'ai demandé dans le service de C, à l'équipe, de pouvoir venir rencontrer ma patiente un jour sur deux pour ne pas interrompre le lien thérapeutique. Ça a été accepté, j'ai pu travailler avec les infirmières, j'ai pu leur demander d'arrêter de la peser. J'ai pu travailler avec ....évidemment sur euh... les exigences que le service avait et euh... les comment dire, les expériences, qu'on essayait de mener. C'était une jeune fille intelligent qui voulait s'en sortir et... qui était véritablement toute, euh..., enfin, une véritable confiance en nous ! Elle n'était pas résistante, elle n'était pas rigide, elle acceptait le gavage... Et il y avait une histoire familiale derrière extrêmement lourde. Elle a accepté d'être hospitalisée, d'être gavée, d'être loin de ses parents, dans le sens où ils ont été 3 semaines sans la voir. Ça a été très difficile pour les parents. Pas difficile pour ma patiente ! En même temps, j'allais la voir tous les 2 jours, donc euh... et c'est, bon voilà. Après on a continué à tisser ce lien-là pour d'autres patients, à chaque fois on l'ajuste mais effectivement, on va dire Amélie, elle nous a ouvert la voie sur de nouvelles perspectives, en plus avec nous, et elle s'en est sortie ! Alors évidemment au départ, il y avait des diét', enfin bon... elle est sage-femme !

**investigateur 2 : Et son parcours à elle, donc il y a eu cette hospitalisation et après il y a eu beaucoup...**

S12 : ... 2 ans de soin.

**investigateur 2 : Psychologique, psychiatrique aussi ?**

S12 : Non psychologique !

**investigateur 2 : Psychologique.**

S12 : Il n'y avait que moi ! Et avec ....., on a toujours travaillé ensemble, une fois qu'elle est sortie de l'hospi. Une psychologue la recevait. Toujours une vigilance, elle était entièrement...

**investigateur 2 : Donc ça c'est toujours possible d'aller à l'hôpital... ?**

S12 : Maintenant elle n'y est plus cette psychologue, elle est en libéral !

**investigateur 2 : Rires ! Mais vous pouvez toujours aller à l'hôpital intervenir sur vos patients ?**

S12 : On va tous à la CPU en fait !

**investigateur 2 : Oui.**

S12 : Chez Monsieur C. Enfin en tous les cas, maintenant le service à beaucoup changé et...

**investigateur 2 : ...et c'est plus compliqué ?**

S12 : Mmh !

**investigateur 2 : D'accord.**

S12 : Beaucoup plus !

**investigateur 2 : Et ça c'est quelque chose d'important pour vous de... ?**

S12 : C'est dommage de se priver de ce service...mais bon !

**investigateur 2 : D'accord. Euh... Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter sur ce sujet ?**

S12 : Non.

**investigateur 2 : Non ?! Bon ben c'est terminé alors Rires. Merci beaucoup !**

## ENTRETIEN S13

**investigateur 2 : Alors pouvez-vous me décrire votre exercice, votre fonction, où vous exercez, et depuis combien de temps vous travaillez ?**

S13 : Je, j'exerce depuis fin 95. Euh... j'ai toujours travaillé en pédiatrie, je suis pas puer, je suis juste, enfin je suis infirmière. J'ai toujours travaillé en pédiatrie.

**investigateur 2 : D'accord. Racontez-moi votre dernière euh...consultation ou visite pour trouble du comportement alimentaire chez une personne entre 12 et 19 ans.**

S13 : Euh... dans le service ? Bon, on reçoit des .... En fait, on ... euh... troubles du comportement alimentaire et / ou anorexie mentale ?

**investigateur 2 : Mouais...**

S13 : Donc on en a eu, on en a assez souvent, ben, assez souvent, dans l'année oui ! Donc après euh... le euh... quand le diagnostic est posé, enfin quand on sait quel problème, quand c'est un trouble alimentaire, on surveille d'abord ! Et quand le diagnostic est bien posé, que c'est bien une anorexie mentale, il y a tout un .... Il y a un suivi psychat..., enfin psychologique.

**investigateur 2 : Mmh !**

S13 : Donc avec un pédopsy, avec une diététicienne et nous on a notre rôle, en fait on a une fiche alimentaire et puis on surveille, en fait, comment elle mange, en fait au niveau, quand elle reçoit le plateau. Son comportement face à son alimentation : comment elle mange, comment elle découpe ses aliments, comment... et puis aussi la quantité ! Ça c'est des appétits-pèse en fait, et on mesure les quantités, pour voir un peu ce que, on mesure en fait on pèse les quantités avant et après, après avoir mangé aussi pour savoir combien elle a pris en fait.

**investigateur 2 : D'accord.**

S13 : Voilà !

**investigateur 2 : Euh... est-ce qu'il y a euh... la dernière personne que vous avez vu vous avez des... racontez-moi un petit peu !**

S13 : En fait, euh... y'a, surtout au niveau des anorexies ! Moi j'ai plus.... Parce que troubles alimentaires, ça ce, enfin, on fait toujours, soit... chez un nourrisson, oui il peut y avoir un petit trouble alimentaire en fait ! Enfin, on dit plutôt difficulté !

**investigateur 2 : Non mais...**

S13 : C'est plutôt ...euh... adolescent...

**investigateur 2 : Ado ! Adolescent !**

S13 : Et en fait on en a beaucoup en fait ! Soit ils mangent pas, en fait ils découpent en petites miettes et font en sorte que... l'impression qu'ils ont mangé mais quand on pèse on a exactement pareil. Soit en fait ils échangent les aliments quand c'est calorique, ils échangent contre quelque chose de moins calorique. Mais ça on le sait, parce qu'on a une fiche et on peut pas changer n'importe quel aliment contre ....

**investigateur 2 : Y un patient qui vous a marqué plus qu'un autre ?**

S13 : Oui y'en a un ! Y'en a une surtout qui évitait sa nutrition, parce qu'elle jetait sa nutrition par la fenêtre ou alors euh... elle cachait ses aliments dans une serviette et elle allait les jeter à la poubelle.

**investigateur 2 : D'accord.**

S13 : Voilà ! Des... en fait... ou bien elle les mettait en fait, dans ses vêtements et on finit par trouver que c'était pourri dans un sac ! Voilà !

**investigateur 2 : D'accord. Et cette patiente euh... ?**

S13 : Ces patientes, c'est souvent des filles ! Enfin... on a eu un garçon quand même, comme ça aussi où il cachait. Mais souvent des filles et elles finissent par euh...Et donc, et en fait, elles vont à l'Unité psychiatrique pour ado. Et, euh... finissent par enfin, après c'est un suivi, au niveau euh... famille, cellule familiale, l'enfant et .... tout ça, après elle part de ... après

elles reviennent parce qu'elles ont maigri. Donc rechute ! on repart à zéro. Bon c'est souvent aussi la sonde, la mise en place de la sonde !

**investigateur 2 : D'accord.**

S13 : La sonde gastrique ! Je ne sais pas si vous...

**investigateur 2 : Si, si !**

S13 : Et la mise en place, bon quelque fois y'a des ... enfin, entre guillemets, c'est presque du chantage : « soit tu prends sans et soit on te la met ! On te met la sonde... » et souvent les enfants ben y prennent des compléments alimentaires hypercaloriques. Donc ils prennent, ils prennent ! Mais pour éviter la sonde et euh... ils arrivent à prendre mais une fois que, ils ont passé ce moment là où ils ont réussi à arriver au poids qui est demandé, ben ils ne mangent plus ! Puis on revient à zéro ! C'est en fait un cercle .... On les revoit souvent et ... y'a eu qu'un qui a réussi ! Un petit garçon qu'on a eu. Et qui en fait est parti à Paris et puis qui est revenu et qui depuis, on n'en a jamais entendu parler !

**investigateur 2 : Ce garçon, il avait quel âge ?**

S13 : il avait 10, euh...12 euh... je crois qu'il avait 11-12 ans.

**investigateur 2 : Et pourquoi il est parti à Paris ?**

S13 : C'est les parents ! En fait ils voulaient... la CPU en fait, l'unité pour les adolescents ici, j'pense qu'il n'y avait pas de place parce que je crois que c'est après 12 ans qu'on prend ces enfants.

**investigateur 2 : Ah, c'est possible !**

S13 : Et lui était trop petit !

**investigateur 2 : D'accord.**

S13 : Et donc ils voulaient en fait, ... Paris pouvait le prendre plus tôt et donc c'est comme ça que ça a été fait. C'était pas vraiment... c'était... le fait que ici, ils ne pouvaient pas le prendre et puis euh... il a voulu aller....

**investigateur 2 : Il est allé où à Paris ? Vous savez ?**

S13 : Alors euh... c'est l'association Poivre d'Arvor (Solène).

**investigateur 2 : Solène ?! D'accord. Euh... si on prend un patient ou une patiente en particulier, la dernière que vous avez eu par exemple. Est-ce que vous savez comment elle est arrivée dans votre consultation, dans, dans le service ?**

S13 : Elle est arrivée avec une..., elle était déjà suivie, pour anorexie et elle était suivie par un médecin, par un pédopsy euh...en ville et puis elle est arrivée quand même à 30, je crois c'est 28 kilos ! Donc euh... vraiment, fréquence cardiaque à... 54 ! Et puis vraiment, le poids critique ! Elle, elle a évité la sonde. En fait, et là, elle est partie à la CPU lundi dernier !

**investigateur 2 : D'accord.**

S13 : Et en fait, elle va, elle connaît tout, ce qui me, ... elle voulait prendre du poids mais il fallait qu'elle mange ce qu'elle voulait. C'est-à-dire qu'il fallait pas que ce soit, le pain au chocolat c'est trop calorique, donc elle prendra du pain avec du beurre mais pas un pain au chocolat. Elle connaissait en fait tous les, tous... ils connaissent parfaitement le, les aliments, ses calories euh... quels aliments qu'ils peuvent manger et pas manger euh...

**investigateur 2 : D'accord. Donc c'était le pédopsychiatre qui l'avait adressée ?**

S13 : Oui, c'était son pédopsychiatre !

**investigateur 2 : Euh... y'avait un courrier ?**

S13 : Oui c'était un courrier !

**investigateur 2 : Son âge, à cette patiente ?**

S13 : Elle a, elle a 12, elle allait avoir 13 ans ! Elle a 12 ans et demi.

**investigateur 2 : Son IMC d'entrée ?**

S13 : Ahhhhh..... je ne me souviens pas là ! Je ne sais pas, je pourrais le retrouver mais... je ne me souviens pas !

**investigateur 2 : Comment l'entourage était-il présent pour cette patiente ?**

S13 : .... Euh... les parents euh... étaient, comment dire, ben de toute façon, c'était un fait ! Maman était dépressive ! Maman, elle savait plus comment gérer. Ils étaient perdus, hein, les parents ! Euh... mais ils ont euh... ils ont été d'accord pour euh... le contrat, enfin le contrat qui était mis en place ici pour eux. Enfin ils ont toujours été, ils ont jamais contesté... le droit de visite, le droit que... Il y a un contrat qui est mis, en fait l'enfant, avec le pédopsy a un contrat ! C'est-à-dire que si elle prend du poids, c'est 2 coups de téléphone par jour, 2 visites par semaine ainsi de suite en fait ! Il lève en fait les, les exigences qui étaient demandées par le pédopsy peu à peu sont...

**investigateur 2 : Et comment était organisé le suivi après la sortie ?**

S13 : La sortie en fait, le transfert est fait par nous ! Par une ambu..., enfin par un taxi de l'hôpital avec une AP de l'hôpital et les parents accompagnent par eux-mêmes. Ils arrivent avec leur véhicule là-bas. Et y'a un entretien qui est fait à la CPU. Y'a un entretien, avec la famille. Nous on a déjà en fait, c'est à terre, donc ils ont déjà les dossiers par euh... par ordinateur. Et en fait, et après, l'entretien je pense que après, euh... c'est le même, je crois que c'est les mêmes pédopsys qui les suivent.

**investigateur 2 : D'accord. Et le suivi de patient avant de vous voir, c'était le pédopsychiatre ou il y avait d'autres intervenants extérieurs ?**

S13 : Non !

**investigateur 2 : Il y a avait juste le pédopsychiatre ?**

S13 : Mais euh... après il y a une relation qui est faite avec le pédopsychiatre d'ici, l'interne qui le, les suit ici et puis le pédopsychiatre en ville.

**investigateur 2 : D'accord. Et vous savez comment elle en est arrivée à voir un pédopsychiatre en ville ?**

S13 : Je pense qu'il y a eu, qu'elle a déjà été hospitalisée. Ouais ! Souvent, en fait, ce sont des enfants qui ont été hospitalisés la première fois pour trouble alimentaire. Donc le diagnostic a été posé ! Mais en fait après ils repartent, ils rechutent et ils reviennent. Souvent c'est ça !

**investigateur 2 : Mmh, mmh ! Euh... qu'est-ce que vous auriez aimé comme relais justement après la sortie ? Est-ce que ...**

S13 : Enfin nous, nous, ici, en fait, notre ... c'est que... on n' a pas, ...c'est... enfin maintenant on commence à...en fait avec le pédo... le psy... en fait l'équipe pédopsy et puis l'équipe soignante de service, on avait un lien, c'était, en fait ils venaient, ils voyaient l'enfant... y'avait un contrat mais euh... soignants eux-mêmes euh... enfin exécuté, y'avait pas de, de .... comment dire ? De contact, où on pouvait travailler sur l'attitude de l'enfant euh... et puis maintenant, y'a une réunion, donc on parle de l'enfant, de la cellule familiale et tout... mais on prend mieux en charge je pense l'anorexie qu'avant ! Depuis peu !

**investigateur 2 : Qu'attendez-vous de la prise en charge par le médecin généraliste pour ces patients avant le diagnostic et après ?**

S13 : Moi je dirai que faut faire attention ! Parce que en fait, c'est vraiment, ils viennent à la limite, parce que les parents sont aussi, disent « mais on va la faire manger, mais on va faire ça ! ». En fait, ils font, ils sont pas assez alarmants, peut-être trop rassurants les médecins traitants !

**investigateur 2 : Mmh, mmh !**

S13 : J'ai eu des cas où les, la maman a dit : « mais j'ai vu mon médecin, on a décidé de faire ci ! ». C'est vrai, je pense qu'ils sont près de leur patient mais je pense qu'il y a des, y'a des euh... un poids à pas dépasser et puis...

**investigateur 2 : D'accord.**

S13 : Peut-être trop, trop, enfin, ils arrivent vraiment à l'extrême. Il faut dire aussi que les parents veulent peut-être pas venir. Après, le médecin traitant, je sais pas si, enfin euh... il a adressé un courrier mais est-ce que, est-ce qu'il a le droit de passer outre et de l'hospitaliser ? ! Ça je sais pas aussi ! Après...

**investigateur 2 : Quand vous parlez de médecin traitant, vous parlez de , de qui ?**

S13 : On a eu un médecin traitant où, là, l'enfant est arrivé quand même euh...

**investigateur 2 : C'était un médecin généraliste ?**

S13 : Oui un médecin... oui ! Non, non, un généraliste !

**investigateur 2 : D'accord. Vous avez sinon des contacts avec les soignants de l'extérieur ?**

S13 : Non !

**investigateur 2 : euh... est-ce que des fois il y a eu d'autres histoires qui vous ont marquées, sur ce sujet ou... ?**

S13 : ... *silence*... peut-être le fait de savoir ce qu'ils deviennent quand ils sortent de la CPU. Parce qu'on n'a pas de retour ! Oui et pour savoir comment ils évoluent après ! Parce que que'que fois en fait, on sait comment, enfin quand ils rechutent, ils reviennent ! Ils passent par-là ! Mais euh... voilà ! C'est souvent une famille quand même qui... pas détruite mais qui est... Le problème est déjà là instauré depuis un petit bout de temps et puis la famille est déjà démunie quand ils arrivent. On voit qu'ils sont démunis ! Et puis on est assez sévère, d'un coup, et puis eux, eh ben, leur enfant, ben, l'enfant anorexique ben il contredit tout ce qu'on dit et donc les parents et ben ils savent plus où se mettre. Est-ce qu'ils soutiennent leur enfant ? Est-ce qu'ils soutiennent du côté de l'équipe soignante ? Donc euh... voilà !

**investigateur 2 : Et qu'est-ce que vous attendez de la prise en charge par le médecin généraliste mais après le diagnostic ? Après la sortie ou après euh... ?**

S13 : Peut-être un suivi, en fait, mensuel. Puis, euh... voir, la peser, discuter avec elle, voir un peu ! Puis au niveau diète aussi, parce que, enfin euh... les parents... moi je me dis après, les parents savent un peu comment l'enfant mange ici, comment, je pense qu'il y a tout un... Cette petite que je vous ai parlé tout à l'heure, qui est maintenant à la CPU elle avait une sœur jumelle. C'est elle qui faisait à manger, parce que maman était un peu déprimée et alors, elle faisait grossir tout la famille sauf elle !

**investigateur 2 : Mmh !**

S13 : C'est-à-dire qu'elle cuisinait mais avec des trucs très riches. Elle mettait de la crème fraîche, elle mettait... mais elle non ! C'était vapeur !

**investigateur 2 : D'accord.**

S13 : Donc je me dis après, euh..., voilà, c'est peut-être aussi... Et puis prendre en charge les parents ! Peut-être leur dire, les déculpabiliser, puis les aider, les prendre en charge et puis surtout... A faire, en fait, comment dire... créer en fait euh... c'est les pédo..., les psychiatres qui font une discussion en fait, voir les deux parents avec l'enfant et voir qu'est-ce qui s'est passé pendant le mois, enfin... parce que je pense que tout ça ... Les anorexies, c'est pas évident !

**investigateur 2 : Ok**

S13 : Voilà !

**investigateur 2 : Quelque chose à ajouter... ?**

S13 : Non rien, mais c'est vrai que moi j'aurais voulu une formation !

**investigateur 2 : Ouais...**

S13 : Etre formée, pour prendre, parce que, en psychiatrie, à l'école d'infirmière on n'a, on n'a, on survole ! Il faut vraiment travailler en psychiatrie pour euh...

**investigateur 2 : Merci beaucoup !**

S13 : De rien !

**investigateur 2 : Au revoir !**

S13 : Je vous envoie quelqu'un ?

## ENTRETIEN S14

**investigateur 2 : Pouvez-vous me décrire votre exercice, votre fonction, où vous exercez, et depuis combien de temps ?**

S14 : Donc je suis éducatrice de jeunes enfants dans le service de l'unité de spécialité pédiatrique depuis 2 ans et demi maintenant.

**investigateur 2 : D'accord. En quoi ça consiste ?**

S14 : Alors euh... je m'occupe de la prise en charge euh... des enfants au quotidien, en dehors des soins, sur des temps euh... d'activités, en salle de jeux ou en chambre. Euh... pour essayer d'offrir au maximum aux enfants, un cadre de vie le plus normal entre guillemets possible, au sein de l'hôpital.

**investigateur 2 : Est-ce que vous pouvez me raconter la dernière, euh... le dernier contact que vous avez eu avec un patient entre 12 et 19 ans, présentant des troubles du comportement alimentaire ?**

S14 : Oui ! Donc c'était, il y a une semaine, une jeune fille de .... 12 ans, un peu plus... j'ai un doute sur l'âge... euh... *silence*, 12 ans et demi en fait, *rires*, qui est restée un peu plus d'un mois dans le service. Euh... qui est arrivée, oui fin, à la fin de l'été et qui est repartie lundi dernier et euh... en ce qui concerne euh... ma prise en charge avec elle, je l'avais le matin 1 heure en salle de jeux et l'après-midi 1 heure, et après avec l'évolution de son contrat, je l'avais en prise en charge 1 heure le matin et 2 heures l'après-midi.

**investigateur 2 : D'accord. Euh... mmh... est-ce que vous savez un peu sa prise en charge globale ?**

S14 : Alors euh... mmh... lorsque les enfants anorexiques sont accueillis ici dans le service euh... il y a une prise en charge qui est principalement pédopsychiatrique et euh... c'est eux qui établissent un contrat avec l'enfant, ses parents, et l'équipe soignante. Euh... pour cet exemple précis, j'étais pas présente lors de la création du contrat car j'étais en congé. Donc moi je l'ai reprise après avec les pédopsy pour savoir, ben par exemple pourquoi simplement 1 heure le matin en salle de jeux en ce qui concerne la prise en charge on va dire éducative (entre guillemets). Et pourquoi par exemple qu'1 heure l'après-midi et pas plus et puis aussi pour être dans une certaine logique et que tout le monde euh... comment je vais dire ça... que tout le monde fasse la même prise en charge globale parce que il y a moi éducatrice mais y'a l'infirmière, y'a l'auxiliaire, y'a le pédopsy et que forcément faut que tout le monde fasse la même chose, de la même façon pour que , euh...pour que cela ait du sens et que l'enfant et les parents s'y retrouvent sur les conditions de ? qui sont assez restrictives et difficiles à accepter. Puisque ben euh... le téléphone est limité, les visites c'est limité et que ben ces choses-là faut les avoir comprises et expliquées avec les pédopsy pour pouvoir, nous, les appliquer derrière euh... et pas faire simplement un simple copier-coller de ce qui est écrit sur un bout de papier.

**investigateur 2 : Est-ce que vous savez comment elle était arrivée dans le service ?**

S14 : Alors me semble-t-il... euh... via son médecin traitant, sur euh... vraiment un mauvais état de santé entre guillemets, puisque là, y'avait quand même un risque vital en jeu et que, et que généralement, ils passent par notre service pour être remplumés (entre guillemets) pour pouvoir après être orientés vers une structure qui est beaucoup plus spécialisée. Type euh... et ça, je sais pas si je peux dire le mot CPU ?

**investigateur 2 : Ouais, si...**

S14 : Nous ne sommes qu'un lieu de passage !

**investigateur 2 : D'accord.**

S14 : *Rires* ! Là on est vraiment sur du médical dans notre service pour qu'elles atteignent on va dire un poids... le plus correct possible et qui euh... où il n'y a plus d'enjeux vitaux et ensuite, y'a vraiment une orientation pédopsy qui est vraiment nécessaire, indispensable qui est ici un peu faite mais qui ne suffit pas, à la prise en charge de cette pathologie.

**investigateur 2 : Quand vous parlez de médecin traitant c'est un pédiatre, un médecin généraliste... ?**

S14 : Ça je ne serai pas vous dire ! Je pense que c'est un médecin généraliste.

**investigateur 2 : Euh... comment l'entourage était-il présent pour cette patiente ?**

S14 : ...l'entourage familial, vous parlez ? Mouais... ben pour ce qui est de l'entourage familial comme c'est euh... soumis à contrat, c'est des visites une fois tous les 2 jours euh... enfin là en l'occurrence, c'était une visite une fois tous les 2 jours, 1h maximum, donc le temps est compté, ça passe vite, et c'est pas forcément facile. Après euh... après c'est des enfants euh... qu'ont besoin d'être soutenus, d'être entourés donc euh... on va dire que le personnel fait son maximum mais on est dans un grand service et malheureusement y'a pas que ces enfants et y'en a 30 en plus. Donc, on essaie tous de prendre du temps quand ça va pas, quand on sent que ça lâche, qu' y a plus de moral, parce que c'est pas rigolo d'être séparé de sa famille comme ça ! Ça fait un peu prison quelque part, hein... donc on essaie d'y accorder du temps, le plus possible. Après moi, c'était, enfin, dans ma fonction c'est plus facile, puisque j'avais 1h à lui accorder le matin et 1h l'après-midi donc, généralement c'était de la prise en charge euh... un peu individualisée et ça permet d'accorder plus de temps et, et, et d'être là auprès d'elle. Mais finalement 2 h par jour c'est pas énorme non plus.

**investigateur 2 : Euh... est-ce que... elle a pu vous raconter un petit peu son parcours avant d'arriver dans le service ?**

S14 : euh... elle en a un petit peu parlé ! De ces.... Alors, parler de son parcours avant non ! Parler de sa situation euh... dans le service pourquoi elle était là oui ! Après moi je ne pose pas de questions concernant les pathologies des enfants. Je leur laisse le choix de l'évoquer ! S'ils l'évoquent, on peut en discuter, il n'y a pas de soucis mais euh... je laisse ce travail-là aux pédopsychiatres parce que je pense qu'il y a une formation bien plus spécialisée et adaptée à euh... à ça. Après moi, elle ne m'a jamais parlé de son histoire euh... avant !

**investigateur 2 : Mmh mmh !**

S14 : Elle m'a parlé de comment ça se passait ici dans le service, des progrès qu'elle essayait de faire, de parfois euh..., ses angoisses. Moi, ces choses-là je les prends, j'en discute après quand on euh... je sens que le sujet me dépasse un peu, souvent j'en informe les enfants, « ben là ça fait plus partie, enfin c'est plus de mon ressort ». J'en parle avec les pédopsychiatres ou avec le pédiatre etc..., et euh... je passe, je passe le relais !

**investigateur 2 : Est-ce que vous savez comment était organisé le suivi à la sortie ?**

S14 : Euh... ben en fait dans son contrat elle avait un certain poids à attendre pour ensuite être transférée à la CPU. Voilà !

**investigateur 2 : D'accord.**

S14 : Ça c'est noté dès le départ dans le contrat. Y'a un poids de sortie qui est fixé euh... dès le début de la prise en charge.

**investigateur 2 : Et ils vont toujours directement à la CPU ?**

S14 : Oui !

**investigateur 2 : Oui ?! Euh... et avant d'arriver dans le service, est-ce qu'elle avait un suivi par des médecins euh... ?**

S14 : Aucune idée !

**investigateur 2 : Euh... est-ce vous avez eu des contacts avec des intervenants extérieurs pour cette patiente ? Des soignants extérieurs ?**

S14 : Non !

**investigateur 2 : Euh... alors, bon c'est bien votre avis. Qu'attendez-vous de la prise en charge par le médecin généraliste pour ces patients ?**

S14 : *Silence*

**investigateur 2 : avant le diagnostic ?**

S14 : *Silence* – pfff....

**investigateur 2 : Rires**

S14 : Alors là, très sincèrement, je ne sais pas me positionner car ça relève vraiment du médical et ça fait réellement pas partie de mes fonctions et de mes connaissances. Très sincèrement !

**investigateur 2 : Bon !**

S14 : Après, ce qui peut me poser question, c'est comment les enfants peuvent arriver euh... dans un état physique aussi dégradé sans qu'il n'y ait pas eu une hospitalisation plus précoce. Voilà ! Moi, de mon point de vue, ça me pose des fois question !

**investigateur 2 : et alors...**

S14 : Non après euh... c'est le rôle des médecins généralistes ! Je ne connais pas du tout... Mais c'est vrai que des fois ça m'étonne de les voir arriver... dans un état déjà si, si dégradé et qu'il n'y ait pas un lien qui ait été fait avec l'hôpital, plus tôt quoi. Voilà, après, je ne sais pas comment ça marche dans le circuit médical, mais c'est vrai que... c'est des fois un peu étonnant !

**investigateur 2 : D'accord. Et après le diagnostic, vous avez une idée sur ce qui pourrait ou sur ce qui pourrait ou devrait être fait ? Ou ce qui est bien fait, mal fait ?!**

S14 : .... Dans le cadre de la médecine gén... ah... pffff... euh non !

**investigateur 2 : Non plus ?!**

S14 : *Rires.*

**investigateur 2 : Ok ! Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous voudriez ajouter sur ce sujet ?**

S14 : ... que c'est un sujet bien difficile ! Qu'on voit une évolution de la prise en charge des anorexiques avec les années ! Avant c'étaient des enfants qui étaient euh... enfermés dans leur chambre, qui n'avaient pas accès euh... aux activités. C'était quelque chose de très rigide ! Bon on se rend compte, que ça marche pas forcément et du coup... leur prise en charge tend à évoluer avec plus de liberté entre guillemets ! Alors après euh... est-ce qu'on en viendra à des prises en charge plus sévères entre guillemets, je ne sais pas mais c'est vrai que c'est toujours une pathologie qui pose questions et on ne sait jamais trop quelle est la solution et où on va et euh... et voilà ! C'est pas évident ! C'est toujours un peu à tâtons, ça change beaucoup selon les, les, on va dire, les pré-ados et les adolescents selon si c'est des garçons ou des filles. Enfin, ça reste quelque chose de difficile, je trouve comme prise en charge !

**investigateur 2 : Très bien ! Merci !**

## ENTRETIEN M1

**investigateur 2 : Pouvez-vous me décrire votre exercice, la fonction, où vous exercez, depuis combien de temps.**

M1 : Je suis chef de clinique en pédiatrie depuis 1 an.

**investigateur 2 : Hon hon. Racontez-moi votre dernière prise en charge euh chez une personne entre 12 et 19 ans pour trouble du comportement alimentaire.**

M1 : Donc c'était récemment, c'était une jeune fille de quatorze ans il me semble euh qui est restée un mois dans le service.

**investigateur 2 : D'accord. Quelle a été sa prise en charge ? Nutritionnelle, psychologique, sociale, pharmaco...tout quoi...**

M1 : Euhh, prise en charge pédopsychiatrique avec une enfant qui avait besoin de beaucoup de soutien euh ainsi que sa famille et puis prise en charge euh nutritionnelle euh avec des conseils diététiques et puis euh une réexplication de ce que sont les besoins d'un enfant de cet âge-là. Elle n'a pas eu de sonde nasogastrique.

**investigateur 2 : Euh comment est -elle arrivée dans votre service ?**

M1 : Euh par le biais de, à la demande des parents et c'était une enfant qui était déjà suivie par euh, euh un pédopsychiatre.

**investigateur 2 : D'accord.**

M1 : Et donc devant la prise, l'accélération de la perte de poids elle est venue aux urgences.

**investigateur 2 : Euh y'avait un courrier ? Une lettre ?ou...**

M1 : Nan.

**investigateur 2 : Un appel téléphonique ?**

M1 : Euh non. Je pense mais je ne suis pas sûre que j'avais déjà eu le médecin traitant au téléphone une fois mais je sais pas si c'était vraiment pour cette enfant. Euh demandant quelle était la prise en charge et c'était moi qui l'avais orientée vers euh le centre Oreste.

**investigateur 2 : D'accord. Elle était suivie au centre Oreste ?**

M1 : Oui elle était suivie par monsieur Fillâtre.

**investigateur 2 : D'accord. Euh son âge, vous me l'avez dit déjà ? 14 je crois.**

M1 : Quatorze oui.

**investigateur 2 : Son IMC d'entrée ?**

M1 : De tête comme ça, inférieur à 13, mais euh ou tout juste treize. Douze sept ou treize je sais plus.

**investigateur 2 : Comment l'entourage a-t-il été présent pour cette patiente ?**

M1 : Euh de façon très invasive au départ avec des rapports très conflictuels avec les parents. Et puis après les parents ne nous ont pas beaucoup sollicités au niveau médical. Euhhhh et puis donc y voyaient leur fille lors des permissions. Les permissions d'une heure un jour sur deux. Mais des parents très invasifs au départ, très euh. Avec un père qui euh, avec lequel l'alliance thérapeutique a été très difficile à faire.

**investigateur 2 : Comment avez-vous organisé le suivi ?**

M1 : Donc le suivi en fait, euh, les enfants après sont transférés à la, enfin les adolescents sont transférés à la CPU.

**investigateur 2 : Honhon.**

M1 : Donc le suivi se fait après euh par les pédopsychiatres. Généralement, on essaie de mettre sur le coup les médecins traitants. Mais nous on ne les revoit pas.

**investigateur 2 : Hon. Quand vous dites médecin traitant, vous pensez à... médecin...**

M1 : Généraliste.

**investigateur 2 : Généraliste ?**

M1 : Ouai.

**investigateur 2 : Ok euh.**

M1 : Ou pédiatre aussi mais nan, en l'occurrence y'avait pas de pédiatre. Pour elle.

**investigateur 2 : D'accord .Euh. Est - ce que...Dont j'ai vu un petit mot dans la salle de... c'est celle-là ? Ok.**

*rire*

**investigateur 2 : Qu'auriez- vous aimé comme relai ? Comme suite ? De prise en charge ?**

M1 : Je pense que pour nous la CPU, c'est euh 'fin c'est l'idéal hein, c'est un relai euh tout organisé... 'fin c'est une suite d'hospitalisation donc euh. C'est compliqué vraiment de parler de relai, vu que y'a une suite d'hospitalisation.

**investigateur 2 : Euhhh qu'attendez-vous de la prise en charge par le médecin généraliste pour ces patients avant le diagnostic ?**

M1 : De pouvoir entendre les symptômes. A mon avis les symptômes ils sont entendus uniquement quand la personne, enfin quand l'adolescent arrive à une prise de poids qui fait qu'il a besoin d'une prise en charge nutritionnelle ou d'une hospitalisation ett. Je pense qu'y a pas d'écoute des symptômes de l'anorexie avant. Enfin je pense qu'y a peu d'écoute et que même quand il y a de l'écoute c'est savoir quoi en faire. J'pense que c'est difficile. Je crois que globalement c'est une pathologie qui est sous, sous-évaluée et que finalement on prend en charge euh quand on est dans des situations de, de dénutrition extrême et de nécessité d'hospitalisation.

**investigateur 2 : Y'a des symptômes euh particuliers auxquels vous pensez euh ?**

M1 : Ba soit interroger 'fin euh les, tous les troubles du comportement. Les, les, les attitudes boulimiques ou euh de, de restriction euh. Elles arrivent bien en amont de la perte de poids euh qui conduit à l'hospitalisation. Elle est arrivée, elle avait trente de fréquence cardiaque euh.

**investigateur 2 : Donc par l'interrogatoire plutôt euh ?**

M1 : Oui par l'interrogatoire, par le, par le. J'pense la recherche de ces signes.

**investigateur 2 : Et après le diagnostic, qu' 'est- ce- que vous attendez de la prise en charge du médecin généraliste ?**

*( silence).*

Je pense que c'est très diffi... 'Fin qu'y puisse constituer un relai au moins pour la surveillance du poids et qu'y puisse faire l'intermédiaire entre le, entre la pédopsychiatrie et avant l'hospitalisation.

**investigateur 2 : Hon.**

M1 : Vraiment pouvoir dire « attention là la prise de poids, la perte de poids s'accélère euh qu'est-ce qu'y faut faire » 'fin etcetera. Mais euh j'pense que globalement après nous ce qu'on leur dit aussi c'est que tant qu'on n'est pas en dessus, en dessous des euh, 'fin y'a quand même des, des, un protocole de soin rédigé sur l'anorexie donc on n'est pas dans les critères d'hospitalisation c'est eux qui doivent gérer, et en rapport avec les pédopsychiatres et nous on arrive au moment de l'hospitalisation et je pense que c'est extrêmement difficile. 'fin c'est une pathologie extrêmement difficile et...

**investigateur 2 : Hon.**

M1 : Je crois qu'à la fois c'est un vœu pieux de la faire gérer en médecine euh de, en médecine libérale et, et je vois pas comment est-ce qu'ils peuvent avoir le temps euh, à consacrer à une pathologie qui est tellement envahissante et tellement difficile.

**investigateur 2 : Là vous me racontiez une histoire euh d'une fille donc qui est passé par les urgences. Est -ce que des fois ça s'est passé autrement ?**

M1 : Non mais ils arrivent toujours par les urgences.

**investigateur 2 : Ouai.**

M1 : Oui.

**investigateur 2 : D'accord. Des fois, 'fin toujours via le médecin traitant aux urgences ou bien c'est ?**

M1 : Souvent via les parents aux urgences.

**investigateur 2 : Ouai ? D'accord.**

M1 : Y sont soit via le médecin traitant soit directement via les parents.

**investigateur 2 : D'accord.**

M1 : Et parfois y'a des moments où c'est les pédopsychiatres qui nous les adressent euh quand la prise de poids s'accélère.

**investigateur 2 : D'accord. Y'a jamais eu, vous avez jam' fin dans, dans vos patients euh directement médecin généraliste – hospitalisation.**

M1 : Si si y'en a déjà eu.

**investigateur 2 : Y'en a déjà eu ? Ouai ? D'accord. Est- ce que vous avez d'autres choses à ajouter sur ce sujet ?**

M1 : Que c'est une prise en charge très lourde euh et que c'est des enfants qui mettent beaucoup en difficulté les soignants. Donc je pense que c'est pour ça que c'est très, très difficile à gérer en, en libéral. J pense que c'est vraiment, vraiment, à la fois des patients et des familles qui mettent en difficulté le corps soignant. Alors après c'est aussi peut être la vision qu'on en a pas qu'on a finalement les patients qu'arrivent en hospitalisation donc qui sont particulièrement lourds et qui, dont, pour lesquels la prise en charge en ambulatoire a été un échec mais c'est vraiment une pathologie très lourde.

**investigateur 2 : Ok .Merci !**

## ENTRETIEN M2

**investigateur 2 : Pouvez-vous me décrire votre exercice, fonction, où vous exercez, et depuis combien de temps ?**

M2 : Donc moi ? je suis chef de clinique en pédiatrie depuis 2 ans presque maintenant et euh... donc j'exerce dans le service de médecine pédiatrique à Clocheville.

**investigateur 2 : Racontez-moi votre dernière consultation, pour trouble du comportement alimentaire chez une personne entre 12 et 19 ans.**

M2 : Alors euh... moi mon activité fait que je ne fais pas des consultations d'enfants qui ont des troubles du comportement alimentaire c'est plus une gestion d'enfants qui sont hospitalisés euh..... donc j'ai pas vraiment de ....

**investigateur 2 : La dernière visite ?**

M2 : La dernière visite ? Alors, euh effectivement récemment on avait une enfant qui était hospitalisée pour une anorexie. Euh... nous notre rôle quand les enfants sont hospitalisés c'est surtout ben d'évaluer le retentissement somatique euh... et donc on s'efforce de quand même avoir une part dans la prise en charge euh... de ces enfants. On passe les voir de façon euh... pluri-hebdomadaire, 2 fois par semaine. Au moment des visites, on les voit comme les autres enfants. Euh... et on vérifie que sur le point de vue somatique ça se passe bien, que l'alimentation soit bien tolérée, qu'il n'y ait pas de complications ou autres. Donc en général on passe voir les, ces enfants à la visite. C'est rare ces enfants-là qu'on les examine au moment de la visite parce qu'ils ont souvent pas de plainte fonctionnelle donc si besoin, on les revoit un petit peu à part. Parce qu'en plus ce sont souvent des enfants qui ont, qui ont des troubles du comportement donc on évite de les voir quand on est 15 à passer dans la chambre. Euh... donc on n'est pas souvent amené à les examiner et on passe les voir pour discuter un petit peu de l'évolution au cours de l'hospitalisation.

**investigateur 2 : D'accord. Au niveau de sa prise en charge est-ce que donc euh...vous m'avez parlé de la prise ne charge nutritionnelle, est-ce qu'il y a d'autres aspects qui sont abordés dans le cadre de l'hospitalisation ?**

M2 : Alors il y a toute la prise en charge euh... purement pédopsychiatrique mais pour lequel nous on n'intervient pas euh... on essaie volontairement de séparer la prise en charge nutritionnelle de la prise en charge pédopsychiatrique. Donc nous évidemment on travaille avec l'équipe de pédopsy, mais notre rôle vraiment euh... en tant que pédiatre, il se limite au côté nutritionnel. C'est-à-dire, est-ce que l'enfant mange assez par la bouche tout seul. Donc on évalue ses apports et si besoin, on décide en concertation avec les pédopsychiatres de mettre une nutrition entérale.

**investigateur 2 : Comment était-elle arrivée dans votre service ?**

M2 : Alors cette enfant, comment elle est arrivée, je ne saurai même pas répondre... euh... je ne sais plus si c'était par le biais de ... ça devait être par le biais d'une consultation aux urgences.

**investigateur 2 : D'accord. Et aux urgences vous ne savez pas comment elle est arrivée ?**

M2 : Euh... non je ne, je n'ai pas le début de l'histoire en tête de cet enfant donc je ne saurai pas ....

**investigateur 2 : Est-ce qu'il y avait un courrier ou une lettre ou ... ?**

M2 : Pour l'enfant à laquelle je pense, je ne peux pas répondre.

**investigateur 2 : Son âge ? Est-ce que vous vous souvenez ?**

M2 : Euh... oui elle devait avoir 12-13 ans !

**investigateur 2 : Et son IMC d'entrée ?**

M2 : Son IMC d'entrée... euh... il était euh... il était, il était euh... je dirai aux alentours de 14

**investigateur 2 : Comment l'entourage a-t-il été présent pour cette patiente ?**

M2 : Euh... alors, c'est une question qui, qui dépend un petit peu de ce qu'on décide parce que dans la prise en charge de ces enfants, il y a souvent un contrat euh... qui est mis en place

avec l'équipe de pédopsychiatrie et euh... ben l'intervention de la famille est un petit peu dépendante du contrat. Donc les visites, les appels téléphoniques sont dépendants de ce qui est décidé dans ce contrat, donc la participation de la famille, elle dépend de ça. Euh... là en l'occurrence pour cette petite c'était une maman qui était très présente malgré les restrictions, qui étaient très euh... très demandeuse d'être auprès de sa fille qui avait un petit peu de mal à respecter le contrat mis en place.

**investigateur 2 : Euh... comment avez-vous organisé le suivi ?**

M2 : Alors, cette enfant, elle n'est pas encore complètement sortie de l'hospitalisation puisque maintenant elle est hospitalisée à la CPU. Euh... le suivi, euh... je vais parler en général pour le coup, c'est en général un suivi pédopsychiatrie et normalement on essaye d'y associer toujours une prise en charge pédiatrique, un suivi médical. Qui n'est pas forcément fait par un pédiatre, qui peut être fait par un médecin généraliste mais en général les enfants qui sortent du service, s'ils ont atteint leur objectif de poids, soit il y a un passage par la CPU pour la suite de la prise en charge de pédopsychiatrie mais dans tous les cas on demande à ce qu'il y ait un suivi nutritionnel, un suivi du poids par un médecin.

**investigateur 2 : D'accord. Et comment était-elle suivie avant de vous voir ? Avant de venir dans le service ?**

M2 : Euh... je crois qu'elle était suivie par un médecin traitant et elle devait déjà avoir une prise en charge pédopsychiatrie qui était commencée.

**investigateur 2 : Le médecin traitant c'était un médecin généraliste ou un pédiatre, est-ce que vous savez ?**

M2 : Je crois que c'était un médecin généraliste.

**investigateur 2 : Est-ce que vous avez eu un contact avec un médecin généraliste justement pour cette patiente ?**

M2 : Moi non ! Mais euh... comme on travaille en équipe, voilà moi j'ai été un petit peu impliquée pour la prise en charge de cette enfant, mais euh... j'étais pas spécialement le médecin référent de cette enfant. Donc moi non je n'ai pas eu de contact.

**investigateur 2 : D'accord. Euh... mmh qu'auriez-vous aimé comme relais à la sortie ?**

M2 : C'est-à-dire... comme relais pour ... euh ?

**investigateur 2 : Qu'est-ce qui....**

M2 : ...Pour la prise en charge de l'enfant ?

**investigateur 2 : Mouah, par exemple.**

M2 : -silence- Comme relais... c'est vrai que dans l'idéal, nous on essaie de faire un relais euh... de proximité euh... à la fois pédopsychiatrie et sans (?) on va dire. Euh... on espère que ce soit fait comme ça mais je ne suis pas sûre qu'en pratique ça se passe aussi simplement que ça.

**investigateur 2 : Vous donnez des dates de rendez-vous ? Vous donnez, vous laissez les patients gérer, la famille ?**

M2 : Alors pour ce qui est des, des, du suivi pédopsychiatrie pur moi j'vais pas, moi je ne sais pas car ce n'est pas nous qui le gérons. Après pour ce qui est du suivi somatique euh... en général euh... là je ne pense plus à cette enfant particulièrement parce que je vous dis, elle n'est pas complètement sortie encore du, de sa prise en charge euh... Mais il y a un enfant dont je me souviens, le suivi était conjoint avec le médecin généraliste qui initialement devait la revoir tous les mois pour une surveillance du poids, donc en général quand ils sortent, on insiste bien auprès des parents et de l'enfant pour qu'il y ait ce premier rendez-vous. Après, on ne peut pas imposer le suivi surtout avec un médecin libéral, c'est difficile de l'imposer, d'imposer des rendez-vous. Donc, on essaie de, d'insister sur l'importance mais, mais probablement que c'est pas toujours optimal selon euh..., selon les familles.

**investigateur 2 : Mmh, Mmh... Ils ont un courrier ou un truc quand ils sortent ?**

M2 : Oui, on envoie un courrier si on connaît le nom du médecin qui va effectivement être amené à suivre l'enfant.

**investigateur 2 : D'accord. Et vous ne le connaissez pas toujours ? Ils ont pas toujours un suivi...**

M2 : Euh... quand ils sortent... on va dire quand ils sortent du service et qu'ils sortent vraiment chez eux, si ! Quand ils sortent d'ici et qu'il y a une prise en charge à la CPU après, non ! La prise en charge somatique, on ne sait pas très bien par qui elle va être faite à ce moment-là.

**investigateur 2 : Qu'attendez-vous de la prise en charge par le médecin généraliste pour ces patients ? Avant le diagnostic et après ?**

M2 : La prise en charge par le médecin généraliste avant et après le diagnostic ?... euh... Avant le diagnostic, c'est surtout de reconnaître les signes d'appels, on va dire, pour pouvoir justement évoquer le diagnostic, pas forcément le faire parce que ce n'est pas forcément un diagnostic qu'on peut faire toujours simplement. Il y a des formes typiques mais il y a aussi des formes un petit peu qui peuvent être un petit peu plus atypiques. Ce qu'on espère c'est qu'effectivement le médecin généraliste soit capable de, ben, de détecter une perte de poids anormale chez une adolescente en générale et qu'il soit capable de repérer les éléments qui doivent l'amener à adresser cette enfant à un pédiatre, ou à demander un avis à quelqu'un d'autre ou à directement l'adresser auprès d'un pédopsy, si pour lui le diagnostic ne fait pas de doute.

**investigateur 2 : D'accord.**

M2 : Et après le diagnostic, euh... ce qu'on attend c'est que le médecin traitant soit impliqué et nous appelle, enfin, nous appelle... il demande une prise en charge hospitalière si l'enfant commence à être en danger nutritionnel, si l'IMC est très bas !

**investigateur 2 : Mmh, mmh...**

M2 : ... Ou s'il y a d'autres signes de retentissements.

**investigateur 2 : D'accord. Euh... et en général, pour d'autres patients, est-ce que vous avez des contacts justement avec les soignants, l'extérieur euh... dans le cadre de troubles du comportement alimentaires est-ce que... que ce soit un médecin généraliste, pédiatre, psychiatre euh... ?**

M2 : Euh... de façon générale ?

**investigateur 2 : Ouais, dans certains cas !**

M2 : Alors c'est vrai que le statut de chef de clinique est un peu particulier et fait que euh... on peut être sollicité pour des avis par un médecin traitant qui va nous appeler parce qu'il a dans son cabinet un enfant pour lequel il se pose des questions. Donc on peut de temps en temps être sollicité comme ça ponctuellement. Après, je ne considère pas que je sois une référente, euh... loin de là, dans le domaine. Mais c'est vrai que ces enfants, ils peuvent arriver un petit peu par plusieurs biais. Mais, ça peut être souvent une demande d'avis d'un médecin qui a déjà vu cet enfant en consultation et qui va demander, donc... après l'appel il tombe un petit peu sur n'importe quel médecin du service et ça peut être les chefs de clinique mais comme on fonctionne avec un système de médecin référent par semaine, parfois nous, on est pas directement impliqué. Donc euh... moi je ne suis pas, enfin je n'ai pas beaucoup de souvenir d'avoir été confrontée directement à cette situation de ... à cette situation.

**investigateur 2 : Et quand il vous appelle comme ça, des fois vous hospitalisez l'enfant directement ? Ou pas ?**

M2 : Euh... c'est arrivé ! C'est arrivé ! Ou alors on peut passer par l'abord en évaluation-consultation

**investigateur 2 : D'accord.**

M2 : A l'évaluation-consultation pour un petit peu plus, voir s'il y a besoin ou pas de, d'une prise en charge hospitalière

**investigateur 2 : Très bien. Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous voudriez ajouter sur ce sujet ?**

M2 : C'est vaste ! *Rires.* Euh... c'est une prise en charge qui est difficile pour nous.

**investigateur 2 : Mouais.**

M2 : Parce que (*toussotement*) après c'est pas propre forcément au troubles du comportement alimentaire, hein, c'est que les enfants qui sont hospitalisés pour des problèmes à cheval entre la pédopsychiatrie et la pédiatrie, c'est parfois un peu difficile de savoir comment on se positionne par rapport euh... à l'équipe euh... de, de pédopsychiatrie. Et puis c'est difficile parce que c'est des enfants qui se retrouvent là, hospitalisés dans un service où on a essentiellement ben des enfants de bas-âge qui sont là pour des problèmes, souvent des pathologies aiguës mais on a, ils se retrouvent avec euh... des enfants qui n'ont rien à voir dans le service. Donc on n'est pas toujours très, on est probablement pas toujours optimaux dans la prise en charge de ces enfants, parce qu'on n'a pas de structures vraiment dédiées euh... dédiées aux adolescents euh... en difficultés, que ce soit pour les troubles du comportement alimentaire ou pour les autres problèmes pédopsychiatrie qui peuvent exister à cet âge-là.

Voilà, je ne sais pas si c'était une très bonne réponse à la question mais... *rires*

**investigateur 2 : Rires. Si, si !**

## ENTRETIEN M3

**investigateur 2 Alors, pouvez-vous me décrire votre exercice ? Votre fonction, où vous exercez, depuis combien de temps vous travaillez.**

M3 : Alors j'suis externe en sixième année donc D4.euh,j'suis dans le service depuis une semaine, en médecine interne.

**investigateur 2 Est-ce que vous pouvez me raconter votre dernière euh « consultation » entre guillemets pour TCA chez une personne entre 12 et 19ans ?**

M3 : Alors euh, de, 'fin en visite, dans le service ?

**investigateur 2 Ouai par exemple.**

M3 : Bah c'matin,euh, avec l'interne. Une patiente de 18 ans. Hospitalisée pour anorexie depuis trois semaines. Euh. Donc la patiente bah c'était une visite euh journalière. On demandait si, comment ça allait. Euh. La patiente était debout à l'arrivée dans la chambre. Elle était en train de prendre sa collation, sa collation donc debout.

**investigateur 2 Ouai.**

M3 : Donc euh non-respect du contrat de poids euh qui, 'fin normalement elle est censée prendre ses collations assise.

**investigateur 2 D'accord.**

M3 : Pour pas dépenser d'énergie. Et , et autrement on a essayé de parler avec elle euh de sa sœur jumelle qui est euh...

**investigateur 2 Honhon.**

M3 : On peut parler des patients comme ça ou...?

**investigateur 2 Oui oui c'est anonyme t'inquiète**

M3 : Ouai. Donc sa sœur jumelle qui est en train de faire des études euh à Paris et elle, elle devait être avec elle aussi. 'fin elles font les mêmes études en fait. Et du coup euh elle a refusé, elle a dit clairement, je veux pas parler de ma sœur. Donc du coup on va voir avec le psy euh.

**investigateur 2 D'accord. Ok. Alor', est-ce que vous savez quelle a été sa prise en charge ? Nutritionnelle, psychologique, sociale, somatique euh, pharmaco... globalement ?**

M3 : Alors, tu veux refaire point par point...(Rire) Comme ça j'refléchi...

**investigateur 2 Ouai par exemple. Nutritionnelle.**

M3 : Alors elle est suivie par la diététicienne du service. Euh, y'a un contrat de poids du coup euh. Euh une nutrition entérale la nuit, de 500 kilocalories par jour, enfin par 24 heures. Et euh, la journée pour euh les apports alimentaires per os elle a, euh 1000 kilocalories en trois repas plus les trois collations.

**investigateur 2 D'accord. La prise en charge psychologique ?**

M3 : Euh elle est suivie par le psychiatre de liaison de l'hôpital.

**investigateur 2 hon.**

M3 : Euh hum alors plusieurs consultations. Enfin j'sais pas, j'sais pas le rythme des consultations par contre.

**investigateur 2 D'accord. Euh sociale ?**

M3 : Euh non.

**investigateur 2 Y 'en a pas**

M3 : y'en a pas...

**investigateur 2 ou tu sais pas?**

M3 : nan y'en a pas 'fin.

**investigateur 2 D'accord. Somatique ?**

M3 : Euh donc c'est par nous euh. Bah la reprise de poids. Donc le suivi nutritionnel et puis après on a fait un apport euh vitaminique 'fin.

**investigateur 2 D'accord.**

M3 : Pour les carences.

**investigateur 2 Ok. Est-ce que vous savez comment elle est arrivée euh dans l'unité ?**

M3 : Euh elle a été d'abord en clinique, hospitalisée en clinique euh. A Vontes il me semble. Je sais plus le nom de la clinique, par son médecin traitant. Puis ensuite euh, voyant que, elle reprenait pas de poids euh, elle a été hospitalisée euh en médecine.

**investigateur 2 D'accord**

M3 : et ici elle est ici pour la reprise de poids pas trop pour suivi psychiatrique.

**investigateur 2 D'accord. Euhhh le médecin traitant il l'avait déjà étiquetée euh bouh anorexique ou pas ?**

M3 : Il me semble. Oui.

**investigateur 2 Ok. Euhhh son âge, à la patiente ?**

M3 : 18

**investigateur 2 Son IMC d'entrée?**

M3 : Euh d'entrée c'est 13 quelque chose.

**investigateur 2 D'accord. Est-ce que l'entourage est...est, comment l'entourage est présent euh pour ce patient ?**

M3 : Euh donc c'est les deux parents. Euh donc euh par contre elle a les visites familiales limitées.

**investigateur 2 Hon.**

M3 : Donc c'est deux fois par semaine.

**investigateur 2 D'accord.**

M3 : Elle a une, elle a deux sœurs. Une sœur jumelle.

**investigateur 2 Euhhh. Comment avez-vous organisé le suivi ? C'est peut-être un peu tôt pour euh...**

M3 : Euh. Après la sortie ?

**investigateur 2 Ouai après la sortie ?**

M3 : Non j'crois pour l'instant euh... ok

**investigateur 2 Est- ce queeee vous avez eu un contact avec le médecin généraliste pour ce patient ?**

M3 : Euh moi non.

**investigateur 2 Et quelqu'un de l'unité a eu... ?**

M3 : Hum bah j'imagine oui puisque il a, c'est lui qu'a fait la lettre d'entrée.

**investigateur 2 D'accord. D'accord-d'accord, donc ça c'est trop tôoot. Qu'est-ce que vous attendez pour la prise en charge par le médecin généraliste pour ces patients ?**

**Avant et après le diagnostic.**

M3 : Hum pour l'étiquetage du diagnostic par exemple ? bah là ouai, savoir reconnaître euh l'anorexie euh

**investigateur 2 D'accord.**

M3 : quand il la croise au cabinet

**investigateur 2 honhon**

M3 : Et après du coup ?

**investigateur 2 Honhon.**

M3 : Une fois qu'elle est hospitalisée ?

**investigateur 2 Ouai après la sortie.**

M3 : Après la sortie. Euh savoir euh détecter les rechutes si y'en a. Et euh du coup euh, voir si euh, si le suivi psychiatrique est, est bien fait.'fin si elle va toujours voir son, 'fin savoir reconnaître les rechutes.

**investigateur 2 D'accord.**

M3 : Et l'orienter vers euh, une prise en charge adaptée.

**investigateur 2 Ok. Est-ce queee y'a quelque chose sur ce sujet queee vous voudriez ajouter ?**

M3 : Euh non là j'vois pas non (*rire*).

**investigateur 2 Ok merci beaucoup**

## ENTRETIEN M4

**investigateur 1 : pouvez vous nous décrire votre exercice ?**

M4: : d'accord, ben je suis interne en médecine interne en 4e semestre. Je sais pas si ça suffit.

**investigateur 1 : très bien, est-ce que vous pouvez me raconter votre dernière consultation ou hospitalisation pour un trouble du comportement alimentaire chez une personne entre 12 et 19 ans ?**

M4: : d'accord, alors euh, la dernière visite juste ?

**investigateur 1 : hum**

M4: : d'accord, ben c'était ce matin, alors on a une euh jeune anorexique de 18 ans, euh avec qui c'est un petit enfin, c'est une vraie comment dire anorexique typique quoi, avec qui c'est un petit peu compliqué euh parce que elle calcule tout, alors là c'était ce matin, à la dernière visite et donc effectivement on s'est rendu compte que en fait, on avait fait un contrat où euh où euh il fallait qu'elle prenne au moins 1000 calories d'alimentation euh et il fallait qu'elle prenne au moins 500g par semaine pour garder la même nutrition par voie entérale sinon on augmentait, on devait refaire le point aujourd'hui, et donc en fait on s'est rendu compte qu'elle que qu'elle calculait toutes les calories, à la calorie près pour essayer de faire pile 1000 calories et pas moins, donc c'était ce matin, et on a discuté de ça et on lui a expliqué que voilà, qu'elle arrête surtout de compter les calories euh pour pour euh enfin il fallait surtout qu'elle s'enlève cette idée de la tête de compter les calories, et qu'il fallait simplement qu'elle mange voilà donc c'était ce matin, j'ai pas l'impression que ça lui a servi à, que notre discours a été entendu mais bon.

**investigateur 1 : ben ça c'est plutôt la prise en charge nutritionnelle.**

M4: : ouais

**investigateur 1 : est-ce qu'elle a une prise en charge psychologique.**

M4: bien sûr, ben ouais par un psychiatre, un psychiatre du service euh qui passe euh il passe à peu près toutes les semaines pour les voir et justement il doit essayer de rencontrer aussi () euh la famille, les parents aussi.

**investigateur 1 : d'accord. Une prise en charge sociale ?**

M4: : hum non.

**investigateur 1 : somatique ?**

M4: : ben nutrition entérale, ben je pense que ça rentre dans le somatique.

**investigateur 1 : et pharmacologique ?**

M4: : et puis...donc y'a ça et puis une deuxième chose c'est qu'elle avait un début d'escarre quand elle est arrivée, mais ça c'est presque fini.

**investigateur 1 : d'accord, et au niveau pharmacologique ?**

M4: : et pharmacologique alors, un cycle gynécologique artificiel avec des hormones et puis si elle a des des des vitamines quoi.

**investigateur 1 : hum, comment est-ce qu'elle est arrivée en hospitalisation.**

M4: : elle a été hospitalisée 2 mois en psychiatrie à Vontes, euh pendant ces 2 mois elle a pris je crois, de 29 kg à 31 kg en 2 mois, ce qu'est pas grand chose et euh et et et en fait euh en fait ils y arrivaient pas quoi jusque là elle refusait la pose d'une sonde, puis elle a été transférée dans le service parce que finalement elle a accepté que la nutrition entérale quoi.

**investigateur 1 : est-ce que il y avait une lettre.**

M4: : oui de Vontes.

**investigateur 1 : donc quel était son IMC d'entrée ?**

M4: : euh...c'était autour de 12, mais alors exactement 13 je crois que c'est 13.

**investigateur 1 : comment est-ce que l'entourage a-t-il été présent ?**

M4: : alors euh entourage...ben les parents étaient là à l'arrivée de la patiente, euh les 2 parents euh donc voilà j'ai fait un peu la présentation de ce qu'on fait dans le service, de du contrat, de comment ça allait se passer, avec les parents et après depuis on les voit pas trop,

mais après les visites sont assez limitées, elle a que 2 visites par semaine, euh c'est vrai que je les ai pas revu depuis l'entrée.

**investigateur 1 : d'accord, comment avez-vous organisé le suivi ?**

M4: : euh ben y'a un suivi par l'équipe médicale, donc on vient tous les jours, y'à un médecin référent, qui a fait établir le contrat de poids, et c'est lui qui va prendre les grandes décisions, surtout au niveau contrat, euh puis y'à la gestion de la nutrition entérale, voilà y'a un suivi par la diététicienne, qui surtout compte les apports alimentaires et un suivi par la psychiatre, par le psychiatre

**investigateur 1 : d'accord, comment était suivi ce patient avant de venir vous voir ?**

M4: : donc en psychiatrie ! Rire

**investigateur 1 : est-ce que vous avez un contact avec un médecin généraliste pour ce patient ?**

M4: : non, avec la psychiatre en fait de Vontes, pas de médecin généraliste mais le psychiatre de Vontes.

**investigateur 1 : qu'auriez vous aimé comment relais après l'hospitalisation ?**

M4: : alors ben on hésite encore un petit peu, soit la renvoyer en psychiatrie, l'idéal ce serait qu'elle rentre chez elle parce qu'elle est surtout scolarisée et qu'elle avait commencée une école là de, une école du Louvre, et euh, donc l'idéal c'est qu'elle rentre chez elle, après on verra en fonction de d'un psychologue, sinon ce sera retour à Vontes en psychologie.

**investigateur 1 : d'accord, qu'attendez vous de la prise en charge par le médecin généraliste ?**

M4: : euh, alors là c'est un peu compliqué, parce pour l'instant notre référence c'est plus les psychiatres de Vontes.

**investigateur 1 : hum**

**mais avant le diagnostic en fait ? Avant le diagnostic de trouble du comportement alimentaire qu'est-ce que vous attendez de la prise en charge par le médecin généraliste ?**

M4: : je comprend pas trop la question.

**investigateur 1 : Qu'attendez-vous de la prise en charge par le médecin généraliste avant le diagnostic ? Avant qu'on ai fait le diagnostic du comportement alimentaire ?**

M4: : ouais.

**investigateur 1 : qu'est-ce que vous attendez comme prise en charge ?**

M4: : ben comme la prise en charge d'un enfant normal quoi !

Rire

**investigateur 1 : et après le diagnostic ?**

M4: : ah ben d'accord (rire) ben après le diagnostic, de de l'orienter dans une structure adaptée

**investigateur 1 : est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?**

M4: : euh non je crois que ça va

## ENTRETIEN M5

**investigateur 2 : Pouvez-vous me décrire votre exercice, fonction, où vous exercez, depuis combien de temps ?**

M5 : Alors je suis interne en médecine générale, 4ème semestre, à Tours.

**investigateur 2 : D'accord. Racontez-moi votre dernière euh prise en charge pour TCA chez une personne entre 12 et 19 ans.**

M5 : 19 ans. Euhh. Ba c'était une anorexie mentale restrictive, d'une jeune fille euh quelle âge elle avait... Qui devait avoir 13 ans, quelque chose comme ça. Euhh oui qui avait donc une anorexie mentale restrictive euh qui est restée longtemps dans le service, bien une semaine. Euh le temps d'arriver à son poids cible euh voilà, sur quels autres éléments tu veux...

**investigateur 2 : Euhhh quelle a été sa prise en charge ? Nutritionnelle, psy euh sociale.**

M5 : D'accord, alors au niveau de la prise en charge, ici on établit un contrat d'hospitalisation à l'arrivée. Euh. Avec définition d'un poids euh cible. Euh qui euh correspond au poids où ils sont hors de danger euh physique. Euh, pour qu'on puisse les transférer à la CPU, à la clinique psychiatrique universitaire euh pour le reste du suivi. Euh le contrat d'hospitalisation, y régit euh bien sûr les apports alimentaires. On définit le poids en dessous duquel on pose une sonde nasogastrique, où euh la perte de poids euh sur une semaine par exemple qui nous fera peser euh poser une sonde nasogastrique. Euh au niveau de la prise en charge alimentaire, ils ont un régime normal euh comme euh n'importe quel enfant hospitalisé euh par contre on peut leur proposer des compléments alimentaires euh pour les aider à prendre du poids un peu plus vite. Euh et au niveau de la prise en charge psychiatrique euh tout est décrit dans le contrat d'hospitalisation pour euh et du coup au niveau de la prise en charge psychiatrique on établit les euh en gros les règles de vie dans le service avec euh une sorte d'isolement euh avec la famille. Ils ont le droit, alors ça c'est variable en fonction des cas, c'est pour ça qu'on fait le contrat. Euh par exemple à euh une heure en salle de jeu avec les autres enfants matin et après-midi. Euh une à deux visites par semaine des parents qui dure une heure et quinze minutes de consultation du téléphone le matin et le soir. Euh ils ont le droit de recevoir des lettres 'fin on détaille vraiment tout ce dont ils ont euh besoin euh 'fin pour euh pour aller mieux quoi au niveau psychiatrique.

**investigateur 2 : Comment était-elle arrivée dans le euh dans le service ?**

M5 : Euh adressée par son médecin traitant aux urgences.

**investigateur 2 : Son médecin traitant c'était euh c'était quoi comme...**

M5 : un médecin généraliste.

**investigateur 2 : D'accord. Y'avait un courrier ?**

M5 : Y'avait un courrier. Y'avait un courrier, sachant qu'elle était déjà suivie euh en externe pour des débuts, y soupçonnait qu'y avait des troubles d'anorexie mentale. Euh et elle avait vu Dr Fillâtre en externe, une première consultation qui avait pas nécess', qui avait pas trouvé nécessaire de l'hospitaliser, il voulait continuer en externe mais les parents sont quand même venus aux urgences sur la demande du médecin traitant.

**investigateur 2 : D'accord. Euh quel était son âge ?**

M5 : (*rires*) je peux retrouver sur le DPP si t'en absolument besoin, j'me souviens de son nom.

**investigateur 2 : Nan euh. Nan c'est bon.**

M5 : J'dirai, j'dirai euh. J'dirais entre 13 et 14 ans. Quelque chose comme ça.

**investigateur 2 : D'accord son IMC ?**

M5 : Raah ! Pareil je te le retrouve sur le DPP. Euh à l'arrivée il devait être à 13 quelque chose comme ça.

**investigateur 2 : Comment l'entourage était-il présent pour cette patiente ? bien que tu m'en ai déjà un peu parlé.**

M5 : Avant l'hospitalisation ?

**investigateur 2 : Euh...Les deux.**

M5 : Ah très présents avant l'hospitalisation. Euh une mère avec un profil psychologique très particulier, très, très anxieuse euh. Euh posant énormément de questions, se souciant vraiment de sa fille avec une relation un peu fusionnelle. Euh et le père très présent aussi par rapport à sa fille mais en opposition aux soins au début. Il voulait absolument pas qu'on coupe les contacts avec sa fille. C'était très mal vécu. Euh y voulait euh quand on lui a parlé de la sonde ça lui a sorti les yeux de la tête, il voulait absolument pas qu'on pose une sonde à sa fille qui au final n'en n'a pas eu. Mais euh voilà, c'était, c'était un sujet euh vraiment de discorde entre l'équipe soignante et le père. Elle avait une sœur aussi qui était un peu moins présente, une sœur jumelle qui était un p'tit peu moins présente.

**investigateur 2 : Comment avez-vous organisé le suivi ?**

M5 : En externe ?

**investigateur 2 : Ouai.**

M5 : Et ben ensuite hum après le service ils sont transférés à la CPU.

**investigateur 2 : Hon.**

M5 : Une fois qu'ils ont atteint le poids limite et euh, et à la CPU euh donc euh d'abord y'a une visite de pré admission à la CPU quand ils s'approchent du poids limite euh et qu'on estime que dans une ou deux semaines ils vont bientôt l'atteindre. Euh où ils organisent un autre contrat d'hospitalisation pour la CPU qui est un peu plus strict au niveau relationnel quee ici. Euh où ils ont vraiment, ils sont vraiment normalement isolés de leur famille. Euh ensuite ils sont transférés à la CPU une fois le poids cible atteint et maintenu pendant une semaine. Euh et ensuite voilà c'est la CPU qui prend en charge, c'est vrai qu'on n'a pas de retour. Parfois ils reviennent dans le service, si jamais elle redescend en dessous du poids cible.

**investigateur 2 : Est-ce que vous avez eu un contact avec un médecin généraliste pour cette patiente ?**

M5 : Nan. Aucun. Alors moi j'ai pas suivi toute l'hospitalisation, y'a eu une ou deux semaines où j'étais pas, c'était pas ma patiente.

**investigateur 2 : Hon.**

M5 : Mais nan il me semble pas qu'on ait, qu'on ait eu

**investigateur 2 : D'accord**

M5 : contact avec le médecin.

**investigateur 2 : Euhh qu'est-ce que vous auriez aimé comme euh comme relai 'fin comme suite.**

M5 : Euh ben avoir ba c'est vrai que si on peut nous tenir au courant de l'évolution euh. L'évolution aussi bien psychiatrique que euh que de son poids, ça, ça pourrait être sympa de savoir un peu comment ça se passe après.

**investigateur 2 : Qu'attendez-vous de la prise en charge par le médecin généraliste pour ces patients avant le diagnostic ?**

M5 : Tu peux répéter la question.

*(rires partagés)*

**investigateur 2 : Qu'attendez-vous de la prise en charge par le médecin généraliste.**

M5 : Ouai.

**investigateur 2 : Avant le diagnostic. Pour ces patients ?**

M5 : Avant le diagnostic ?

**investigateur 2 : Honhon !**

M5 : Euhhhhh ba euh avant de faire le diagnostic euh ah euh je comprends pas bien la question

*(Rires partagés)*

M5 : C'est à dire avant qu'y aient posé le diagnostic ?

**investigateur 2 : Ouai avant que le diagnostic soit posé, qu'est-ce que t'attend euh de la part du médecin généraliste ?**

M5 : BA que euh yyyyy...

**investigateur 2 : C'est pas grave !**

M5 : Ba euh tu vois j'peux pas !

**investigateur 2 : Apres le diagnostic alors ?**

M5 : Et ben après le diagnostic y faut euh ba qu'il ait, ce serait bien que les généralistes, (*se reprend*) euh les journalistes!...les médecins généralistes aient conscience de l'IMC, des recommandations, il me semble qui est à 12-7 euh pour l'hospitalisation pasque euh et puis qu'y connaissent surtout les critères diagnostiques. Euh je pense que y'a pas mal d'anorexiques qui sont pas dépistées. Euh qu'ils connaissent les critères diagnostiques d'une anorexie mentale restrictive. Et après le diagnostic de toute façon euh.

**investigateur 2 : Et pourquoi ils seraient pas dépistés selon toi ?**

M5 : Pas qu'ils connaissent pas les critères diagnostiques. A mon avis. C'est une non information.

**investigateur 2 : D'accord. Hummmm. Y'a eu d'autres patients que t'as eu en charge qui avaient des troubles du comportement alimentaire ?**

M5 : Pas, pas bien. Que je, je, j'en ai vu quelques un mais trop rapidement j'pourrais pas trop te...

**investigateur 2 : Et est-ce que t'as d'autres choses à ajouter sur ce sujet ?**

M5 : Euhhh. Nan ba si ce n'est ça, que p't'être, ce que si serait bien c'est ouai d'informer plus les médecins généralistes sur les critères diagnostiques, les critères d'hospitalisation pasque je sais qu' y sont bien. J'ai regardé les reco, c'est bien, Honhon, bien définis donc euh c'est vrai que si y pouvaient être peu mieux formés, j'pense que y'aurait, y'en aurait plus de dépistées, peut-être plus de pris en charge.

**investigateur 2 : Et comment les informer ? Est-ce que t'as une idée de ce qu'on pourrait faire ?**

M5 : Hum .FMC.

**investigateur 2 : Hon.**

M5 : FMC ça me parait le moyen quand même le plus euh ensuite on peut toujours faire euh, même pour le grand publique en fait, des campagnes de pub pour que les parents s'aperçoivent p't'être un peu plus vite que leur fille euh ou leur fils ont des problèmes d'alimentation. C'est vrai que...L'éducation au niveau du grand publique, puis la FMC pour les, pour les médecins généralistes c'est p't'être pas mal.

**investigateur 2 : Ok. C'est bon. Merci !**

M5 : C'était pas trop nul ?

**investigateur 2 : C'était très bien**

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. LETRILLART L., BOURGEOIS I., VEGA A. , CITTEE J., LUTSMAN M.,  
Glossaire d'initiation à la recherche qualitative, Exercer volume 20 n87 74-79, et n88  
p106-112
2. Collège de la Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale : prise en charge -  
Argumentaire. In : [http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu\\_anorexie\\_mentale.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf) (page consultée le 17/02/2012)
3. Collège de la Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale : prise en charge -  
Argumentaire. In : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu\\_anorexie\\_mentale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf) (page consultée le 17/02/2012)
4. VAN SON G E., VAN HOEKEN D., VAN FURTH E F., et al. Course and outcome  
of eating disorders in a primary care-based cohort. International Journal of Eating  
Disorders, 2010, 43, p. 130-138.
5. WADE T D., BERGIN J L., TIGGEMANN M., et al. Prevalence and long-term  
course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. The Australian  
and New Zealand journal of psychiatry, 2006, 40, p. 121-128.
6. OGG E. C., MILLAR H. R., PUSZTAI E. E., et al. General Practice Consultation  
Patterns Preceding Diagnosis of Eating Disorders. International Journal of Eating  
Disorders, 1997, 22, p. 89-93.
7. WHITEHOUSE A M., COOPER P J., VIZE C V., et al. Prevalence of eating disorders  
in three Cambridge general practices: hidden and conspicuous morbidity. British  
Journal of General Practice, 1992, 42, p. 57-60.
8. JOHNSTON O., FORNAI G, CABRINI S., et al. Feasibility and acceptability of  
screening for eating disorders in primary care. Family Practice, 2007, 24, p. 511-517.
9. American Psychiatric association, DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des  
troubles mentaux. Traduction française, Paris, Masson, 1996, 1056p
10. Article R1112-34 du code de santé publique
11. HUBERT T., JOURDAN A., GODART N. Devenir de patientes hospitalisées pour  
anorexie mentale à l'adolescence. Analyse biographique des parcours de vie. 2010
12. Terence Wilson G., Shafran R., Eating disorders guidelines from NICE, The Lancet,  
volume 365, Issue 9453, pages 79-81. 2005
13. COTTON M-A., BALL C., ROBINSON P. Four Simple Questions Can Help Screen  
for Eating Disorders. Journal of General Internal Medicine, 2003, 18, p. 53-56
14. ANSTINE D., GRINENKO D., Rapid Screening for Disordered Eating in College-  
Aged Females in the Primary Care Setting. Journal of adolescent health, 2000, 26, p.  
338-342

15. KESKI-RAHKONEN A., SIHVOLA E., RAEVUORI A., et al. Reliability of Self-Reported Eating Disorders : Optimizing Population Screening. International Journal of Eating Disorders, 2006, 39, p. 754-762.
16. DENIAU A. Impact du dépistage des troubles des conduites alimentaires en soins primaires : une revue de la littérature. Thèse de doctorat en médecine. Tours. Université de Tours, 2013, 52p.
17. Organisation mondiale de la santé. Les jeunes et la santé : défi pour la société : Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur la jeunesse et la santé pour tous d'ici l'an 2000. Série de Rapports techniques, no 731. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1986. Disponible sur : [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_731\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731_fre.pdf) (page consultée le 5 octobre 2013).
18. BOUQUIER J-J, BROUCHET J, Rapport adopté lors de la session du Conseil National de l'Ordre des Médecins de Mars 1998, Existe-t-il une limite d'âge des patients dans l'exercice de la Pédiatrie ?