

2023-2024

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en médecine générale

Dispositif TCAdos et prise en charge des troubles du comportement alimentaire : enquête auprès des généralistes sarthois

BLACHERE Axelle

Née le 17 Mai 1995 à Avignon (84)

GIET Lucie

Née le 25 Avril 1996 à Angers (49)

Sous la direction de Mme le Docteur JAGOT-LACOUSSIÈRE Irène

Sous la co-direction de Mme le Professeur ANGOULVANT Cécile

Membres du jury

Pr TESSIER-CAZENEUVE Christine | Présidente

Dr JAGOT-LACOUSSIÈRE Irène | Directrice

Pr ANGOULVANT Cécile | Codirectrice

Dr RIQUIN Élise | Membre

Dr LACCOURREYE Véronique | Membre

Soutenue publiquement le :
19 Septembre 2024

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée BLACHERE Axelle
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le 26/07/2024

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée GIET Lucie
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le 26/07/2024

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrais pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :

Pr Sébastien Faure

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETTON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine

DIQUET Bertrand	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
DUBEE Vincent DUCANCELLE Alexandra	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine Médecine
DUVAL Olivier DUVERGER Philippe EVEILLARD Mathieu FAURE Sébastien FOURNIER Henri-Dominique FOUQUET Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE PEDOPSYCHIATRIE BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE ANATOMIE	Pharmacie Médecine Pharmacie Pharmacie Médecine
FURBER Alain GAGNADOUX Frédéric GOHIER Bénédicte GUARDIOLA Philippe GUILET David HAMY Antoine HENNI Samir HUNAUT-BERGER Mathilde IFRAH Norbert JEANNIN Pascale KEMPF Marie	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE CARDIOLOGIE PNEUMOLOGIE PSYCHIATRIE D'ADULTES HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION CHIMIE ANALYTIQUE CHIRURGIE GENERALE MEDECINE VASCULAIRE HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine Médecine Médecine Médecine Pharmacie Médecine Médecine Médecine Médecine
KUN-DARBOIS Daniel LACOEUILLE FRANCK LACCOURREYE Laurent LAGARCE Frédéric LANDreau Anne LARCHER Gérald LASOCKI Sigismond LEBDAI Souhil LEGENDRE Guillaume LEGRAND Erick LERMITE Emilie LEROLLE Nicolas LUNEL-FABIANI Françoise	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION IMMUNOLOGIE BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE RADIOPHARMACIE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE BIOPHARMACIE BOTANIQUE/ MYCOLOGIE BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION UROLOGIE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE RHUMATOLOGIE CHIRURGIE GENERALE REANIMATION BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine Médecine Médecine Pharmacie Médecine Pharmacie Pharmacie Pharmacie Pharmacie Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine
LUQUE PAZ Damien MARCHAIS Véronique MARTIN Ludovic	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE DERMATO-VENEREOLOGIE BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine Pharmacie Médecine
MAY-PANLOUP Pascale		Médecine

MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie- Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie- Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CANIVET Clémence	GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE	Médecine
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine

MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley-Rose	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST/MAST		
BEAUV AIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIODERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS COMMUNS

Merci aux membres du jury, de nous faire l'honneur de votre présence aujourd'hui pour juger notre travail.

A Madame le Professeur Tessier-Cazeneuve.

Merci de nous faire l'honneur de présider notre jury. Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

A Madame le Docteur Jagot-Laccoussière, merci de nous avoir proposé ce sujet et de nous avoir accompagnées dans ce travail de thèse.

Merci pour vos remarques constructives.

A Madame le Professeur Angoulvant,

Vous nous avez fait l'honneur de co-diriger notre travail de thèse et nous vous en remercions sincèrement. Merci pour vos relectures attentives et votre disponibilité.

A Madame le Docteur Laccourreye, merci de nous avoir guidé pour la création de ce sujet. Merci de juger notre travail.

A Madame le Docteur Riquin, merci de votre présence, merci de l'intérêt que vous portez à notre travail.

A tous les médecins généralistes sarthois qui ont pris le temps de participer à ce travail en répondant au questionnaire.

A la faculté de médecine d'Angers, à l'URML merci pour votre aide à la diffusion et aux relances du questionnaire.

A Marianne, merci pour ton aide à la traduction express du résumé.

REMERCIEMENTS AXELLE

Merci à mes maîtres de stage et médecins rencontrés durant toutes ces années d'étude. Merci également aux équipes paramédicales des différents services, j'ai beaucoup appris à vos côtés.

Merci aux médecins de la maison médicale de la Possonnière, en particulier au Dr Dagnicourt et au Dr Vidalenc, pour ce stage de 6ème année. Découvrir la pratique de la médecine générale avec vous m'a permis de confirmer un choix qui commençait à se dessiner.

A tous les professionnels de la maison médicale de Beaumont sur Sarthe, pour votre accueil lors de mon premier stage d'interne. Merci à mes maîtres de stage. Au Dr Gindrey, pour tout ce que tu as pu m'apprendre, pour nos nombreuses discussions, j'ai beaucoup appris à tes côtés. Au Dr Chabrerie. Michel, je sais la chance que j'ai eu d'avoir été ta dernière interne, ta façon de pratiquer la médecine générale et d'aborder la vie m'ont beaucoup apporté, je n'oublierai jamais tous tes conseils. Et j'aurai toujours une pensée pour toi en voyant un nain de jardin !

Au Dr Laffont pour m'avoir appris l'efficacité !

A mon tuteur pendant l'internat, Dr Beuvineau, pour son oreille attentive.

- A ma famille,

A mes parents. Merci pour tout, merci de m'avoir soutenu et de me soutenir encore sur tous les plans depuis le début, de m'avoir remotivé les jours où je n'y croyais plus. Merci de m'avoir cuisiné des bons petits plats ! Si je suis là aujourd'hui c'est grâce à vous, j'ai tellement de chance de vous avoir.

A mes sœurs,

Amandine, tu t'es toujours soucié de savoir si les études se passaient bien mais sans oublier de t'assurer que je prenais aussi du temps pour décompresser, j'ai de la chance d'avoir une grande sœur aussi bienveillante. A Elodie et à Alice, Martin et Simon. Vous avez tous les 5 tellement participé à cette réussite grâce aux supers moments passés en famille.

Pauline, ma Myrtille, merci d'avoir toujours été là, pour rire, m'écouter « vider mon sac » en vrai comme au téléphone, sortir, danser, chanter... Je pense que tu sais à quel point tu m'as aidé dans cette réussite ! A Baptiste, merci d'accepter ma présence fréquente depuis le début ahah et merci pour ta bonne humeur !

A mes grands-parents,

Biquette, ça y est je passe ma thèse ! Merci d'avoir toujours était soutenante et fière de moi. A Papi, je sais à quel point tu aurais été fier de « ton Docteur ».

A Mamé et Papé, pour tous ces beaux souvenirs à Méthamis.

A mes oncles, tantes et cousins, merci pour tout,

Côté Blachère, pour tous les bons moments passés à Eymet et ailleurs, pour toutes nos grandes réunions de famille. Également à mes cousins « éloignés », Delphine, Fredo, Jean Luc, Benjamin, Clémence, Esther, Paul, Pierre, Marianne, pour toutes ces belles vacances !

Côté Jacques, pour tous nos moments dans le sud.

A Damien, merci pour ton soutien, quasiment depuis le début de ces études ! Pour tous ces bons moments passés ensemble qui me rendent la vie plus belle. Nos vies professionnelles n'ont pas toujours été faciles à associer mais je suis sûre que l'avenir nous réserve tellement de belles choses. Hâte de les découvrir à tes côtés !

A la famille Desman, merci de m'avoir accueilli dans votre famille depuis le premier jour, pour votre soutien et pour tous les bons moments passés ensemble.

REMERCIEMENTS AXELLE

- A mes amis,

Ma Nia, merci pour tout. Pour tous ces moments aussi bien festifs que sportifs, pour ton écoute et ton soutien depuis toutes ces années. A Hadrien pour avoir accepté tout ça, pour ton humour et les bons moments partagés !

A Julie, pour avoir suivi même de loin mon parcours depuis le début et m'avoir tellement soutenu.

A mes amis du lycée, la TF, même si l'on s'est perdu de vue je n'oublie pas qu'au commencement de ces études compliquées vous avez été un soutien tellement important à travers ces soirées inoubliables.

Un merci particulier à Solène et Alice, pour ces 2 années de PACES, sans vous les journées auraient manqué de rires.

A Imad et Mégane pour les moments passés en week-end ou en vacances !

A ceux rencontrés au cours de ces études :

Clara, merci pour ton soutien, toutes ces heures de discussions et les chouettes moments passés ensemble. Merci à Arthur d'avoir accepté (et intégré) nos discussions de pipelettes.

A mes co-internes,

Aux urgences de Laval, merci pour votre bonne humeur, même dans les moments difficiles.

En gynéco, Nolwenn, Valentine, pour nos pauses thé/commérages, merci pour tout.

En pédiatrie, pour nos discussions autour d'un gouter.

Aux internes rencontrés au CH de Saumur : Adrien, Adèle, Clarisse, Fabian, Léa, Morgane, Nathalie, et tous les internes des urgences, merci pour ces covoiturages de folie et pour votre bonne humeur. Ce semestre a été à la fois difficile mais tellement beau grâce à vous tous !

Aux internes du PSSL, Adèle, Clara, Clémence, Marie, Marine, Maxime, Soria, Timothée, Tuan, Wonnick, merci pour ces pauses café, ces fous-rires, ces covoits et ces soirées karaokés.

En pour finir, un grand merci à toi, Lucie, ma co-thésarde, mais tellement plus que ça. Depuis notre rencontre en D1 tu as été un soutien au quotidien, tu m'as redonné confiance de nombreuses fois, mais on a aussi tellement ri, discuté... Faire cette thèse ensemble finalement c'était une suite logique après toutes ces années, merci pour tout le travail que tu as fourni, merci pour ces après-midis boulot/gouter. On va enfin pouvoir fêter cette thèse ! Mais surtout merci d'être l'amie que tu es, toujours à l'écoute et là pour moi.

Et bien sûr, merci à Rémi, chef Otto, pour tous ces bons repas post-partiel que tu nous as préparé, pour ta bonne humeur et ton esprit positif. A Louis, pour ton soutien pendant nos sessions de travail avec tes beaux sourires.

REMERCIEMENTS LUCIE

A Héloïse et Pierre, Au Dr Bauer, merci de votre accueil et votre confiance lors de mon premier stage ambulatoire.
Votre compagnonnage a confirmé ma vocation de devenir médecin généraliste.
Merci de me faire confiance encore aujourd'hui pour vos remplacements.

Aux cabinets médicaux où je réalise mes remplacements, merci de votre accueil, merci aux secrétaires pour votre aide si précieuse !

Merci à toutes les équipes médicale et paramédicales que j'ai pu croiser au cours de mon cursus, merci pour votre confiance, merci pour votre richesse de savoir qui ont permis de me construire en tant que médecin.

Merci aux nombreux patients et à leur famille pour leur confiance.

A mes amis,

A Axelle, ma co-thésarde rêvée, merci pour tous ces moments ensemble.

Merci pour toutes ces années d'études passées, depuis cette rencontre lors du stage de laboratoire !

Merci pour ce travail de thèse, pour ces allés retour au Mans, pour ces journées qui n'ont pas toujours été aussi efficaces que l'on avait prévu.
Merci pour ton soutien.

Merci d'avoir accepté ce travail en binôme, sans toi cette thèse aurait été bien moins chouette. J'ai hâte de fêter ça avec toi.

Merci pour tous ces moments passés en dehors de la fac, et aux événements à venir.

Merci à Damien, pour ta présence.

A Mélanie, merci de m'avoir accueillie dans ton service en début d'internat, merci pour tout ton savoir transmis.

Merci pour ta bienveillance, ta douceur.

Merci d'être devenue l'amie d'aujourd'hui. Merci pour ces soirées de discussion qui me font tellement de bien.

Reçois ici toute mon amitié et ma reconnaissance.

A Joris et Marine merci pour tous ces repas improvisés, merci de votre soutien si précieux pendant mes études.

Merci Martin et Joseph pour vos câlins réconfortants.

A Arthur, et Cyril, merci de vos visites régulières ! désolée pour les tenues parfois peu élégantes... Merci de votre spontanéité et de vos attentions.

A Eve et Noémie, pour votre soutien.

A Théo et Juliette, merci de vos attentions, de votre confiance. Merci à Théo de partager tes connaissances. Soyez certains de ma profonde amitié.

REMERCIEMENTS LUCIE

A Léonard et Noémie, merci pour toutes ces soirées barbecue !

A Anne-Hélène, ma première partenaire dans ces études de médecine, merci pour ces deux années de colloc', merci de ta patience et de ton soutien.

Sois fière de ta réussite !

A Marie, merci de ta présence, malgré la distance.

A ma famille,

A Laurence et Eric, merci de m'avoir accueillie dans votre famille. Merci pour votre soutien et votre confiance.

A Paul, Lucile et Georges, merci de votre présence.

A mes grands-parents, merci de votre soutien, de vos encouragements. Merci Papy pour tous les légumes ! Merci à vous trois pour votre amour.

A mon grand-père, pour avoir veillé sur moi.

A Gégé, merci de ta présence, merci de m'avoir écouté pendant ces nombreuses heures au téléphone ! Merci de ton soutien si précieux.

A Papa, A Maman, merci pour votre amour et votre soutien inconditionnel depuis toujours dans mes études. Je n'oublierai jamais tout ce que vous avez fait pour moi, surtout en PACES ! Merci d'avoir toujours cru en moi.

Sans vous, tout ce parcours n'aurait pas été possible. Mille Mercis.

A Pauline, merci d'être une grande sœur du tonnerre, merci d'avoir fait de moi une tata très heureuse.

A Julien, merci pour ton soutien et merci de supporter tous nos appels !

A Rémi, merci pour ton soutien indéfectible. Merci de m'avoir soutenu pendant toutes ces années.

Merci pour ta patience, ta bienveillance et ton humour.

Merci d'avoir supporté mes sauts d'humeur, mes crises de larmes et mes doutes.

Sois assuré de tout mon amour.

A Louis, mon rayon de soleil depuis ces neuf derniers mois. Merci pour tes sourires qui ont égayé notre travail.

Liste des abréviations

TCA	Trouble du Comportement Alimentaire
HAS	Haute Autorité de Santé
CIM 10	Classification Internationale des Maladies
DSMV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
MDA 72	Maison Départementale de l'Autonomie
CPS	Compétences Psychosociales
CSA	Centre de Soins pour Adolescents
PPEA	Pôle de Psychiatrie Enfants et Adolescents
EPSM	Établissement Public de Santé Mentale
CMP	Centre Médico-Psychologique
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CHM	Centre Hospitalier du Mans
IMC	Indice de Masse Corporelle
ELPP	Equipe de Liaison Psychiatrie Précarité
FSEF	Fondation Santé des Etudiants de France
ELSA	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
CDOM	Conseil Departemental de l'Ordre des Médecins
FFAB	Fédération Française Anorexie Boulimie
CPTS	Communauté Professionnelles Territoriales de Santé
MG	Médecin généraliste

PLAN

SERMENT D'HIPPOCRATE

INTRODUCTION

- 1. Épidémiologie**
- 2. Définition des troubles du comportement alimentaire**
- 3. Organisation de la prise en charge des TCA en Sarthe**
 - 3.1. Les acteurs
 - 3.1.1. La Maison Départementale des Adolescents de la Sarthe (MDA 72)
 - 3.1.2. Le Centre de soins pour adolescents (CSA)
 - 3.1.3. Le service des urgences pédiatriques et le service de Pédiatrie du CHM
 - 3.1.4. L'Unité pédopsychiatrique d'accueil et d'hospitalisation (UPAH)
 - 3.1.5. Le Centre Soins-Etudes Pierre Daguet – clinique FSEF Sablé-sur-Sarthe
 - 3.1.6. Le service d'addictologie Clinique Prémartine
 - 3.1.7. L'association Montjoie
 - 3.1.8. Les autres structures et lieux d'accueil
 - 3.2. Présentation du dispositif TCAdos, réseau sarthois de prise en charge des TCA

MÉTHODES

- 1. Type d'étude**
- 2. Population étudiée**
- 3. Déroulement de l'étude**
- 4. Critères de jugement**
- 5. Analyse statistique**

RÉSULTATS

- 1. Taux de réponse**
- 2. Caractéristiques des médecins interrogés**
- 3. Évaluation de la connaissance du dispositif TCAdos : objectif principal**
- 4. Prise en charge des troubles du comportement alimentaire**
 - 4.1. Selon les pratiques des médecins
 - 4.2. Selon les modalités d'exercice
- 5. Amélioration des moyens de communication et de contact du dispositif : objectifs secondaires**

DISCUSSION

- 1. Forces de l'étude**
- 2. Limites et biais de l'étude**
 - 2.1. En lien avec la population échantillonnée
 - 2.2. En lien avec l'intérêt pour le sujet
- 3. Connaissance du réseau de soin**
- 4. Les autres réseaux français**
- 5. L'établissement du diagnostic**
- 6. L'abord des TCA selon les caractéristiques du médecin généraliste**
- 7. Les attentes des médecins généralistes**

- 7.1. La disponibilité du réseau psychiatrique d'aval
- 7.2. Les réseaux de prise en charge

8. *Les pistes pour une meilleure efficacité et connaissance du dispositif*

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Dispositif TCAdos et prise en charge des troubles du comportement alimentaire : Enquête auprès des généralistes sarthois

BLACHERE Axelle et GIET Lucie

RÉPARTITION DU TRAVAIL :

- Fiche de thèse : rédaction en binôme
- Élaboration, diffusion du questionnaire : rédaction en binôme
- Base de données et présentation des graphiques des résultats : réalisation en binôme
- Analyse des résultats et rédaction de la discussion : réalisation en binôme
- Écriture et relecture de la thèse : réalisation en binôme

INTRODUCTION

1. Épidémiologie

La prévalence des troubles du comportement alimentaire (TCA) augmente en France et à travers le monde. Selon la HAS, la prévalence de l'anorexie mentale en population générale est de 0,9 à 1,5% chez les femmes et de 0,2 à 0,3% chez les hommes (1). La boulimie touche 1,5% des 11-20 ans et l'hyperphagie-boulimie 3 à 5% de la population (2). Il s'agit de pathologies touchant le plus souvent une population jeune, principalement adolescente au moment du diagnostic.

L'anorexie mentale est un trouble psychiatrique ayant un taux de mortalité très élevé. En effet la mortalité est évaluée à 5% dans les trois premières années d'évolution, mais à 10% à 10 ans et 20% à 20 ans, mortalité due aux conséquences de la dénutrition ou au suicide. (1). Ces pathologies entraînent également de nombreuses complications sur le plan somatique et psychologique. Leur prise en charge précoce est essentielle pour tenter au maximum d'en limiter les conséquences. Le médecin généraliste est bien souvent le premier contact médical de ces patients, c'est donc souvent lui qui initie la prise en charge et oriente au mieux les patients.

Les recommandations de la HAS insistent sur le rôle clé du médecin généraliste dans le dépistage et la prise en charge des TCA, notamment par le biais du suivi des enfants et adolescents (courbes de poids/taille/IMC). La HAS insiste également sur la nécessité d'une pluridisciplinarité dans la prise en charge de ces troubles, se modifiant dans le temps selon la gravité et l'évolution du trouble (1). Cependant, la recommandation reste assez large concernant l'organisation de cette pluridisciplinarité. En effet, l'organisation de la prise en charge n'est pas toujours la même selon les lieux d'exercice et le département. Elle dépend souvent de la disponibilité des professionnels du secteur et de l'organisation intrinsèque du

centre de référence. Il est nécessaire que le médecin généraliste soit formé à la prise en charge des TCA et qu'il sache à quel moment orienter le patient et vers quels professionnels, pour éviter au maximum tout retard de prise en charge.

De tous ces besoins est né en Sarthe, le dispositif TCAdos, en septembre 2019, après environ deux ans de travail collégial.

Cette création de dispositif répond à une priorité du gouvernement énoncée dans la stratégie nationale de santé (2018-2022) qui est de prévenir ou d'accompagner les TCA (3).

Parallèlement à l'édition de ces recommandations de la HAS et pour améliorer les pratiques, une enquête qualitative a été réalisée en 2015, dans le but d'identifier les activités de soins, d'enseignement et de recherche concernant les TCA. Cette dernière confirme les difficultés d'accessibilité et de soins adéquats (4).

2. Définition des troubles du comportement alimentaire

Les troubles du comportement alimentaire et de l'ingestion d'aliments sont décrits par le DSMV comme des perturbations persistantes de l'alimentation ou du comportement alimentaire entraînant un mode de consommation pathologique ou une absorption de nourriture délétère pour la santé physique ou le fonctionnement social. Les TCA se déclinent en plusieurs sous-groupes en fonction de leur développement, de leur évolution, de leur pronostic ainsi que de leur prise en charge thérapeutique.

La psychiatrie bénéficie actuellement de deux classifications principales, complémentaires : la Classification Internationale des Maladies, CIM 10, développée par l'organisation mondiale de la santé, et le DSM V, qui correspond à la dernière et cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques, publiée le 17 juin 2015 (5) (6).

Actuellement dans le domaine de la psychiatrie, le DSM V est majoritairement utilisé. Ces ouvrages permettent de définir, caractériser et identifier les spécificités cliniques et diagnostiques mais elles apportent également une aide à la pratique clinique.

La classification dans le DSM V, définit les TCA à partir de critères diagnostiques sous 6 familles différentes : PICA, mérycisme, trouble de l'alimentation avec restriction ou évitement, anorexie mentale, boulimie et accès hyperphagiques.

Au cours de l'étude, les recherches et le développement ont été axés sur les trois pathologies les plus fréquentes en situation clinique, à savoir l'anorexie mentale, la boulimie et les accès hyperphagiques.

Les trois formes syndromiques principales (anorexie mentale, boulimie et accès hyperphagiques) touchent au total près de 10% de la population (7).

Chaque trouble possède des critères diagnostiques et une prise en charge dédiée. (Annexe 1)

3. Organisation de la prise en charge des TCA en Sarthe

3.1. Les acteurs

En Sarthe, Il existe plusieurs structures offrant une prise en charge ciblée selon les besoins du patient.

3.1.1. La Maison Départementale des Adolescents de la Sarthe (MDA 72)

La MDA 72 est une structure associative pluridisciplinaire, composée de 17 professionnels de santé : une équipe de direction, des éducateur(trice)s spécialisés, des infirmier(e)s, des thérapeutes familiaux, des psychologues, un médecin psychiatre, une enseignante, des secrétaires.

Cette structure d'accueil, a pour vocation d'écouter, de prendre soin, de proposer des suivis ainsi que d'orienter.

La prise en charge est gratuite.

La MDA 72 accueille les adolescents de 11 à 21 ans, qui peuvent se présenter seuls ou accompagnés, sur rendez-vous. Les parents peuvent également accompagner l'adolescent ou venir seuls.

Elle accueille environ 2000 jeunes par an, réalisant ainsi 8000 entretiens annuels.

La MDA 72 propose, à titre d'exemple, un groupe remobilisation pour les enfants décrocheurs scolaires, un groupe théâtre, un groupe CPS (compétences psycho-sociales), des réunions avec la santé scolaire...

La richesse de cette structure est le travail en réseau, en partenariat, afin d'apporter une réponse adaptée à la demande des adolescents.

La MDA 72 se situe 14 Avenue du Général de Gaulle au Mans et assure un accueil, sur rendez-vous, les lundi, mercredi & vendredi de 9h à 18h, ainsi que les mardi & jeudi de 12h à 18h, pour les jeunes du Mans et sur sept antennes périphériques qui permettent de desservir tout le département.

Il est possible de contacter la structure par téléphone au 02.43.24.75.74 ou par mail à l'adresse secretariat@mda72.fr.

3.1.2. Le Centre de soins pour adolescents (CSA)

Le CSA est une structure de soins ambulatoires du Pôle de Psychiatrie Enfants et Adolescents (PPEA) de l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) de la Sarthe, située dans le centre-ville du Mans (rue Chanzy). Elle a pour but l'accueil, l'évaluation diagnostique et la prise en charge des patients âgés de 13 à 16 ans (parfois jusqu'à 18 ans), résidant au Mans et la couronne mancelle, présentant des difficultés psychologiques ou psychiatriques.

Elle est composée d'un centre médico-psychologique (CMP) ainsi que d'un centre d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP).

L'accueil se fait avec ou sans rendez-vous, avec une présentation au secrétariat, de 9h à 17h du lundi au vendredi (8).

La structure propose des entretiens individuels, des groupes thérapeutiques, avec pour missions l'accompagnement et la coordination des soins des adolescents avec les différents acteurs (partenaires du sanitaire, du médico-social, de l'Education Nationale, de la MDA 72).

Le principal objectif est d'éviter les ruptures de suivi et de favoriser le lien préexistant avec leur environnement de vie. Elle peut également permettre le lien entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte lorsque le jeune a atteint l'âge limite de prise en charge pédopsychiatrique.

3.1.3. Le service des urgences pédiatriques et le service de Pédiatrie du CHM

Le Centre Hospitalier du Mans (CHM) se situe 194 avenue Rubillard 72037 Le Mans.

Il est doté de services de prise en charge pédiatrique avec notamment l'accueil des urgences pédiatriques ainsi que le service de pédiatrie.

Les adolescents porteurs d'un TCA, peuvent être adressés en premier recours vers le service d'accueil de urgences pédiatriques lorsque leur état de santé devient trop précaire avec nécessité de soins ou hospitalisation rapide (notamment troubles ioniques, bradycardie ou IMC trop bas) (9).

Une évaluation médicale suivie ou non d'une évaluation psychiatrique est réalisée par l'équipe soignante (infirmier(e)s, médecins, aides soignant(e)s). Au terme de cette évaluation une hospitalisation peut être organisée ou un suivi en ambulatoire proposé.

Les patients peuvent également être hospitalisés directement dans le service de pédiatrie, soit au décours d'une évaluation première par le dispositif TCAdos, (qui sera développée ensuite), soit sur orientation de leur médecin généraliste ou autre professionnel qui encadre le TCA en ambulatoire. Au sein du service de pédiatrie, intervient le service d'Équipe de Liaison en Pédo Psychiatrie (ELPP). Ce service dépend de l'EPSM.

Par ailleurs, le dispositif TCAdos, est basé sur le service de pédiatrie avec la participation de pédiatres hospitaliers aux sessions.

Le service de pédiatrie et d'accueil des urgences est joignable via le standard du CHM : 02.43.43.43. Il existe également un numéro de ligne d'avis directe pour les médecins.

3.1.4. L'Unité pédopsychiatrique d'accueil et d'hospitalisation (UPAH)

Cette unité de soins de l'EPSM est située à Allonnes, sur le site de l'EPSM, pavillon « Les Tamaris ». Elle accueille en hospitalisation complète des jeunes patients, ayant moins de 16 ans, résidant en Sarthe et présentant des troubles psycho-pathologiques variés.

3.1.5. Le Centre Soins-Etudes Pierre Daguet – clinique FSEF Sablé-sur-Sarthe

Cette Fondation Santé des Etudiants de France (FSEF) a une double vocation, à la fois thérapeutique, pour la prise en charge des patients en phase post-aigue de troubles psychiatriques et pédagogique avec le suivi d'un programme scolaire niveau lycée. (10)

La prise en charge thérapeutique demeure primordiale et prioritaire sur les enseignements.

Elle accueille des patients âgés de 15 à 25 ans, résidant dans l'une des régions suivantes : Bretagne, Pays de Loire, Centre, Poitou-Charentes. Il est nécessaire que ces jeunes aient bénéficié d'un suivi psychiatrique régulier avant l'entrée dans le centre.

Afin de faciliter et permettre des prises en charge médicales personnalisées, chaque étudiant bénéficie d'un emploi du temps adapté.

Les cours sont dispensés par des professeurs de l'Education Nationale.

Le centre propose un cursus de lycée filière générale, technologique et bac professionnel.

Le centre est composé de :

- 10 places d'hôpital de jour (service Artemis au rez de chaussé).
- 80 lits d'hospitalisation complète destinés aux patients poursuivant leurs études dans le cadre de leur hospitalisation, répartis en 4 services.
- 15 lits d'hospitalisation d'accueil et d'apaisement (service Gala au 3^{ème} étage).

- Studios de préparation à la sortie (service Hestia au 3^{ème} étage).

3.1.6. Le service d'addictologie Clinique Prémartine

Il s'agit du pôle d'addictologie de l'EPSM. Cette structure dispose également de locaux dans le centre-ville du Mans (Rue Prémartine). Elle est composée de plusieurs services permettant des prises en charge adaptées mais également évolutives (11).

Elle est dotée d'une unité d'hospitalisation complète de 12 lits, d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) et d'un CATTP (qui sont dédiés plutôt à la prise en charge des addictions à des produits et non à celle des TCA). Il existe également une unité de soins de jour composée d'un hôpital de jour avec une capacité de 15 places. L'accueil des patients atteints de TCA est organisé un jour par semaine. Le service propose également des consultations externes.

Les jeunes patients sont pris en charge par une équipe pluridisciplinaire. Elle se compose d'une équipe médicale (psychiatre, addictologue, médecin généraliste), de secrétaires, de psychologues et neuropsychologues, d'une assistante sociale, d'un éducateur spécialisé, d'une équipe soignante (cadre de santé, infirmiers, aides-soignants) et d'agents des services hospitaliers. De façon occasionnelle, les patients bénéficient de l'intervention d'un art thérapeute.

Les prises en charge sont personnalisées et adaptées à chaque pathologie.

3.1.7. L'association MontJoie

L'association se situe 43 rue Paul Ligneul 72000 Le Mans. Elle est joignable par téléphone au 02.43.47.00.30, ou par mail accessible sur le site internet de l'association.

Cette association a plusieurs rôles (protection de l'enfance et actions en faveur de la parentalité, insertion par le logement et inclusion sociale, accompagnement des personnes souffrant d'addictions), et intervient dans 6 départements (Orne, Mayenne, Sarthe, Maine et Loire, Loire Atlantique, Vendée, Indre et Loire).

Elle travaille autour de la protection de l'enfance et mène des actions en faveur de la parentalité. Elle vise l'insertion par le logement ainsi que l'inclusion sociale. Elle mène enfin des actions de santé publique.

Cette association en Sarthe s'organise pour les enfants et adolescents sous la forme d'un dispositif Enfance Famille Sarthe (12).

Ce dispositif est composé de quatre établissements :

- EtEM : Établissement Éducatif Montjoie.
- CESM : Centre Éducatif et Scolaire Montjoie.
- EtAPES : Établissement d'Action Psycho-Educative et sociale.
- CEJM 72 : Centre Éducatif de Jour Montjoie.
- DAPPA : Dispositif d'Accompagnement Prévention et Protection Administrative.

Ainsi que d'un espace de parentalité :

- SERAFM : Service Éducatif Renforcé d'Accueil Familial Montjoie.
- EMAF : Espace de Médiation et d'Accompagnement Familial.
- Service de Soutien à la Parentalité.

3.1.8. Les autres structures et lieux d'accueil

L'ensemble des familles et des jeunes en difficulté (moins de 16 ans) sur le plan psychiatrique, peuvent trouver sur le site de l'EPSM, une cartographie des lieux d'accueil en fonction du lieu de résidence ou de l'âge du patient (plus ou moins de 16 ans) (Annexe 2).

Ainsi à l'aide du module de recherche, le patient obtient les différents lieux d'accueil, les modalités ainsi que les coordonnées des structures concernées.

3.2. Présentation du dispositif TCAdos, réseau sarthois de prise en charge des TCA

Le dispositif TCAdos est le fruit d'un travail collégial de réseau, réseau TCA Sarthe, qui réunit depuis 2013 différents professionnels de santé Sarthois mais également différentes institutions sarthoises (EPSM, CHM, MDA, Fondation Santé des étudiants de France-Centre soins études, Centre de santé universitaire, Association Montjoie, éducation nationale).

En amont de sa création, le constat a été fait qu'un grand nombre de praticiens généralistes sarthois étaient isolés et démunis dans les prises en charge des TCA et dans la gestion des familles impactées par le trouble anorexique. De ce constat est né ce dispositif permettant une coordination des acteurs de soins, avec un regroupement des compétences cliniques de ces derniers.

La création de ce dispositif est née d'un échange pluridisciplinaire entre les médecins généralistes sarthois, l'équipe de pédiatrie et l'équipe de psychiatrie du CHM.

L'écriture de ce projet a débuté en 2017 et été finalisée en novembre 2018. La mise en œuvre du projet a débuté en septembre 2019 avec diffusion et communication du travail et du dispositif par l'ARS et par les partenaires.

Le projet concerne des jeunes de 11 à 18 ans [initialement 21 ans mais élément modifié devant l'absence d'endocrinologue participant au dispositif], adressés le plus souvent par leur médecin traitant devant une suspicion de TCA.

Présentation officielle du dispositif (Annexe 3)

Les objectifs de ce dispositif novateur en Sarthe sont multiples :

Repérage précoce des TCA ;

Diagnostic des TCA ;

Organisation du parcours-patient ;

Orientation vers les structures déjà existantes grâce à une coordination pluridisciplinaire et un travail en réseau, en suivant les recommandations HAS ;

Appui aux médecins généralistes du département, via des propositions thérapeutiques et de suivi ;

Soutien aux familles en souffrance.

Les missions du dispositif TCAdos ont pour but de prendre en soin précocement les patients afin de diminuer les conséquences sanitaires et psychosociales des TCA.

L'organisation du parcours-patient s'articule selon la séquence consultation 1 (C1 à J0), consultation 2 (C2 à J14), présentation du dossier en staff (S à J21) et consultation 3 (C3 à J28). Une session dure donc un mois, au terme duquel une proposition d'accompagnement et d'orientation est présentée au patient et à sa famille.

Les consultations durent une heure. L'organisation du dispositif permet d'accueillir trois patients et leur famille par demi-journée au sein du centre hospitalier du Mans (CHM).

Les adolescents éligibles à cette prise en charge sont âgés de 11 à 18 ans.

Toutes les consultations sont réalisées en binôme associant un pédiatre et un psychiatre permettant une évaluation somatique et une évaluation psychiatrique. Le même binôme assure l'ensemble de la session de prise en charge, permettant une continuité de soins.

C1 – correspond à la première consultation avec le jeune patient adressé et ses parents, J0.

Elle permet de recueillir l'ensemble des éléments cliniques, de réaliser un examen clinique « de référence » ainsi que de rencontrer la famille du jeune patient.

Cette demi-journée de consultation peut être complétée si nécessaire par la prescription d'un bilan paraclinique, pouvant être réalisé à l'hôpital de jour de pédiatrie. Ce recours facile aux

examens paracliniques permet d'éliminer rapidement une urgence vitale (troubles ioniques, ECG).

C2 – correspond à la deuxième consultation en duo, J14

Cette consultation a de multiples objectifs. En effet, elle a pour but d'évaluer l'évolution du trouble alimentaire sur quinze jours, et de juger la stabilité ou non de ce dernier. Elle évalue également le degré de gravité.

Par ailleurs, le contexte familial est questionné et analysé afin d'estimer ou non la possibilité d'une prise en charge ambulatoire.

Elle évalue également la prise de conscience par l'adolescent du problème alimentaire, mais également la prise de conscience parentale, nécessaire pour une prise en soin efficiente.

A travers cette consultation, les équipes évaluent également la demande de soins du jeune et de ses parents et leur motivation. Par ailleurs, une étude du schéma familial avec la place de la fratrie est réalisée. Les frères et sœurs du jeune en difficulté sont régulièrement un point de soutien important.

Au cours de cette consultation, l'équipe pose le diagnostic définitif du TCA et s'entretient avec le patient ainsi que sa famille afin d'étayer des hypothèses de prises en charge.

Cette consultation permet également de questionner si nécessaire l'ensemble des confrères, ou consœurs gravitant autour du patient afin de renforcer la prise en charge globale (médecin généraliste, médecin scolaire, médecin de la santé universitaire, psychologue...).

Les praticiens récupèrent également l'ensemble du bilan paraclinique prescrit.

Le patient et sa famille sont informés de la présentation de la situation clinique lors du staff pluridisciplinaire.

S – Staff pluridisciplinaire, J21

Il correspond à un temps de réflexion, de synthèse et d'échanges entre différents membres du réseau apportant chacun des compétences dans des domaines différents et complémentaires.

Différents intervenants peuvent participer : psychologue, thérapeutes familiaux, médecin scolaire, psychiatre, pédopsychiatre, internes ou docteurs juniors (de psychiatrie, de pédiatrie ou de pédopsychiatrie). La secrétaire et le Dr JAGOT-LACOUSSIERE, référente, sont présentes de façon systématique.

Cette confraternité et pluridisciplinarité au sein de ce staff apporte une réelle richesse aux décisions d'orientation proposées aux familles.

Chaque discipline et chaque membre est présent de façon aléatoire, et en fonction des disponibilités professionnelles. Le staff réunit en moyenne entre six et huit personnes.

Les dossiers sont présentés à l'ensemble des présents par le binôme médical. Après discussion collégiale, des propositions de prise en charge et d'orientation sont décidées.

C3 – Consultation de restitution, J28

Cette consultation est réalisée par l'un des deux praticiens. Elle permet de présenter à la famille et au patient les propositions d'orientation et de prise en soins établies lors du staff pluridisciplinaire.

Suite à cette consultation, un courrier est également transmis au médecin ou professionnel de santé adresseur afin de l'informer de la prise en soin proposée.

Ce dispositif est composé de :

Médecins somaticiens : Cinq pédiatres du CHM, la participation est basée sur le volontariat avec une inscription à tour de rôle sur les sessions programmées.

Médecins psychiatres : Quatre psychiatres dont trois de l'EPSM (Établissement Public de Santé Mentale en Sarthe) et un du Centre Soins-Etudes de Sablé sur Sarthe. Ces derniers s'inscrivent également à tour de rôle.

Staff pluridisciplinaire : réunion de l'ensemble des membres du réseau TCA-Sarthe composé de psychologues, thérapeutes familiaux, interne en médecine, infirmiers, cadre de santé, médecins, secrétaire)

Au lancement du dispositif, en septembre 2019, les médecins généralistes en avaient été informés, par la diffusion de flyers par mail, regroupant les missions ainsi que les moyens de communication (Annexe 4).

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la connaissance du dispositif TCAdos par les médecins généralistes installés en Sarthe à quatre ans de la mise en place du dispositif.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer les caractéristiques de la population des médecins généralistes sollicitant le dispositif, dans l'objectif de définir des modifications éventuelles pour faciliter le contact entre les médecins généralistes et les acteurs du réseau TCAdos.

MÉTHODES

1. Type d'étude

L'étude menée était une étude quantitative, observationnelle, descriptive et transversale.

Les données ont été récoltées par l'intermédiaire d'un questionnaire diffusé par mail via le logiciel Limesurvey.

2. Population étudiée

La population concernée était l'ensemble des médecins généralistes installés en Sarthe, exerçant en ambulatoire.

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste installé, exerçant la médecine générale en Sarthe, et acceptant de participer à ce travail de thèse.

Les critères de non-inclusion étaient d'être médecin généraliste remplaçant, médecin généraliste sarthois à la retraite, interne, ou médecin généraliste non installé en Sarthe.

Le recrutement a été réalisé par le biais de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) des Pays de la Loire ainsi que de la Faculté de Santé d'Angers, auprès des médecins généralistes libéraux sarthois et des Maitres de Stage Universitaires (MSU) sarthois (libéraux et salariés).

3. Déroulement de l'étude

Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire informatisé, créé sur LimeSurvey, diffusé par mail puis anonymisé.

Il n'a pas été possible d'obtenir la diffusion du questionnaire par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) de la Sarthe.

Un premier mail explicatif avec une proposition de participation à un questionnaire de thèse a été communiqué via le secrétariat de la Faculté de santé d'Angers aux MSU Sarthois le 4 septembre 2023. Un second mail de relance a été transmis le 21 novembre 2023.

Pour compléter la liste de diffusion auprès des médecins généralistes sarthois, L'URML des Pays de Loire a été sollicitée par mail le 4 septembre. Un accord de diffusion a été envoyé le 27 octobre 2023, précisant qu'aucune relance ne serait réalisée.

Le questionnaire a également été diffusé via le site Facebook® sur les groupes de demandes de remplacements en Sarthe (auxquels adhèrent des médecins généralistes installés recherchant des remplaçants). La première diffusion a été réalisée le 18 octobre 2023, suivie d'une relance le 21 novembre 2023.

Le recueil de données a été clôturé le 31 janvier 2024 devant l'absence de nouvelles réponses.

Le questionnaire était précédé d'une introduction explicative du projet de recherche. (Annexe 5). Il était composé de 27 questions, 21 questions fermées dont 15 questions dichotomiques et 6 questions à réponses multiples.

Le questionnaire a été testé par deux médecins généralistes hors département, entraînant la modification et l'ajustement de trois questions. Le temps de réponse estimé était de trois à cinq minutes.

Ce questionnaire se composait de trois parties :

La première partie permettait de recueillir des données socio-démographiques (sexe, âge, lieu d'exercice, composition de la patientèle).

La deuxième partie interrogeait sur la rencontre des TCA au sein des consultations, ainsi que les prises en charges réalisées par les médecins généralistes (interventions seuls, aide d'autres intervenants ...).

La troisième partie interrogeait sur la connaissance du dispositif TCAdos ainsi que sur les axes possibles d'amélioration pour faciliter la sollicitation par les médecins généralistes du dispositif TCAdos.

Le questionnaire était anonyme. Les participants avaient la possibilité de transmettre leur adresse mail afin d'obtenir les résultats de ce travail. La réponse au questionnaire valait pour consentement.

Le mail explicatif (Annexe 6) et le questionnaire (Annexe 5) sont à retrouver en annexes.

4. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la connaissance du dispositif TCAdos par les médecins généralistes installés en Sarthe. Les critères de jugement secondaires étaient les

caractéristiques de la population sollicitant le dispositif, dans l'objectif de définir des modifications éventuelles pour faciliter le contact entre les médecins généralistes et les acteurs de TCAdos.

5. Analyse statistique

Le logiciel de diffusion LimeSurvey permettait de générer automatiquement la base de données. Les données ont ensuite été extraites sur le logiciel Microsoft Office Excel®.

Les calculs statistiques ont été réalisés par le biais du logiciel Microsoft Office Excel®, et avec l'aide du logiciel en ligne d'analyses statistiques BiostaTGV®.

L'analyse statistique a été divisée en deux temps. Premièrement, une description des variables qualitatives a été effectuée avec présentation sous forme d'effectifs et pourcentages.

Dans un second temps, des différences de sollicitation du dispositif ont été recherchées en fonction du genre, de l'âge, du lieu d'exercice. Cette analyse a été menée grâce au test exact de Fisher, permettant de tester l'indépendance de deux variables qualitatives. Une valeur de p inférieure à 0,05 permettait une considération significative.

Le test de Chi2 n'a pu être utilisé devant la présence d'effectifs inférieurs à 5.

RÉSULTATS

1. Taux de réponse

Le nombre exact de médecins concernés par la diffusion via la faculté de santé et l'URML n'a pas pu être précisé.

Le CDOM de Sarthe a été interrogé, afin de connaître le nombre de médecins généralistes installés. Selon leurs inscriptions, 334 médecins généralistes installés étaient répertoriés. A la clôture du questionnaire, 48 réponses étaient obtenues. A partir du nombre fourni par le CDOM, le taux de réponse a été évalué à 14,37%.

13 questionnaires ont été exclus, car ils ne répondaient pas au critère principal de l'étude. Au total 35 questionnaires ont été analysés.

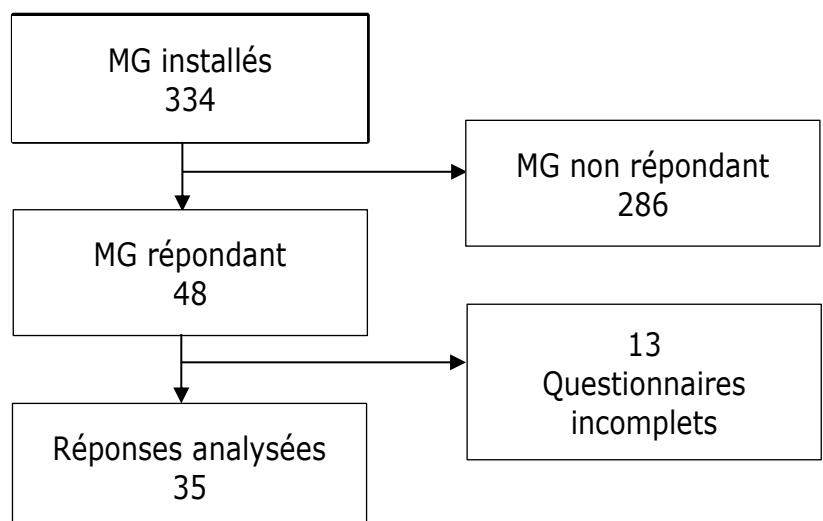


Figure 1 : Diagramme de flux

2. Caractéristiques des médecins interrogés

La plupart des médecins généralistes participants avaient un âge compris entre 30 et 39 ans (45,71%). L'âge moyen des participants était de 42,3 ans.

Les participants étaient pour la majorité des femmes (65,71%).

La moitié des médecins participants prenaient en charge une patientèle comprise entre 1000 et 1500 patients (alors que ¼ avaient plus de 1500 patients et ¼ moins de 1000 patients), et 42,86% travaillaient en milieu urbain.

	<i>Effectif (n=35)</i>	<i>%</i>
Genre		
- Féminin	23	65,71
- Masculin	12	34,29
Age		
- < 30 ans	2	5,71
- 30-39 ans	16	45,71
- 40-49 ans	9	25,71
- 50-59 ans	2	5,71
- > 60 ans	6	17,14
Patientèle (en nombre de patients)		
<1000	8	22,86
1000-1500	18	51,43
>1500	9	25,71
Mode d'exercice		
Rural (<10 000 habitants)	13	37,14
Semi-rural (10 000 – 50 000 habitants)	7	20
Urbain (>50 000)	15	42 ,86

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins répondants

3. Évaluation de la connaissance du dispositif TCAdos : objectif principal

Il apparaissait que seulement deux des participants connaissaient le dispositif TCAdos.

Des tests comparatifs dans le but d'analyser si la connaissance du dispositif variait selon les caractéristiques des médecins avaient été envisagés. Or, au vu du faible taux de réponses positives (seulement 2), ces tests n'ont pas pu être réalisés.

En se basant, uniquement, sur une connaissance par deux des médecins interrogés,

- Il apparaissait qu'une praticienne ayant sollicité le dispositif, évaluait le dispositif comme efficace avec impact positif sur la prise en charge de son patient.
- A contrario, l'autre praticienne soulignait n'avoir eu aucun retour quant à la prise en charge du patient adressé.

L'évaluation du dispositif par les médecins généralistes était sous forme de question libre. « si vous avez déjà sollicité le dispositif TCAdos, considérez-vous que cela ait amélioré la prise en charge du trouble du comportement alimentaire de votre patient ?».

La praticienne ayant évalué positivement l'efficacité du dispositif rapportait simplement que le dispositif avait amélioré sa prise en charge en répondant « oui » à la réponse, sans apporter davantage de détails.

La praticienne, quant à elle, qui n'était pas satisfaite du dispositif, l'exprimait en indiquant « pour le moment pas de retour de prise en charge ».

4. Prise en charge des troubles du comportement alimentaire

4.1. Selon les pratiques des médecins

100% des participants avaient déjà pris en charge des TCA tout sexe confondu.

La majorité des médecins répondants, prenaient en charge environ 1 à 3 patients pour TCA par an.

Après analyse des 35 réponses, il apparaissait que seuls deux médecins avaient sollicité le dispositif TCAdos

Parmi les prises en charges des TCA, il apparaissait que la prise en charge de l'anorexie mentale était prédominante (91,43%).

Seulement 11,42% des praticiens menaient la prise en charge seuls.

Les praticiens exprimaient à 82,8% une méconnaissance des outils diagnostiques, alors que seuls 22,8% d'entre eux évoquaient une difficulté au diagnostic.

Les psychologues (42,86%) et les psychiatres (34,29%) étaient les acteurs les plus sollicités par les MG devant les pédiatres (25,71%).

94,29% des médecins généralistes répondants mettaient en évidence des difficultés à solliciter le réseau psychiatrique. Parallèlement, l'aide à la prise en charge somatique semblait être plus accessible, puisqu'elle apparaissait comme difficulté pour 40% des praticiens.

Le soutien familial restait une situation délicate où les médecins se retrouvaient en difficulté dans 65% des cas.

Il apparaissait que seulement 40% des praticiens connaissaient les possibilités d'adressage d'un patient lorsqu'un diagnostic de TCA était posé.

Après réalisation d'une analyse statistique par test de Fisher, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative entre les prises en charge que le médecin soit un homme ou femme.

En résumé, les médecins généralistes prenaient de 1 à 3 patients pour TCA par an. Ils prenaient rarement en charge les patients seuls, mais ils sollicitaient régulièrement des intervenants extérieurs.

	(N=35)	%
Nombre de patients par an PEC pour TCA		
0	2	5,71%
1-3	27	77,1%
4-10	5	14,29%
>10	1	2,86%
TCA		
<i>Anorexie mentale</i>	32	91,43%
<i>Boulimie</i>	4	11,42%
<i>Hyperphagie</i>	5	14,29%
PEC seule		
<i>Oui</i>	4	11,42%
<i>Non</i>	31	88,6%
Intervenants extérieurs sollicités		
<i>Pédiatre</i>	9	25,71%
<i>Psychologue</i>	15	42,86%
<i>Psychiatre</i>	12	34,29%
<i>Diététicienne</i>	4	11,43%
<i>APA</i>	2	5,71%
<i>Psychomotricien</i>	2	5,71%
<i>Autres (Orthophoniste, CSA, thérapie familiale...)</i>	12	34,29%
Freins dans la prise en charge		
<i>Aspect chronophage de la consultation</i>	22	62,86%
<i>Méconnaissance des outils diagnostiques</i>	29	82,86%
<i>Manque de connaissance</i>	27	77,1%
<i>Sentiment d'être seul(e) dans la prise en charge</i>	29	82,86%
Cause		
<i>Carence PEC psychiatrique</i>	33	94,29%
<i>Carence dans prise en charge somatique spécialisée</i>	14	40%
<i>Difficulté de soutien familial</i>	23	65,71%
<i>Difficulté à l'établissement du diagnostic</i>	8	22,86%
Adressage spécifique pour aide à la prise en charge des TCA		
<i>Consultation TCA le Mans</i>	1	2,86%
Connaissance des autres lieux d'adressage externe pour aide à la prise en charge		
<i>Oui</i>	14	40%
<i>Maison des adolescents</i>	3	8,57%
<i>Clinique prémartine</i>	4	11,43%
<i>CSA le Mans</i>	3	8,57%
<i>Pédiatrie CHM</i>	4	11,43%

Tableau 2 : Prise en charge globale des TCA par les médecins généralistes

4.2. Selon les modalités d'exercice

Selon le mode d'exercice, il n'y avait pas de différence sur la pathologie la plus prise en charge, c'est-à-dire l'anorexie.

Concernant l'adressage, les praticiens en milieu rural, s'orientaient plus facilement vers les psychiatres et les psychologues en cas de nécessité de prise en charge pluridisciplinaire. A contrario, les praticiens exerçant en milieu urbain sollicitaient différentes professions (orthophonistes, APA, thérapie familiale...).

Cependant, en analysant les données, il n'apparaissait pas de différence statistiquement significative quant à la prise en charge selon le mode d'exercice rural ou urbain.

5. Amélioration des moyens de communication et de contact du dispositif : objectifs secondaires

11 praticiens soit 31,42% des participants avaient répondu à la question évoquant le moyen de communication le plus adéquat pour solliciter le dispositif.

Pour 38% d'entre eux, une ligne téléphonique directe d'avis serait le plus pratique. La deuxième proposition la plus mentionnée était une possibilité de demande de prise en charge de type télé-expertise par différentes plateformes existantes (31%).

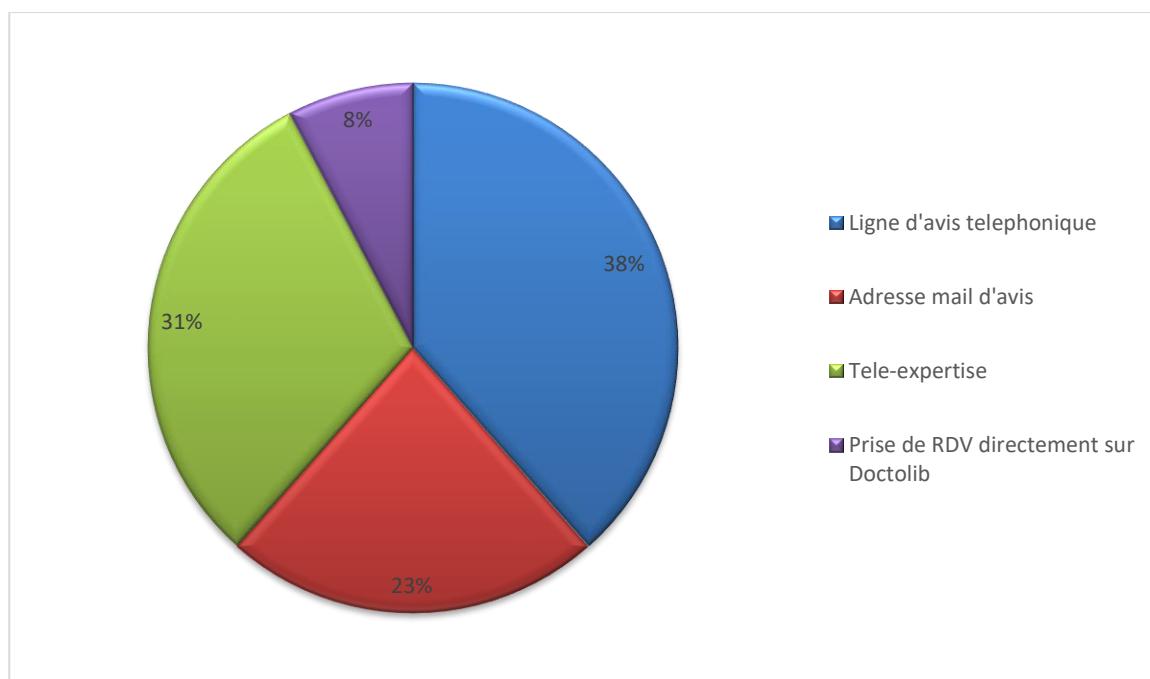


Figure 2 : Moyens de contact souhaités

De plus, en saisie libre, deux praticiens avaient mentionné des moyens de présentation du dispositif afin de connaître les rôles et les missions du dispositif. Un des praticiens demandait une rencontre en présentiel afin de présenter le réseau, un autre mentionnait la création d'une plaquette avec les détails des missions.

Aucun des participants ne mentionnait la présentation du lancement du dispositif qui avait eu lieu, à travers une rencontre présente, après invitation réalisée par envoi de flyers par mail.

DISCUSSION

1. Forces de l'étude

La principale force de l'étude est qu'il s'agit du premier travail d'évaluation du dispositif TCAdos. En se référant à la littérature nationale, il n'a pas été retrouvé de travaux sur l'évaluation d'un dispositif de prise en charge des TCA.

Au niveau régional en 2016, Le Dr Pépin Angéline(13), avait étudié « le devenir des premiers patients-élèves hospitalisés au centre Soins Études Pierre Daguet de Sablé sur Sarthe ».

Au cours de ce travail, était étudié, quatre ans après l'ouverture de ce centre dans le grand Ouest, le devenir à la fois social mais également psychiatrique des jeunes atteints de maladie psychiatrique (non restrictifs aux TCA). Les patients atteints de TCA représentaient 21,9% de l'ensemble des patients suivi dans ce cadre. Elle a pu mettre en évidence de façon statistiquement significative que les jeunes atteints de TCA étaient les jeunes les moins bien améliorés par la prise en charge, et pour qui il persistait encore des difficultés.

Ce constat est probablement lié à la complexité de la prise en charge et de l'évolution des TCA, malgré une prise en charge estimée comme optimale. Cela confirme la nécessité d'un suivi pluridisciplinaire mais également sur le long terme pour soutenir ces patients, dont le médecin généraliste est le médiateur.

Une seconde force est que cette étude est réalisée sur l'ensemble du territoire du département de la Sarthe avec une variabilité des lieux d'exercice ainsi que des modes d'exercice.

Pour s'assurer de la bonne compréhension du questionnaire, il a été testé par deux médecins généralistes hors département, puis modifié en conséquence.

Le questionnaire a été diffusé par le biais de différents canaux permettant d'optimiser le nombre de réponses. Des relances, lorsqu'elles étaient possibles, ont été réalisées afin d'obtenir un échantillon représentatif de la population médicale sarthoise.

Le taux de réponse de 14,37% des médecins généralistes sarthois est un taux acceptable puisque supérieur à 10%, même si on aurait pu espérer mieux.

2. Limites et biais de l'étude

2.1. En lien avec la population échantillonnée

Les caractéristiques de la population interrogée ne correspondaient pas à la population réelle des professions médicales en Sarthe.

D'après la publication de l'observatoire régional de la santé (ORS Pays de Loire)(15), en janvier 2022, 25% des praticiens Sarthois avaient plus de 60 ans, alors qu'ils ne représentaient que 17,14% des répondants au questionnaire. La population féminine était très représentée dans l'étude, avec 65,71% des participantes, alors que l'ORS rapporte 51% de praticiens de sexe féminin. L'âge moyen des médecins généralistes Français en 2021 était de 52 ans(14), alors que l'âge moyen dans l'étude était de 42,2 ans.

En 2022, après avoir interrogé par mail l'assurance maladie de Sarthe, un médecin généraliste sarthois, avait une patientèle déclarée de plus de 16 ans à 1200 patients. Nous n'avons pas accès aux données globales de la patientèle médecin traitant. La population répondant au questionnaire semblait être représentative puisque les praticiens ayant répondu avaient pour la majorité (74,29%) moins de 1500 patients. Cependant, la patientèle médecin traitant comptabilise l'ensemble des patients à partir de la naissance, à la différence de la déclaration médecin traitant qui est obligatoire à partir de 16 ans.

Une possibilité pour limiter ce biais aurait été d'interroger les médecins généralistes sur leur nombre de patients médecin traitant déclarés ayant un âge compris entre 11 et 18ans. Cette demande aurait pu conduire à une réticence supplémentaire à la réponse au questionnaire.

Tous ces éléments permettaient de mettre en évidence un biais de sélection dans l'étude. En effet, les caractéristiques des médecins ayant répondu au questionnaire n'étaient pas identiques à celles de l'ensemble des médecins généralistes sarthois sur la période d'étude. Le profil type des médecins répondants était des médecins femmes, plutôt jeunes (tranche d'âge moyenne entre 30 et 39 ans), ayant une patientèle médecin traitant comprise entre 1000 et 1500 patients. De ce constat, une hypothèse émise est que les jeunes femmes médecins auraient une patientèle plus jeune et/ou seraient plus sensibles à ces prises en charge à caractère psychologique. Une autre explication est le fait que dans les Pays de la Loire, 51% des praticiens sont des femmes et qu'elles correspondent à 64% des praticiens de moins de 35ans. Ainsi l'accès aux soins vers une médecin jeune semble être plus aisé, pour cette patientèle(14), pouvant permettre une meilleure disponibilité de rendez-vous rapide. Les adolescents agissent dans l'instantanéité lorsqu'ils rencontrent des besoins de consultation médicale.

Par ailleurs, comme le rapporte la HAS (1) les troubles du comportement alimentaire sont plus fréquents chez les adolescentes. Ces dernières, se sentent ainsi peut être plus à l'aise dans une relation de soins avec une praticienne féminine.

2.2. En lien avec l'intérêt pour le sujet

Un second biais de cette étude peut être la non-représentativité de la population des médecins généralistes sarthois en lien avec l'intérêt pour le sujet.

En effet, le mode de recueil se base sur le volontariat des participants, entraînant un biais de participation la majorité des médecins ayant répondu au questionnaire avaient déjà pris en

charge des patients atteints de TCA, ce qui peut engendrer probablement un intérêt particulier pour le sujet.

De plus, le conseil départemental de l'ordre des médecins a communiqué un nombre de 334 médecins généralistes inscrits. Cependant, l'ensemble de ces derniers n'exercent pas tous en la médecine générale ambulatoire. Ce facteur peut surestimer à tort le nombre de médecins généralistes concernés par le travail, et par conséquent sous-estimer le taux de participation à l'étude.

3. Connaissance du réseau de soin

On observe dans les résultats de l'étude, que seules deux praticiennes connaissaient le dispositif TCAdos.

Cependant, il apparaît que la prise en charge des TCA était majoritairement envisagée en réseau, de façon pluridisciplinaire. En effet, les médecins déclaraient en majorité ne pas prendre en charge seuls les patients atteints de TCA (88.6%). Cela relève d'une des compétences phares de la médecine générale qu'est la coordination du réseau de soins. Cependant, dans certains cas plus complexes sur le plan biopsychosocial, une coordination plus large avec un réseau plus étendu peut être nécessaire.

La question concernant la connaissance de lieux d'adressage était une question ouverte. Il en ressortait que les médecins généralistes avaient l'habitude de travailler de façon pluridisciplinaire dans les prises en charge de patients atteints de TCA. Ils ont créé leur propre réseau local. Ils sont le référent pour la coordination des différents intervenants dans la prise en charge.

La majorité des spécialités nommées dans les réponses libres, correspondaient à des spécialités présentes dans le dispositif TCAdos.

Il apparaît cependant un sentiment de solitude en médecine générale dans la prise en charge des TCA.

Il apparaît que les praticiens, en général, ne ressentaient pas de difficulté à repérer et à diagnostiquer un TCA. Les difficultés semblaient être davantage dans l'organisation de la prise en charge et du réseau de soins. La coordination des différents professionnels est essentielle dans la prise en charge des patients atteints de TCA.

Cette capacité de coordination fait partie des 6 compétences attendues d'un spécialiste en médecine générale, répertoriées au sein de la marguerite des compétences, et utilisée lors de la formation en médecine générale (16). Les médecins généralistes ont cette responsabilité de coordination du parcours de soins depuis 2004 (17) lors de la rédaction d'une circulaire sur le médecin traitant, renforcée par la loi du 21 juillet 2009 (18). La coordination nécessite la connaissance du réseau de soins primaires et secondaires et fait partie du référentiel métier du médecin généraliste (16).

4. Les autres réseaux français

Lors des recherches, il est mis en évidence que plusieurs réseaux de prise en charge des TCA existent en France. La Fédération Française d'Anorexie Boulimie (FFAB) recense au sein d'un annuaire, actualisé en 2021, l'ensemble des équipes soignantes spécialisées et dédiées à la prise en soins des TCA. Cet annuaire a bénéficié de plusieurs révisions, la première version est née en 2015, avec une révision en 2017. Au sein de cet annuaire, chaque équipe, service, centre ou réseau est présenté avec les coordonnées des professionnels responsables.

Ce dispositif permet aux professionnels de santé exposés aux TCA en consultation d'avoir des coordonnées de centres ressources de proximité afin d'aider dans les prises en soin.

Chaque centre ressource est répertorié dans cet annuaire numérique, avec les coordonnées téléphoniques, les coordonnées géographiques, mais également les professionnels de santé intervenant au sein du dispositif.

Il faut cependant noter que, concernant le département de la Sarthe, le dispositif TCAdos n'est pas référencé dans cet annuaire. En effet, seul le centre de soins études Pierre Daguet, la Clinique Prémartine et l'EPSM sont répertoriés dans la dernière version. Or, comme notifié plus haut en introduction, il existe de nombreuses autres structures accessibles pour prendre en charge les patients atteints de TCA. Il faut également souligner que le médecin généraliste n'est pas cité comme ressource alors que dans les réponses au questionnaire il est mis en évidence que plusieurs médecins généralistes ont un réseau solide pour prendre en charge de façon pluridisciplinaire les TCA en ambulatoire, à l'aide des acteurs de soins primaires que sont les diététiciens, psychologues libéraux.... Ces acteurs non cités dans l'annuaire peuvent faire évoquer un manque de connaissance et par ce fait de travail commun, entre le réseau ambulatoire/libéral et le réseau spécialisé/hospitalier.

Le dispositif TCAdos permet une structuration et l'élaboration d'une prise en charge adaptée à chaque patient. Comme évoqué précédemment, la prise en charge des TCA, doit se faire en première intention, et si cela est possible, en ambulatoire. Cependant certaines situations nécessitent une prise en charge hospitalière. Il est important que l'accompagnement des patients soit multidisciplinaire en intégrant l'ensemble des professionnels de santé dans cette prise en charge collégiale, dont le médecin traitant.

Ce travail collaboratif permet une prise en charge de qualité ainsi qu'une gestion optimale des complications.

5. L'établissement du diagnostic

En 2018, une thèse d'épidémiologie réalisée par Jean Sébastien Cadwallader, s'intéressait à la « prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires par les médecins généralistes français »(19). Il ressortait dans les résultats que les médecins généralistes éprouvaient des difficultés initialement à réaliser le diagnostic de TCA précis.

Ce dernier ne se faisait pas tant par l'utilisation d'outils standardisés (questionnaires) mais plutôt par le ressenti et l'expérience du médecin.

Ce n'est pas ce qui ressort de l'étude. En effet, les médecins généralistes ayant répondu disaient en majorité avoir une méconnaissance des outils diagnostiques (29 praticiens sur 35 réponses, soit 82,8%) alors que seuls 8 praticiens sur 35 (soit 22,8%) évoquaient une difficulté au diagnostic. Ainsi l'hypothèse est que les médecins généralistes diagnostiquaient les TCA de leurs patients en rassemblant un faisceau d'éléments en faveur et non en utilisant des questionnaires ou définitions standardisés peu applicables à la pratique de la médecine générale, mais que pour autant ils n'éprouvent pas de difficultés à réaliser ces diagnostics.

Cette notion est retrouvée dans la littérature, en effet c'est ce qui est défini comme le « gut feeling » (20). Il s'agit d'un concept néerlandais qui définit un « sentiment viscéral que l'on peut traduire par « à l'instinct ». Il fait appel à « l'intuition » du médecin, permettant de s'orienter vers un diagnostic et une prise en charge. L'objectif principal du médecin étant d'apporter une proposition de prise en charge y compris thérapeutique adaptée au patient.

Dans l'étude du Dr Cadwallader, (19) la faible prévalence des TCA dans leur patientèle était également évoquée par les médecins généralistes. Certains déclaraient ne pas avoir de prise en charge de ce type certaines années.

Cette notion est retrouvée dans une autre thèse réalisée par L. Roth « Prise en charge coordonnée de l'anorexie mentale par le médecin généraliste et le psychiatre. Étude

qualitative »(21). Elle met en évidence que les médecins généralistes suivent peu de patients atteints de TCA, environ deux par an.

On retrouve cette faible prévalence en médecine générale auprès des médecins de l'étude : 29 praticiens sur 35 répondants (82,8%) ont pris en charge moins de 3 patients souffrant de TCA sur la dernière année.

6. L'abord des TCA selon les caractéristiques du médecin généraliste

Lors de l'analyse des résultats il a été constaté que les médecins généralistes ayant le plus répondu était majoritairement des femmes entre 30 et 39 ans.

Or, il apparaît également que les freins dans la prise en charge des TCA ne sont pas modifiés que le praticien soit un homme ou une femme.

Ces constats ont conduit à réaliser des recherches sur la place des médecins femmes dans la prise en charge des TCA.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a établi en 2022, un atlas de la démographie médicale (22). Au 1er janvier 2022, les femmes représentent 52,5% des effectifs de Médecins Généralistes en activité régulière sur le plan national.

La thèse du Dr Petit Becquet de Megille (23), s'est intéressée à la relation médecin-patient en Gironde, lorsque le médecin traitant déclaré est une femme. En interrogeant les patients, il ressort de cette étude, que les qualités féminines étaient des atouts dans les prises en soin. En effet, les patients décrivaient des échanges « cordiaux », une « douceur », un coté « maternel » mais également des « compétences techniques et médicales ». Quant à ce dernier atout, il existe néanmoins une réserve, avec l'indication que ces qualités techniques ne semblaient pas liées au sexe de leur médecin généraliste. La majorité des patients écoutés au cours de cette étude rapportaient que la « capacité d'écoute » était plus importante chez les médecins généralistes femmes, associée également à une plus grande empathie.

De plus, Le Dr Petit Becquet de Mégille (23), a interrogé les patients sur l'aisance à partager des difficultés médicales en fonction des spécialités. Il en ressort que pour plusieurs patients, il est plus facile d'exprimer une difficulté psychologique, ou un mal être à une femme.

Une étude néerlandaise a également interrogé la préférence des patients en fonction du sexe des médecins généralistes (24). De façon globale, il ressort de cette étude que la majorité des patients interrogés n'éprouvent pas d'importance particulière à recevoir des soins d'un médecin homme ou femme. Cependant, lors de l'étude plus particulière des prises en charge dans cette cohorte, il ressort que les pratiques empathiques étaient plus souvent attribuées au médecin généraliste femme avec une préférence pour les patients de discuter de leurs problèmes psychologiques avec une femme plutôt qu'un homme.

En se basant sur ces constats, il ressort que les qualités d'un médecin généraliste féminin retrouvées sont en adéquation avec celles nécessaires à la prise en soin mais également au suivi des patients atteints de TCA.

Les docteurs Pichon et Ubrun, ont dans leur travail de thèse, étudié « les représentations et attentes des adolescents en médecine générale » (25). Leur travail met en évidence, que la majorité des consultations de médecine générale pour les adolescents sont des consultations pour problème de santé somatique, avec un objectif de guérison rapide et de consultation efficace. Dans ce contexte, le genre du médecin traitant apparaît comme non important. De plus, pour une partie de ces adolescents, il était difficile de décider par eux même du « style » de médecin généraliste qu'ils souhaitaient, et continuait le suivi avec le médecin de famille. Cependant, il ressort un lien de confiance ambivalent envers le médecin, puisqu'il « me connaît depuis tout petit », « il connaît mes parents », mais cette proximité ne les rend pas à l'aise pour discuter de sexualité, de difficultés psychologiques, d'addictions...

A l'évocation des problèmes psychologiques, la majorité des jeunes filles décrivent se sentir plus à l'aise pour échanger avec une médecin femme. De plus, il ressortait de ce travail que le jeune âge du médecin favorisait les échanges par identification de l'adolescent à son médecin.

Il faut d'ailleurs souligner qu'être médecin remplaçant était un critère d'exclusion de l'étude. Or, l'abord des TCA par le médecin remplaçant pourraient être intéressantes à étudier. En effet, il a été mis en évidence dans des études (notamment la thèse du Dr Ortegat en 2017 « Le médecin généraliste remplaçant a-t-il un impact sur le parcours de santé des patients ? » (26), que les patients osaient plus aborder certains sujets avec le médecin remplaçant qu'avec leur médecin généraliste. Le Dr Ortegat rapporte notamment ces deux phrases : « Un médecin remplaçant, à la limite, on va peut-être lui confier un certain nombre d'éléments que l'on hésiterait à dire au médecin traitant, par rapport à la confiance. » ; « Je me dis que des fois tu peux dire peut-être des choses que t'oses pas dire à ton médecin traitant, voilà. » (p30).

Il serait donc intéressant d'étudier l'abord des TCA par le médecin remplaçant.

De plus, ce dernier n'a probablement pas de réseau habituel autour du cabinet où il remplace (du moins au début des remplacements), ce qui pourrait amener à solliciter plus facilement les réseaux déjà en place notamment l'adressage vers le dispositif TCAdos.

7. Les attentes des médecins généralistes

7.1. La disponibilité du réseau psychiatrique d'aval

Une autre préoccupation des médecins généralistes, outre le diagnostic, est la disponibilité du réseau psychiatrique d'aval pour permettre de prendre en charge au mieux le patient. En effet, les TCA nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée.

On retrouvait cette notion dans l'étude. 29 médecins sur 35 (soit 82.86 %) avaient le sentiment d'être seuls dans la prise en charge. De plus, 33 sur 35 répondants (soit 94.29%) notaient des difficultés pour adresser leurs patients pour une prise en charge dans le réseau psychiatrique. Cette notion est également retrouvée dans un article publié en 2021 qui étudiait les « Freins à l'abord des troubles du comportement alimentaire en médecine générale » (27). Les médecins évoquaient une « formation inadaptée » à la prise en charge des TCA avec un « manque de compétence ressenti en communication et psychologie ».

Cette absence de difficultés par un bagage de connaissances solides, était cependant nuancée dans le travail de thèse réalisé par L. Roth (21). En effet, dans cette étude, les médecins généralistes décrivaient, lors des entretiens, manquer de connaissances au sujet des TCA, avec la crainte même de passer à côté du diagnostic. Par ailleurs, les psychiatres mettaient également en évidence les difficultés de diagnostic par les médecins généralistes.

Cette différence, pouvait s'expliquer par le nombre de consultations et l'exposition à ces pathologies moins fréquentes chez les MG, ainsi que par la formation à la prise en charge de cette pathologie différente dans les deux spécialités. En effet, comme évoqué plus haut dans la discussion, devant la multiplicité des motifs de consultations et les pathologies variées, le médecin généraliste ne prend en charge qu'un à trois patients porteurs d'un TCA par an. Au contraire, le psychiatre a une fréquence de consultations beaucoup plus élevée, lui apportant une aisance diagnostique et thérapeutique.

Cette difficulté était également retrouvée dans l'article de Camille Levêque, Jennifer Boyer et Philippe Castera (27), certains médecins évoquant un manque de ressources : « les psychologues sont... devraient être là pour effectivement nous aider mais bon, ici, sur le secteur, on est un peu démunis ».

Dans les réponses au questionnaire, il ressortait que les médecins ruraux avaient plus l'habitude de réaliser l'accompagnement psychiatrique seul, sans que ce résultat soit significatif.

Cependant, la demande de ligne d'avis afin de joindre les psychiatres de façon plus aisée montre un désir des médecins de rompre ce sentiment de solitude dans les prises en charge des TCA, et leur souhait d'avoir un contact direct pour échanger avec le psychiatre sur certaines situations.

Le médecin généraliste étant en première ligne de diagnostic et de dépistage il lui revient fréquemment le rôle d'évoquer un diagnostic. Il est également un maillon indispensable dans la coordination des soins avec les autres professionnels de santé. Il est identifié en population générale "comme le professionnel le plus consulté en cas de problème psychologique 58% de la population adulte » (28). Lors de la prise en charge de maladies psychiatriques le médecin généraliste a un rôle primordial dans la gestion de la stabilité de ces maladies mais également dans la gestion des complications somatiques en lien avec ces pathologies. Dans ce contexte, une coordination est nécessaire entre le médecin généraliste et les autres intervenants autour du patient.

Cette coordination entre les somaticiens et les psychiatres mais également entre le réseau de ville et l'hôpital n'est pas aisée. Comme le mentionne la HAS dans son guide élaboré en 2018 sur la « coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux » (28), la coordination est difficile par manque de moyens de communication mais également sur une méconnaissance des réseaux disponibles.

A travers son guide, la HAS reprend les maillons essentiels d'un travail coordonné qui fonctionne, en évoquant les moyens de communication et notamment la création de compte rendu de consultation de façon plus systématique par les psychiatres, la mise en place de façon

régulière de groupe d'échange des pratiques, de staffs cliniques... Ces réunions sont à la fois pertinentes tant sur le plan diagnostic, sur l'accompagnement mais également sur le plan relationnel afin de rencontrer les autres membres impliqués dans la prise en charge du patient. Cependant, la limite reste la difficulté à mettre en place ces réunions qui restent chronophages. Elle rappelle également, l'obligation des lettres de liaison ville-hôpital lors d'une hospitalisation en psychiatrie ou aux urgences.

Riche d'outils et d'aide pour la coordination, ce guide de la HAS devrait permettre une amélioration de la coordination, mais nécessitant une adaptation de pratiques de chacun des partenaires.

Tous ces éléments montrent l'importance d'un dispositif comme le TCAdos. Ce réseau permet de répondre à plusieurs problématiques évoquées ci-dessus : prendre en charge précocement le patient suite au diagnostic effectué par le médecin généraliste (qui serait moins dans la crainte de ne pas pouvoir proposer une prise en charge adaptée à son patient suite au diagnostic) et démarrer une prise en charge coordonnée entre le médecin généraliste et les autres membres du réseau.

7.2. Les réseaux de prise en charge

L. Roth (21) avait également questionné les médecins généralistes sur leurs éventuelles difficultés dans la prise en charge des TCA. A la phase initiale de la prise en charge, un certain nombre de médecins généralistes ne rapportaient pas de difficultés, alors que par la suite, ils jugeaient ces prises en charge « difficiles », « galères ».

Cette difficulté était majoritairement en lien avec l'accès compliqué au réseau psychiatrique comme développé ci-dessus.

Parallèlement à cette plainte de difficulté d'accès, il apparaissait que le réseau de soins spécialisés des TCA en Alsace, via le dispositif ARTTA (Association réseau des thérapies des troubles alimentaires), n'était pas connu des médecins généralistes.

Ce constat est similaire à celui mis en lumière au cours de l'étude, avec une méconnaissance du dispositif TCAdos.

En ce qui concerne le dispositif ARTTA, les médecins interrogés, demandaient qu'un interlocuteur identifié (psychiatre) soit plus clairement défini, afin de réduire le flou d'adressage.

ARTTA bénéficie d'un site internet accessible par le grand public. Il est possible de contacter ce dernier soit par un formulaire, ou directement par téléphone (deux numéros), disponibles sur la page internet. Les médecins référents sont mentionnés dans une rubrique dédiée, en fonction de leur site géographique, avec l'ensemble des coordonnées permettant de les contacter (secrétariat).

De plus, ce site, présente les TCA, notamment l'anorexie mentale et la boulimie par le biais d'une courte vidéo et d'un diaporama, accompagnés des définitions des différents TCA.

Il propose des groupes d'échanges et de soutien en distanciel pour les personnes atteintes de TCA mais également pour les parents.

Le site de la FFAB (29) regroupe toutes les actualités concernant la prise en charge et l'accompagnement des troubles anorexiques et boulimiques au niveau national. Grâce au moteur de recherche présent, il est possible pour les médecins généralistes, mais également pour les proches d'un patient de se renseigner sur les structures à proximité assurant la prise en charge.

Ce site, restant peu connu, est accessible librement, et ne prévoit pas d'accès priorisé aux professionnels de santé.

Par ailleurs, les actualités sont régulièrement mises à jour, avec la présentation de rencontres ou séminaires.

Cependant, la carte et le listing des centres référents ne sont pas toujours réactualisés. En effet, la dernière carte disponible date de 2021 (29). Le dispositif TCAdos n'est donc pas recensé dans cet annuaire. Il serait nécessaire et intéressant de se rapprocher des modérateurs de la fédération afin de pouvoir y inscrire les coordonnées en tant que dispositif référent sarthois.

8. Les pistes pour une meilleure efficacité et connaissance du dispositif

Concernant le moyen de communication le plus adéquat pour solliciter le dispositif, il ressortait que certains praticiens souhaitaient une information sur le dispositif TCAdos et ses rôles et missions. Rappelons qu'une plaquette explicative avait été diffusée à la création du dispositif (annexe IV). Aucun MG répondant n'a évoqué cette plaquette, une rediffusion auprès des médecins généralistes serait peut-être à envisager, en utilisant les mêmes listes de diffusion que celles utilisées pour ce travail de thèse (URML, Faculté de Santé, ainsi que via le site Facebook®) ou par le CDOM. En effet, les processus d'encodage des informations étant basés sur la répétition(30) la diffusion unique par un seul procédé n'a probablement pas permis aux MG de s'imprégner de l'information communiquée par la plaquette.

Une ligne téléphonique directe d'avis a été évoquée par 38% des répondants. Il s'agit là certainement d'une autre demande des médecins généralistes ne répondant pas au rôle actuel du dispositif TCAdos mais avec peut-être une extension à envisager. En effet, ce besoin de réponse par ligne d'avis, et donc d'avis ponctuel et rapide, répond certainement plus à la demande de médecins généralistes ayant déjà un réseau de soin de proximité avec lequel ils ont l'habitude de travailler mais qui souhaitent un avis ponctuel pour orienter leur prise en charge. Dans ce contexte, la création d'une téléexpertise semblerait pertinente et adaptée.

En revanche, le dispositif TCAdos répond à des situations plus complexes où une prise en charge globale du jeune et de sa famille est nécessaire pour faire émerger une demande et une démarche de soins.

La présentation du dispositif a bien montré l'investissement nécessaire de la part des équipes. Les demandes des MG de téléexpertise demanderaient un investissement supplémentaire de la part du réseau. La possibilité de sa réalisation reste à évaluer en termes de moyens humains et financiers.

Aujourd'hui les demandes de téléexpertises notamment par les « GCS esanté » sont de plus en plus développées dans le département de la Sarthe (31). En effet en 2023, 79% des médecins libéraux de Sarthe étaient inscrits sur la plateforme régionale de télésanté.

Par ailleurs, comme constaté dans l'étude, 57,14% des praticiens ayant participé à notre étude et prenant en charge de façon régulière les TCA, travaillaient en zone rurale ou semi-urbaine. Cela signifie que les besoins sont également en périphérie du Mans.

Il apparaît que les difficultés dans les prises en charge des TCA touchent essentiellement les situations intermédiaires. En effet, les TCA sévères qui nécessitent une prise en charge hospitalière n'exposent pas le praticien ambulatoire à des difficultés, puisque le suivi est organisé lors des hospitalisations avec un réseau bien coordonné.

Les situations intermédiaires, c'est-à-dire les TCA dont le diagnostic est réalisé en ambulatoire et qui ne requièrent pas une prise en charge hospitalière, sont quant à elles plus difficiles devant le peu de moyens financiers et humains à disposition. En effet, le dispositif « Mon soutien psy » mis en place par l'assurance maladie permet le remboursement de douze séances auprès d'un psychologue libéral conventionné. En dehors de cela, les séances chez un psychologue ne sont pas remboursées. Par ailleurs, l'accompagnement par des diététiciennes

peut bénéficier d'une prise en charge de quelques séances par certaines mutuelles. A contrario, les séances éducateurs APA ne sont pas éligibles à une prise en charge actuellement.

Depuis quelques années, les soins primaires s'organisent avec la création de structures types Communauté Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) permettant la mise en place de projets de coordination ville-hôpital et notamment sur la prise en charge de la santé mentale dont les TCA (32).

La CPTS du 72 nommée « CPTS le Mans Agglo » écrit et met à jour de façon régulière son projet de santé permettant la coordination des soins, permettant de répondre aux enjeux de santé sur leur territoire. Ainsi, le dispositif TCAdos s'inscrivaient dans ce projet de soins avec pour objectif principal la coordination des différents partenaires de soins libéraux ou hospitalier dans la prise en charge et l'accompagnement des TCA.

De façon plus hospitalière, le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du 72, a inscrit dans son projet médico-soignant partagé la volonté de coordonner le parcours de soins des TCA de façon pluridisciplinaire. Le projet reste peu détaillé, notamment sur le lien ville-hôpital (33).

Afin de répondre à cette demande de diagnostic et d'aide à la prise en charge, le centre-soins études de Sablé-sur-Sarthe envisage la création d'un dispositif, indépendant du dispositif TCAdos. L'objectif de ce projet est de pouvoir accueillir les patients adressés par leur médecin traitant ou par un professionnel de santé afin d'établir également le diagnostic et proposer une prise en charge. La prise en charge pourrait intégrer ou non le centre soins-études. Une prise en charge uniquement en hôpital de jour pourrait être proposée. L'orientation vers des modules de consultations externes est également une possibilité.

Ce projet, répondrait à un véritable besoin au sein de ce bassin de population.

CONCLUSION

Malheureusement cette étude montre que seuls deux médecins sur trente-cinq ayant répondu (soit 5,7%) avaient connaissance du dispositif TCAdos mis en place en 2019.

Cependant ce travail a permis de recueillir les habitudes de prise en charge des patients atteints d'un TCA par les médecins généralistes sarthois. Les MG n'éprouvaient pas de difficultés sur le repérage et le diagnostic des TCA. Ils avaient également un réseau pluriprofessionnel en soins primaires qu'ils sollicitent pour prendre en charge de façon coordonnée les patients atteints de TCA.

Ils soulignaient des difficultés de communication et d'accès au réseau d'adressage secondaire (notamment pour la prise en charge psychiatrique) pour les situations complexes qui le nécessitent. Le dispositif TCAdos pourrait être une aide pour la prise en charge de ces situations complexes en facilitant le lien entre le réseau de soins primaires et le réseau hospitalier.

En effet, le médecin généraliste étant le référent concernant les soins primaires, il pourra dans ces situations bénéficier de l'appui du dispositif TCAdos qui a une bonne connaissance des structures de prise en soins spécialisées, la prise en charge des TCA nécessitant une articulation entre les différents intervenants.

Une autre piste évoquée par les MG pour faciliter cette communication serait la mise en place d'une ligne d'avis téléphonique ou via une plateforme de télé-expertise pour avoir un accès simplifié avec les spécialistes ne faisant pas partie de leur réseau primaire.

BIBLIOGRAPHIE

Références bibliographiques numérotées dans l'ordre d'apparition dans le texte, selon le modèle correspondant à la revue visée, ou, à défaut, selon les règles de Vancouver.

1. reco_anorexie_mentale.pdf [Internet]. [cité 30 janv 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf
2. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 27 mai 2024]. Boulimie et hyperphagie boulimique : Repérage et éléments généraux de prise en charge. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2581436/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-reperage-et-elements-generaux-de-prise-en-charge
3. La stratégie nationale de santé 2018-2022 - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 9 oct 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
4. Guide_Souffrance_psy_Enfant_ado_2014.pdf [Internet]. [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Souffrance_psy_Enfant_ado_2014.pdf
5. ICD-10 Version:2008 [Internet]. [cité 3 oct 2022]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr>
6. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
7. Grigioni S, Déchelotte P. Épidémiologie et évolution des troubles du comportement alimentaire. Médecine Nutr. 2012;48(1):28-32.
8. Triptyque-CSA-Version-2022.pdf [Internet]. [cité 7 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.epsm-sarthe.fr/wp-content/uploads/2023/07/Triptyque-CSA-Version-2022.pdf>
9. fs_anorexie_3_cdp_300910.pdf [Internet]. [cité 27 mai 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/fs_anorexie_3_cdp_300910.pdf
10. FSEF_Plaquette_de_présentation_de_la_Clinique.pdf [Internet]. [cité 8 mars 2024]. Disponible sur: https://www.fsef.net/images/etablissements/martiniere/FSEF_Plaquette_de_pr%C3%A9sentation_de_la_Clinique.pdf
11. Triptyque-Premartine.pdf [Internet]. [cité 7 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.epsm-sarthe.fr/wp-content/uploads/2023/06/Triptyque-Premartine.pdf>

12. doc_instit.pdf [Internet]. [cité 27 mai 2024]. Disponible sur: https://www.montjoie.asso.fr/uploads/doc%20institutionnels/doc_instit.pdf
13. Angéline - 1986 - ETUDE SUR LE DEVENIR DES PREMIERS PATIENTS-ELEVES .pdf [Internet]. [cité 16 mars 2024]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20117166/2016MCEM5218/fichier/5218F.pdf>
14. Panorama des médecins concernés [Internet]. [cité 31 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/mainet-loire/medecin/negociations-conventionnelles/les-negociations-en-pratique/panorama-medecins-concernes>
15. 2023_#42_MEDECINS.pdf [Internet]. [cité 31 janv 2024]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2023_PDF/2023_%2342_MEDECINS.pdf
16. Referentiel_Metier_et_Competences_MG.pdf [Internet]. [cité 23 août 2024]. Disponible sur: https://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel_Metier_et_Competences_MG.pdf
17. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1). 2004-810 août 13, 2004.
18. Article 36 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 23 août 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879483
19. Cadwallader JS. TCA-MG: Prise en charge des patients atteints de troubles des conduites alimentaires par les médecins généralistes français.
20. Pavageau S, Bredillet AS, Lopez A, Glondu-lassis M. La tolérance à l'incertitude lors d'une prise de décision est une compétence complexe du médecin généraliste:Métasynthèse qualitative. Exercer. sept 2023;(195):312-21.
21. 2021_ROTH_Laure.pdf [Internet]. [cité 14 févr 2024]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2021/2021_ROTH_Laure.pdf
22. Arnault - ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.pdf [Internet]. [cité 16 mars 2024]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf
23. Id - Femmes médecins généralistes et relation médecin-p.pdf [Internet]. [cité 16 mars 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02513307/document>
24. Schreuder MM, Peters L, Bhogal-Statham MJ, Meens T, Roeters van Lennep JE. [Male or female general

practitioner; do patients have a preference?]. Ned Tijdschr Geneeskd. 14 janv 2019;163:D3146.

25. Pichon L, Ubrun A. Représentations et attentes des adolescents en consultation de médecine générale. 3 mars 2023;22.
26. document.pdf [Internet]. [cité 24 mars 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01938884/document>
27. Lévêque C, Boyer J, Castera P. Freins à l'abord des troubles du comportement alimentaire en médecine générale. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr [Internet]. 1 sept 2021 [cité 9 oct 2022]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448721002420>
28. guide_coordination_mg_psy.pdf [Internet]. [cité 19 août 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf
29. Annuaire 2021 [Internet]. [cité 14 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ffab.fr/trouver-de-l-aide/annuaire-2021-carteseule>
30. Gerbier É, Koenig O. Comment les intervalles temporels entre les répétitions d'une information en influencent-ils la mémorisation ? Revue théorique des effets de pratique distribuée. L'Année Psychol. 2015;115(3):435-62.
31. Rochois MP. Directeur Territorial DT ARS 72. [Internet]. [cité 19 août 2024]. Disponible sur: <https://www.esante-paysdelaloire.fr/media-files/4592/pleniere-le-numerique-en-sante-en-sarthe-12-oct.-2023.pdf> p.32
32. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. 2024 [cité 19 août 2024]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>
33. 2024-pmsp-2023-2028-vdef-synthese.pdf [Internet]. [cité 19 août 2024]. Disponible sur: <https://www.ch-lemans.fr/media/2024-pmsp-2023-2028-vdef-synthese.pdf>
34. Masson E. EM-Consulte. [cité 23 juin 2022]. Prévalence des troubles du comportement alimentaire dans une population pédiatrique en Seine Maritime : étude PEDIANUT. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1439825/prevalence-des-troubles-du-comportement-alimentair>
35. Inserm [Internet]. [cité 3 oct 2022]. Anorexie mentale · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/anorexie-mentale/>

36. reco2clics_-_anorexie_-mentale.pdf [Internet]. [cité 12 déc 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_-mentale.pdf
37. reco_anorexie_mentale.pdf [Internet]. [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf
38. Medicalcul - Questionnaire SCOFF ~ Psychiatrie [Internet]. [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: <http://medicalcul.free.fr/scoff.html>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux 18

Figure 2 : Moyens de contact souhaités 24

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins répondants 19

Tableau 2 : Prise en charge globale des TCA par les médecins généralistes 22

Tableau 3 : Evolution diagnostique des troubles du comportement alimentaire... II (Annexes)

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE.....	C
INTRODUCTION	2
1. Épidémiologie.....	2
2. Définition des troubles du comportement alimentaire	3
3. Organisation de la prise en charge des TCA en Sarthe	4
3.1. Les acteurs.....	4
3.1.1. La Maison Départementale des Adolescents de la Sarthe (MDA 72)	4
3.1.2. Le Centre de soins pour adolescents (CSA)	5
3.1.3. Le service des urgences pédiatriques et le service de Pédiatrie du CHM	6
3.1.4. L'Unité pédopsychiatrique d'accueil et d'hospitalisation (UPAH)	7
3.1.5. Le Centre Soins-Etudes Pierre Daguet – clinique FSEF Sablé-sur-Sarthe	7
3.1.6. Le service d'addictologie Clinique Prémartine	8
3.1.7. L'association MontJoie	8
3.1.8. Les autres structures et lieux d'accueil	9
3.2. Présentation du dispositif TCAdos, réseau sarthois de prise en charge des TCA.....	10
MÉTHODES	14
1. Type d'étude	14
2. Population étudiée	14
3. Déroulement de l'étude.....	15
4. Critères de jugement	16
5. Analyse statistique.....	17
RÉSULTATS	18
1. Taux de réponse.....	18
2. Caractéristiques des médecins interrogés	18
3. Évaluation de la connaissance du dispositif TCAdos : objectif principal	19
4. Prise en charge des troubles du comportement alimentaire	20
4.1. Selon les pratiques des médecins	20
4.2. Selon les modalités d'exercice	23
5. Amélioration des moyens de communication et de contact du dispositif : objectifs secondaires	24
DISCUSSION	25
1. Forces de l'étude.....	25
2. Limites et biais de l'étude	26
2.1. En lien avec la population échantillonnée	26
2.2. En lien avec l'intérêt pour le sujet	27
3. Connaissance du réseau de soin	28
4. Les autres réseaux français	29
5. L'établissement du diagnostic	31
6. L'abord des TCA selon les caractéristiques du médecin généraliste.....	32
7. Les attentes des médecins généralistes	34

7.1.	La disponibilité du réseau psychiatrique d'aval	34
7.2.	Les réseaux de prise en charge.....	37
8.	Les pistes pour une meilleure efficacité et connaissance du dispositif	39
LISTE DES FIGURES	47	
LISTE DES TABLEAUX.....	47	
TABLE DES MATIERES	48	
ANNEXES.....	I	

ANNEXES

Annexe 1 : Critères diagnostiques des troubles du comportement alimentaire :

1. Anorexie mentale

L'anorexie mentale est une pathologie rare mais grave nécessitant un encadrement et une prise en charge structurée. Une revue systématique de littérature réalisée de 2000 à 2018, regroupant 94 études sur la prévalence des TCA, met en évidence une augmentation des troubles du comportement alimentaires : la prévalence tous TCA confondus en population générale est passée de 3,5% entre 2000 et 2006 à 7,8% entre 2013 et 2018. (34)

L'anorexie mentale est une pathologie évoluant le plus souvent après la puberté. L'âge moyen de début du trouble est 17 ans, avec une majorité des diagnostics évoluant entre 14 et 18 ans.

Selon la HAS en 2010, la prévalence chez les femmes en population générale serait de 0,9% à 1,5%, pathologie plus rare chez les hommes avec une prévalence autour de 0,25% à 0,30%.

L'anorexie mentale se caractérise par la gravité potentielle de son pronostic et de son évolution.

Les complications potentielles de ce trouble se déclinent en 3 grands types de présentation : (9)

- . Risque de décès (passage à l'acte suicidaire, complications somatiques) : dans l'anorexie, il existe une mortalité 5 fois plus importante qu'en population générale, avec un taux évoluant entre 0,3 à 1% (3). Selon l'INSERM, le taux de suicide associé à l'anorexie serait le plus important de toutes les pathologies psychiatriques (35)
- . Risque de complications somatiques et psychiques nombreuses
- . Risque de chronicité, de rechute et de désinsertion sociale

Les critères diagnostiques de l'anorexie mentale ont largement évolué au cours de l'histoire de la médecine. Le tableau 1 reprend les principales évolutions diagnostiques depuis le DSM III publié en 1980 jusqu'à ce jour avec la mise à jour du manuel en 2013. (6)

Au cours de cette évolution, les critères diagnostiques se sont simplifiés mais avec une trame commune qui est la peur permanente de la prise de poids avec une image de son corps altérée (dysmorphophobie).

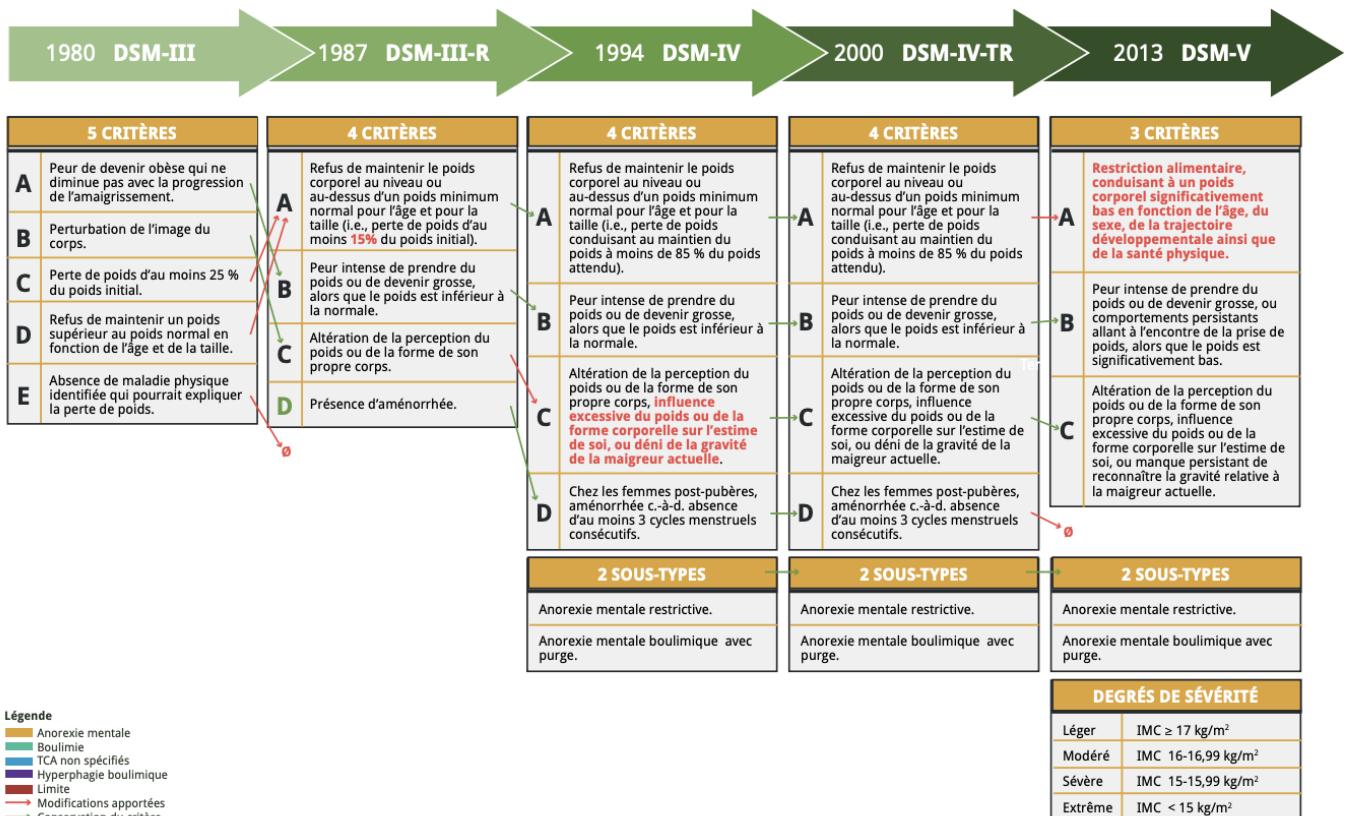


Tableau 3 : Evolution diagnostique des troubles du comportement alimentaire

Actuellement dans le DSM V, l'anorexie mentale se caractérise par trois critères :

- . A *Restriction alimentaire, conduisant à un poids corporel significativement bas en fonction de l'âge, du sexe, de la trajectoire développementale ainsi que de la santé physique*
- . B *Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas*
- . C *Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle*

La sévérité de la pathologie anorexique est établie à partir de l'Indice de masse corporelle (IMC) actuel.

Leger si IMC > ou égal à 17 kg/m²

Moyen si IMC entre 16 et 16,99 kg/m²

Grave si IMC entre 15 et 15,99 kg/m²

Extrême si IMC < 15 kg/m²

En 2010, la HAS a publié des recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge de l'anorexie mentale en libéral permettant d'aiguiller les médecins généralistes pour la prise en charge en ambulatoire mais également hospitalière.(1)

Les recommandations de 2010 résultent d'un partenariat entre la HAS et l'AAFDAS-TCA (association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire.)

Ces recommandations travaillent sur plusieurs axes. Elles recommandent une prise en charge multidisciplinaire où le médecin généraliste est le premier maillon diagnostic. Cette prise en charge multidisciplinaire se doit d'être dans le respect de l'alliance thérapeutique ainsi que dans le respect du secret professionnel en impliquant des acteurs clés dans ces prises en charge.

Le médecin généraliste peut dépister les troubles du comportement alimentaire en consultation en posant de façon systématique une ou plusieurs questions recherchant l'existence d'un TCA, par exemple « est ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? », ou en utilisant le questionnaire SCOFF (30). Deux réponses positives à ce dernier, sont fortement prédictives d'un TCA.

Il est recommandé que les soins soient assurés par une équipe d'au moins deux soignants avec « *un socle commun composé d'un psychiatre ou pédopsychiatre ou psychologue du fait de la souffrance psychique et des fréquentes comorbidités psychiatriques. Et d'un somaticien, qui peut être le médecin de premier recours (médecin généraliste ou pédiatre) s'il est prêt à en assumer les exigences*

Par ailleurs, ce travail de la HAS rappelle la nécessité que la prise en charge soit le plus possible ambulatoire en « *veillant à la cohérence et à la continuité des soins dans la durée entre les différentes étapes de la prise en charge et entre les différents intervenants* ».

IV – Boulimie

La boulimie est une pathologie psychiatrique s'inscrivant dans les troubles du comportement alimentaire se caractérisant par des crises, dites « crises de boulimie ». Ces dernières correspondent à l'absorption d'une grande quantité de nourriture dans un temps restreint, associé à un sentiment de culpabilité et de perte de contrôle. Ce trouble est caractérisé par l'apparition de comportements compensatoires inappropriés (vomissements provoqués, consommation abusive de laxatifs, jeûne ou exercice physique abusif...).

Le DSM V propose des critères diagnostiques, plus larges que pour l'anorexie :

.A *Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de glotonnerie)*

Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :

.1 une absorption, en une période de temps limité 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 un sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise

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

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

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

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

La sévérité du trouble boulimique se caractérise par la fréquence des comportements compensatoires. En effet, au contraire de l'anorexie mentale, il n'y a pas de prise en compte de l'IMC dans la caractérisation de la gravité. Malgré les nombreux comportements compensatoires, les patients atteints de boulimie ont très souvent des IMC normaux voire IMC en faveur d'un surpoids ou d'une obésité.

Légère : une moyenne de 1-3 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine

Moyenne : une moyenne de 4-7 épisodes compensatoires inappropriés par semaine

Grave : une moyenne de 8-13 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine

Extrême : une moyenne d'au moins 14 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine

V- Accès hyperphagique

Les accès hyperphagiques sont une pathologie psychiatrique plus rare et moins rencontrée en pratique et au cours des consultations du dispositif TCAdos. En effet, ces patients consultent peu pour ce trouble, il existe un grand sentiment de culpabilité entraînant une errance diagnostique et thérapeutique.

Les complications de ce trouble sont essentiellement ceux associés à l'obésité, en lien avec l'ingestion compulsive d'aliments sans mécanismes compensatoires, et ceci à la différence de la boulimie.

Nous rappellerons les critères diagnostiques énumérés par le DSM V sans développer davantage cette pathologie.

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

1. Absorption, en une période de temps 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 de 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 que l'on mange).

B. Les accès hyperphagiques (de gloutonnerie) sont associés à au moins trois des caractéristiques suivantes :

- 1. Manger beaucoup plus rapidement que la normale.*
- 2. Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale.*
- 3. Manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim.*
- 4. Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe.*
- 5. Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.*

C. Les accès hyperphagiques (de gloutonnerie) entraînent une détresse marquée.

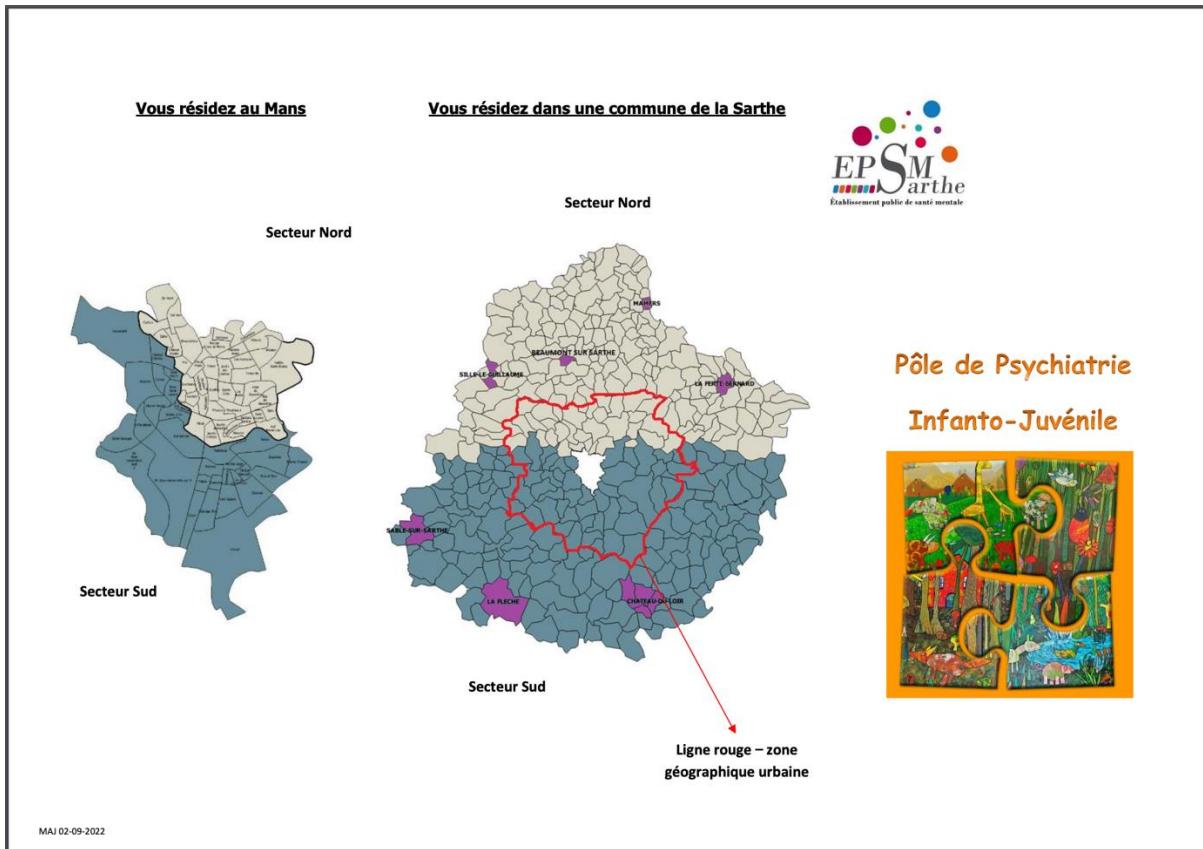
D. Les accès hyperphagiques (de gloutonnerie) surviennent, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.

E. Les accès hyperphagiques (de gloutonnerie) ne sont pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés comme dans la boulimie, et ne surviennent pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale

En juin 2019, la HAS a également rédigé des recommandations pour la bonne pratique clinique concernant la prise en charge de la boulimie ou de l'hyperphagie boulimique(1).

Au cours de cet écrit la HAS détaille les situations cliniques ou les populations à risque, devant attirer l'attention des praticiens. Elles sont complétées par une description des offres de soins disponibles ainsi que des possibilités thérapeutiques afin d'éviter les complications somatiques et nutritionnelles de ces pathologies.

Annexe II – Cartographie des structures d'accueil de psychiatrie pédo-juvénile en Sarthe



SECTEUR NORD (voir carte au dos)	SECTEUR SUD (voir carte au dos)	STRUCTURES DEPARTEMENTALES
Vous résidez au Mans ou sa couronne :	Vous résidez au Mans ou sa couronne :	UPAH (HOSPITALISATION)/ SAFT EPSM – 20 avenue du 19 mars 1962 - 72700 ALLONNES 02.43.43.51.20
Votre enfant a entre 0 et 7 ans Centre Médico-Psychologique Pablo Picasso 25 rue Chazot - 72000 LE MANS Entier par le 2ème étage Tél : 02.43.76.24.11	Votre enfant a entre 0 et 12 ans révolus Centre Médico-Psychologique Winnicot 72 avenue Olivier Messiaen – 72000 LE MANS Tél : 02.43.24.16.00	Plateforme Départementale de Diagnostic Autisme 10 rue Saint-André - 72000 LE MANS 02.43.75.66.29
Votre enfant a entre 8 à 12 ans révolus Centre Médico-Psychologique Erpell 15 rue Erpell – 72000 LE MANS Tél : 02.43.78.56.50	Vous résidez dans une commune de la Sarthe :	Institut Départemental de Thérapie Familiale 2 rue Laroche - 72000 LE MANS 02.43.42.25.41
Vous résidez dans une commune de la Sarthe :	Votre enfant a entre 0 à 16 ans CMP/CATTP 21 avenue Division Leclerc 72170 BEAUMONT SUR SARTHE Tél : 02.43.76.24.11	Equipe de Liaison Pédiopsychiatrique C.H. 194 avenue Rubillard - Bat St Exupéry 72000 LE MANS Cédex 9 Tél : 02.44.71.02.16 – poste 10216
Votre enfant a entre 0 à 16 ans CMP/CATTP 30 rue du Docteur Touchard 72140 SILLE-LE-GUILLAUME Tél : 02.43.76.24.11	Votre enfant a entre 0 à 16 ans CMP/CATTP LA MARTINIÈRE 3 rue de La Martinière 72300 SABLE SUR SARTHE Tél : 02.43.24.16.00	Equipe Mobile d'Appui au médico-social 10 rue Saint-André - 72000 LE MANS Tél : 02.43.75.52.84 ou 06.38.45.10.05
Votre enfant a entre 0 à 16 ans CMP/CATTP 1 place de la République 72600 MAMERS Tél : 02.43.76.24.11	Votre enfant a entre 0 à 16 ans CMP/CATTP Centre Hospitalier - 5 allée Saint-Martin 72500 MONTVAL SUR LOIR Tél : 02.43.24.16.00	Unité de Périnatalité C.H. 194 avenue Rubillard- Bat St Exupéry 72000 LE MANS Cédex 9 Tél : 02.43.76.16.08
Votre enfant a entre 0 à 16 ans CMP/CATTP 20 place Saint-Julien 72400 LA FERTE BERNARD Tél : 02.43.78.56.68	Vous résidez au Mans ou sa couronne	Plateforme PCO-TND 32 rue d'Australie – 72000 LE MANS Tél : 02.72.34.07.60
	Votre enfant a entre 13 et 16 ans révolus Centre de Soins pour adolescents 50-52 rue Chanzy - 72000 LE MANS 02.43.78.85.54	Dispositif de réponse rapide - DiRR (Réserve aux professionnels)
		Dispositifs de réponse rapide aux demandes urgentes des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux Tél : 06.49.59.19.02 Après 18 h 00, week-end et jour férié : Tél : 02.43.43.51.51

Annexe III – Document officiel de présentation du dispositif



direction des services
départementaux
de l'éducation nationale
Sarthe

Éducation
nationale



Centre de Santé
Universitaire
Médico-psychosocial



Rédaction : Dr Irène Jagot - Lacoussière

PROJET DE CONSULTATIONS, DANS LE CADRE D'UN PARCOURS-PATIENTS, À DESTINATION DES JEUNES USAGERS SOUFFRANT DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ET DE LEUR FAMILLE

Argumentaire

La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 (SNS), qui a été adoptée officiellement par le gouvernement fin décembre 2017, désigne, parmi ses priorités, la prévention et l'accompagnement des troubles du comportement alimentaire.

En introduction du projet présenté ci-après, et pour apporter une dimension contextuelle à celui-ci, voici trois extraits issus de textes faisant référence et étroitement liés au projet.

Premier extrait issu de la « Stratégie nationale de santé 2018 – 2022 » (en lien avec le projet)

AMELIORER LA TRANSVERSALITE ET LA CONTINUITÉ DES PARCOURS EN SANTÉ MENTALE

Classés en 2013 au premier rang des maladies en termes de dépenses de soins, avant les cancers et les maladies cardiovasculaires, les troubles psychiques touchent près d'un quart des Français, directement ou via leurs proches (Chamts, 2016).

Le secteur de la psychiatrie a développé précocement la prise en charge ambulatoire des patients. Il reste toutefois nécessaire de développer une approche transversale de la politique de santé mentale, associant l'ensemble des acteurs susceptibles d'agir sur les déterminants de la santé mentale, sur la prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux, et sur leur accompagnement.

L'amélioration de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux nécessite une coordination précoce et resserrée entre les intervenants afin de préserver l'autonomie des personnes en situation ou à risque de handicap psychique. Elle doit garantir sur l'ensemble du territoire une prise en charge précoce, un repérage efficace et une dynamique d'« aller vers ».

Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- Adopter une approche transversale de la politique de santé mentale alliant la promotion de la santé mentale et du bien-être, la prévention des troubles mentaux, l'accès aux soins et à la prise en charge, l'éducation thérapeutique, la réhabilitation psychosociale, l'accompagnement médico-social et social du handicap psychique et le renforcement de la formation, de l'innovation et de la recherche.

Page 1 sur 9

- **Mettre en œuvre** cette approche dans les territoires dans le cadre des Projets Territoriaux de Santé Mentale et des conseils locaux de santé mentale.

- **Maîtriser** les délais d'accueil et garantir un niveau de disponibilité pour gérer les situations de crises et de détresse psychique.

- **Promouvoir** le bien-être mental en agissant sur les déterminants individuels (compétences psychosociales), sociaux et environnementaux de la vulnérabilité sociale et psychique (environnement de vie, notamment la présence de la nature, comportements addictifs, violences, isolement...)

- **Améliorer** le repérage précoce de la souffrance psychique et des troubles mentaux.

- **Prévenir** les troubles alimentaires (anorexie, boulimie), notamment chez les adolescents et les jeunes.

- **Expérimenter** la prise en charge des thérapies non médicamenteuses en médecine de ville pour les malades atteints de troubles de santé mentale légers et modérés.

Second extrait issu de l'OMS

La prévention selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1948 : "la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps".

Il s'agit d'en distinguer trois types de prévention :

- **primaire** : ensemble des actes visant à **diminuer l'incidence d'une maladie** dans une population et à donc réduire, autant que faire se peut les risques d'apparition de nouveaux cas. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention les **conduites individuelles à risque**, comme les risques en terme environnementaux ou sociétaux.
- **secondaire** : est de **diminuer la prévalence d'une maladie** dans une population. Ce stade recouvre les **actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie** afin de s'opposer à son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque.
- **tertiaire** : qui intervient à un stade où il importe de **diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives** dans une population et de **réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie**.

Troisième extrait issu d'un journal spécialisé.

Dans l'article « Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence : de l'importance d'allier nos disciplines pour passer au-delà des clivages parentaux et médicaux » paru dans le journal de pédiatrie et de puériculture **L. Sulimovic, P. Votadoro, I. Nicolas, M. Corcos**

Les troubles des conduites alimentaires à l'adolescence sont des troubles situés à l'intersection entre le soma et la psyché nécessitant, pour une prise en charge optimale, d'allier les compétences pédiatriques et psychiatriques. Leur compréhension doit se faire sur un mode développemental diachronique grâce à un modèle biopsychosocial permettant d'intégrer de façon dynamique les complexités sémiologiques évolutives d'un type de trouble à un autre (anorexie mentale, boulimie nerveuse, hyperphagie boulimique principalement). Ainsi, cette compréhension doit permettre de ne pas oublier le lit commun psychopathologique de toutes ces conduites qui sont en fait toutes des pathologies du lien. La mortalité associée à ces troubles ainsi que les nombreuses comorbidités entre les pathologies des conduites alimentaires et d'autres troubles

psychiatriques en font des pathologies centrales à l'adolescence pour lesquelles il est nécessaire d'axer nos réflexions sur un meilleur dépistage et un repérage le plus précoce possible afin d'éviter les complications meurtrières et la chronicité des troubles.

La prise en charge doit se faire en première intention en ambulatoire mais peut dans des situations précises se faire en milieu intra-hospitalier. **Elle se doit dans tous les cas d'être multidisciplinaire avec un travail collaboratif pour une prévention et un traitement des complications physiques de la dénutrition ou du surpoids et un travail psychothérapeutique de symbolisation des conflits intrapsychiques.**

Le projet présenté ci-dessous répond aux besoins identifiés par la HAS, validé par la stratégie de santé 2018 – 2022 du gouvernement. Il se situe dans un axe de prévention secondaire selon l'OMS et s'inscrit dans les recommandations préconisées par les auteurs et spécialistes de la prise en charge des personnes souffrant de TCA.

Ce projet, rattaché au service de pédiatrie du Centre hospitalier du Mans est le fruit d'un travail de réseau réunissant depuis 2013 différents professionnels de santé sarthois. Il a pour objectif d'optimiser, à l'échelle du département, la prise en charge des jeunes usagers souffrant de troubles du comportement alimentaire (TCA) ainsi que leur famille.

Les intervenants sont issus des structures suivantes: **Santé scolaire, Santé universitaire, Maison des adolescents de la Sarthe (MDA72), Centre hospitalier du Mans (CHM), Etablissement public de santé mentale de la Sarthe (EPSM), Centre soins-études de Sablé/Sarthe, Association Montjoie.**

I - CONSTAT

La prise en charge des troubles du comportement alimentaire est particulièrement complexe, sous-tendue par des problématiques très variables, qui peuvent être liées tant à des vulnérabilités individuelles qu'à des dysfonctionnements familiaux ou à des événements de vie difficiles.

Une prise en charge pluridisciplinaire est recommandée par la Haute Autorité de Santé. Celle-ci préconise le recours à des équipes ayant un savoir-faire, et doit être adaptée au cas par cas.

Le constat est fait en Sarthe qu'un grand nombre de praticiens généralistes se retrouvent isolés et démunis face à ces familles impactées par le trouble anorexique d'un de leurs enfants, faute de repérage suffisant des structures existantes ou d'articulation des soins.

Ainsi, le retard au diagnostic et à la mise en place des soins précoce pour ces jeunes est source de complications sanitaires à court ou long terme. On pense notamment aux hospitalisations prolongées, ou encore aux soins tout au long de la vie pour traiter les conséquences multiples de la dénutrition.

Les conséquences psychosociales sont aussi à prendre en compte, associant isolement social, limitation en terme de développement personnel et professionnel, risque accru de troubles psychiques tels que la dépression ou les comportements suicidaires.

En résumé, si des compétences cliniques existent dans le département, et ce de façon diversifiée, en revanche le repérage en amont, l'orientation et la coordination des acteurs de soins reste insuffisant.

II - PROJET

A) Public concerné

Le projet concerne les jeunes de 11 à 21 ans, se présentant avec un courrier d'un médecin pour une suspicion de trouble du comportement alimentaire.

B) Objectifs

Les objectifs sont les suivants:

- Repérage précoce
- Diagnostic des troubles du comportement alimentaire
- Organisation du parcours-patient.
- Orientation vers les structures déjà existantes grâce à une coordination pluridisciplinaire et un travail de réseau, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé.
- Appui aux médecins généralistes du département, qu'ils soient en zone rurale ou en zone urbaine, via des propositions thérapeutiques.
- Soutien aux familles en souffrance.

Ces missions ont pour but de limiter les conséquences sanitaires, psychosociales, et l'impact en santé publique à court et long terme du trouble anorexique.

C) Calendrier prévisionnel

Ecriture du projet depuis 2017

Finalisation du projet en novembre 2018

Rencontre avec les directions des établissements et dépôt du dossier à l'ARS à l'automne 2018

Travail de diffusion et de communication auprès des partenaires après validation du projet

Mise en œuvre du projet en septembre 2019

D) Organisation du parcours-patient

Le parcours-patient s'organisera suivant la séquence C1-C2-S-C3.

1) La séquence:

Elle consiste en une offre de **consultation double** somatique ET psychiatrique, suivant une unité de lieu et de temps.

La séquence est la suivante:

C1: 1ère consultation double avec un médecin somaticien (pédiatre, médecin généraliste, ou endocrinologue) puis avec un médecin psychiatre ou pédopsychiatre
sur la même demi-journée
sur un même lieu (en pédiatrie)

Elle sert au **recueil des éléments cliniques, à l'examen clinique, à la rencontre avec la famille**, à l'établissement d'un premier diagnostic.

Un bilan paraclinique peut être prescrit si nécessaire, et réalisé à l'hôpital de jour du service de pédiatrie, permettant ainsi d'éliminer une urgence vitale (bilan biologique, électrocardiogramme).

C2: 2ème consultation double sur le même modèle.

Elle permet de poser le **diagnostic définitif** et de travailler avec la jeune et sa famille sur des **hypothèses de prise en charge**.

Elle permet également le recueil d'informations auprès des confrères (médecin généraliste, médecin scolaire ou santé universitaire, psychologue libéral etc...).

Enfin elle sert à recueillir les résultats du bilan paraclinique et à préparer le staff.

S: Staff pluridisciplinaire.

Il inclut plusieurs membres du réseau ayant des domaines de compétences complémentaires. Il permet un **temps de synthèse et de réflexion commune** en croisant les regards de différents professionnels. Les dossiers sont présentés par le binôme médical. Le staff débouche sur une ou des propositions d'orientation pour la jeune.

C3: Consultation de restitution à la famille et **proposition d'orientation**.

La famille est reçue par l'un des deux praticiens qui adresse un courrier au médecin adresseur.

2) Fréquence

La séquence C1-C2-S-C3 se déroule à intervalles de 15 jours.

3) Durée des consultations

Les consultations durent 1 heure. On limitera à 4 jeunes par demi-journée.

4) Le binôme

Le binôme référent est fixe pour un même patient, du début à la fin de la séquence.

La séquence peut être écourtée en fonction de la situation clinique. Pour exemple, une hospitalisation peut être décidée *sine die* s'il existe des critères de gravité clinique.

A terme et en fonction de la montée en charge, on pourrait envisager de mener deux binômes en parallèle (en alternant les semaines de présence).

5) Les intervenants

Médecins somaticiens: pédiatres du CHM, pédiatre du Centre soins-études (7 praticiens pressentis à ce jour)

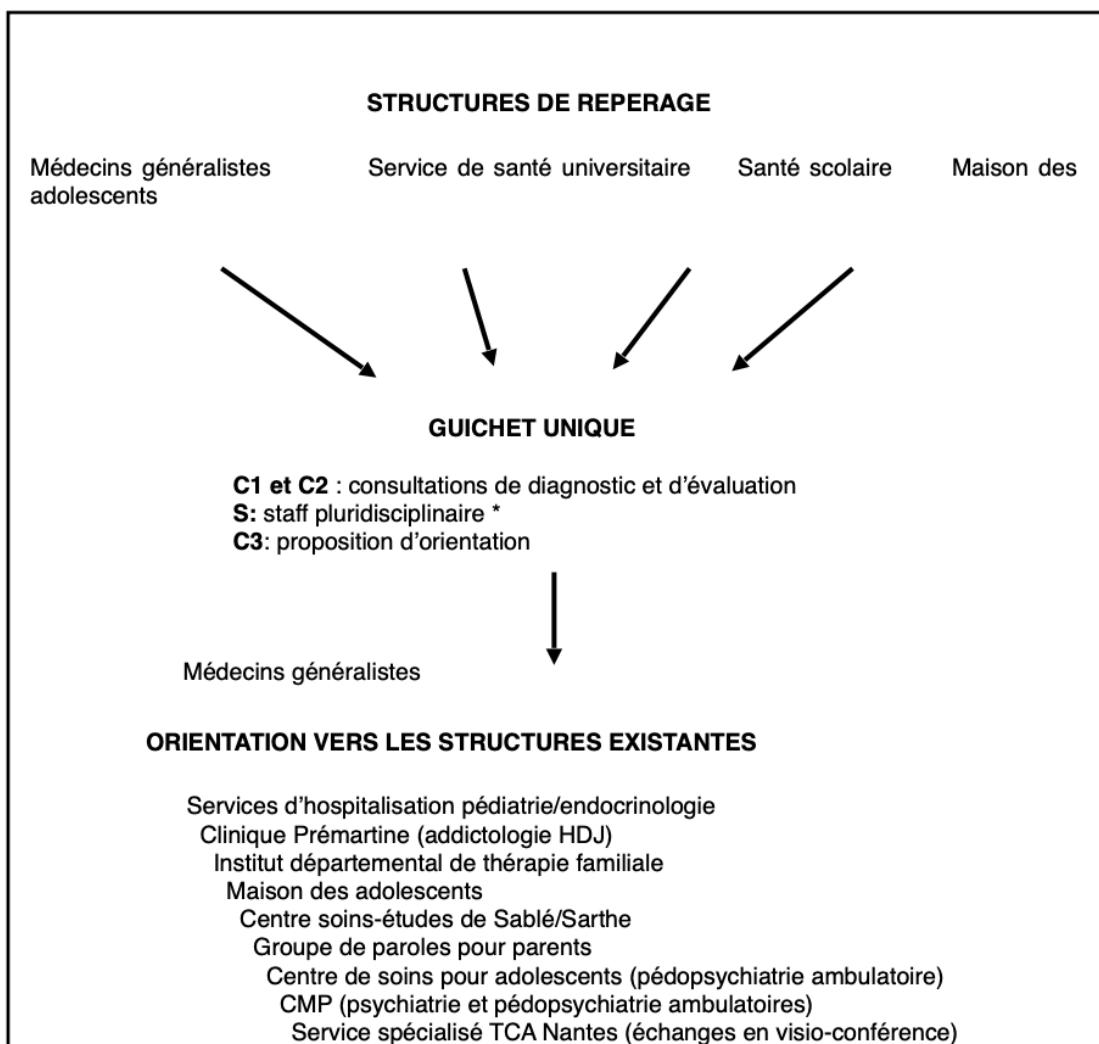
Psychiatres: psychiatres et pédopsychiatres de l'EPSM, psychiatres du Centre soins-études (6 praticiens pressentis).

On envisage de faire un roulement tout au long de l'année.

Staff pluridisciplinaire: composé de membres du réseau TCA-Sarthe (psychologues, internes en médecine, infirmiers, cadres de santé, médecins, diététiciennes)

III - ARTICULATION DU PROJET AVEC LES STRUCTURES SANITAIRES ET SOCIALES EXISTANTES

1) Schéma du parcours-patient au niveau départemental:



* Le staff prend une double dimension:

- temps d'échange et de coordination en réseau sur les nouvelles situations
- suivi de situations

2) Formation des internes

Ce dispositif parcours-patients doit aussi contribuer à la formation des internes en médecine:

- Les internes en médecine générale dans le cadre des demi-journées de formation en santé mentale (découverte des différentes structures de soins, sensibilisation au repérage des troubles du comportement alimentaire)
- Les internes en psychiatrie et en pédiatrie pour un travail clinique plus approfondi par exemple le suivi d'une séquence de consultations et la participation au staff

IV - EVALUATION DES BESOINS ET DU FINANCEMENT

A) Organisation administrative

1) Evaluation des besoins :

Une secrétaire (AMA) présente sur les lieux de la consultation, pour l'accueil des patients, l'ouverture et la gestion des dossiers. Elle aura pour tâche :

- Traitement des courriers, dossiers et documents médicaux (enregistrement, tri, diffusion, archivage)
- Mise en forme des documents, rapports, courriers, comptes rendus médicaux
- Accueil des patients (accueil physique et téléphonique)
- Planification des rendez-vous des patients
- Saisie et suivi des statistiques et des actes
- Gestion du planning des médecins
- Organisation du transport des patients (si besoin)
- Archivage des dossiers médicaux
- Participation aux synthèses et rédaction des comptes rendus de réunions
- Organisation annuelle des jours de consultations, selon un calendrier préalable établi avec l'ensemble des praticiens impliqués dans le projet. (CS tous les 15 jours de septembre à juin)
- Prise des rendez-vous patients

2) Ressources matérielles

Bureau indépendant disposant d'un poste informatique, téléphone – lecteur carte vitale – téléphone – imprimante – photocopieuse etc.

Afin de permettre une prise de rendez-vous dédiée au projet, une ligne téléphonique associée à un numéro de téléphone unique devra être mise en place. Cette ligne téléphonique sera ouverte les jours de consultations pour permettre à la secrétaire de recevoir les appels. Le reste du temps un répondeur prendra les messages, il pourra être lu, par cette même professionnelle, pour gérer les appels entre chaque consultation durant la semaine.

B) Organisation financière

1) Eléments d'évaluation temps de travail

Nombre annuel de demi-journée de consultation - Hypothèse de base 20

Temps de travail secrétaire:

Secrétariat pour consultations : 80 heures annuelles

Réunion de synthèse 1/mois + écoute répondeur : 30 heures annuelles

Temps de travail des praticiens:

Nb prévisionnel de consultations : 80 * 2 soit 160

Réunion de synthèse 1/mois de 2 heures - 20 heures*2 soit 40 h année

2) Éléments d'évaluation du fonctionnement

Compte 60	Achats divers : Fournitures administratives	1 500 €
	Fluides :	750 €
Compte 61	Prestations de services	1 500 €
Compte 62	Honoraires Médecins* (98 € / heure chargée)	19 779 €
Compte 64	Rémunération secrétariat (19 € / heure chargée)	2 090 €

3) Élément d'évaluation investissement

Un équipement bureautique et téléphonique complet : **4 000 €**

Budget prévisionnel simplifié / Guichet unique TCA

Charges		Produits	
60 Achats		70 Ventes	
Fournitures administratives	1 500,00 €	71 Production stockée	
Fluides	750,00 €	72 Production immobilisée	
Matériel informatique et bureautique	4 000,00 €	74 Subventions d'exploitation ARS ou MIG ou...	29 619,00 €
61 Services externes		75 Autres produits de gestion courante	
Prestation de services	1 500,00 €	76 Produits financiers	
62 Autres Services externes		77 Produits exceptionnels	
honoraires	19 779,00 €	78 Reprises sur amortissements et provisions	
63 Impôts, taxes et versements assimilés		87 Valorisation des contributions volontaires	
64 Frais de personnel			
rémunération secrétaire	2 090,00 €		
65 Autres charges de gestion courante			
66 Charges financières			
67 Charges exceptionnelles			
68 Dotations aux amortissements et provisions			
86 Valorisation des contributions			
Total des charges	29 619,00 €	Total des produits	29 619,00 €

Rapport patients (base 80) / coût année complète N : 370,23 €

Page 8 sur 9



Consultation de diagnostic et d'orientation



des Troubles des
Conduites Alimentaires

pour les jeunes de 11 à 18 ans

Tel : **02.55.46.53.70**
Mail : pediatrietcacesct@ch-lemans.fr
Situation : **bâtiment Bretonneau, CH Le Mans**
Créneaux horaires : **le mardi, 13h-17h**



Pour qui ? Jeunes de 11 à 18 ans, se présentant avec un courrier d'un médecin pour une suspicion de trouble du comportement alimentaire.

Pourquoi ? Ne plus rester seul face à la problématique alimentaire chez un jeune.
Rencontrer des professionnels pour établir un diagnostic et proposer une orientation.
Faciliter le parcours de soins du jeune au sein du département.

Par qui ? Consultations par un pédiatre et un psychiatre.

Comment ? 3 temps de consultations avec des propositions d'orientation pour le jeune et sa famille.



Annexe V- Questionnaire de thèse

1. Êtes-vous un homme ou une femme ?
2. Quel âge avez-vous ?
3. Quel est votre mode d'exercice ? :
 - Rural,
 - Semi-rural
 - Urbain
4. Quelle est la moyenne de votre patientèle médecin traitant ?
 - <1000
 - Entre 1000 et 1500
 - Plus de 1500
5. Avez-vous déjà été amené(e) à prendre en charge un patient atteint de trouble du comportement alimentaire dans votre cabinet ?
 - Oui
 - Non
6. Si oui : était-ce majoritairement :
 - Anorexie mentale
 - Hyperphagie boulimique
 - Boulimie nerveuse
7. Assurez-vous habituellement seul(e) la prise en charge de vos patients souffrant de TCA seul ?
 - . oui
 - . non
8. Avez-vous été amené (e) à solliciter d'autres intervenants ?
 - . oui
 - . non
9. Si oui lesquels ?
10. Quelles difficultés rencontrez-vous au cours de ces prises en charges : (19)
 - a. Aspect chronophage de la consultation ?
 - Oui
 - Non
 - b. Méconnaissance des outils d'aide au diagnostic ?
 - Oui
 - Non

. c. Manque de connaissance dans le domaine ?

Oui

Non

.d. Sentiment d'être seul dans ces prises en charge ?

Oui

Non

si oui est ce :

➔ Dû à une carence du réseau psychiatrique d'aval ?

- Oui
- Non

➔ Dû à une carence dans la prise en charge somatique spécialisée (pédiatrie, endocrinologie...) ?

- Oui
- Non

➔ En lien avec des difficultés pour proposer du soutien aux familles ?

- Oui
- Non

. Difficultés à l'établissement du diagnostic ?

Oui

Non

11. Combien de patient souffrant de pathologie du trouble du comportement alimentaire suivez-vous spécifiquement en consultation par an ?

- Aucun
- 1 à 3 patients par an
- 4 à 10 patients par an
- Plus de 10 patients par an

12. Savez-vous à quel(s) réseau(x) prenant en charge les troubles du comportement alimentaire vous adresser en cas de besoin ?

. oui

. non

13. Si oui, à quelles structures ou avec quel interlocuteur travaillez-vous ?

14. Connaissez-vous le dispositif TCAdos ?

. oui

. non

15. Avez-vous déjà sollicité le dispositif pour la prise en charge d'un de vos patients ?

. oui

. non

Si oui, trouvez-vous que les moyens de contacter le dispositif sont faciles et pratiques ?

Si non, quels moyens seraient plus adaptés à votre pratique, facilitant la sollicitation du dispositif ?

16. Si vous avez déjà sollicité le dispositif TCAdos considérez-vous que cela a amélioré la prise en charge du trouble du comportement alimentaire de votre patient ?

Oui

Non [si non pourquoi ?]

Annexe VI- Mail explicatif avant diffusion du questionnaire

Bonjour,

Nous sommes deux internes de médecine générale en fin d'internat, et nous réalisons un travail de thèse traitant de l'accompagnement et de la prise en charge des troubles du comportement alimentaire par les Médecins Généralistes installés Sarthois, ainsi que l'évaluation du dispositif TCAdos.

Dans ce contexte, nous vous sollicitons pour répondre à notre questionnaire de thèse comportant 27 questions avec un temps de réponse estimé à 5 minutes.

Les réponses sont anonymes, mais vous avez la possibilité de nous communiquer votre adresse mail afin que l'on vous transmette les résultats.

En cas de questions n'hésitez pas à nous contacter
: lucie.giet2@gmail.com ou axelle.blachere@hotmail.fr

Nous vous remercions par avance de votre participation.

Bonne journée

Axelle Blachère et Lucie Giet

BLACHERE Axelle, GIET Lucie

Dispositif TCAdos et prise en charge des troubles du comportement alimentaire : Enquête auprès des généralistes sarthois

RÉSUMÉ

Introduction

La prévalence des troubles du comportement alimentaire (TCA) augmente en France et à travers le monde. La HAS a émis des recommandations de bonnes pratiques du dépistage à la prise en charge des patients porteurs de TCA, en insistant sur le rôle clé du médecin généraliste (MG).

Malgré la richesse des structures de soins existantes en Sarthe, et en soutien aux MG, un nouveau dispositif, TCAdos, est né en 2019, composé de médecins somaticiens, psychiatres, et professionnels de santé. Il a pour objet l'évaluation et l'orientation collégiale des adolescents de 11 à 18 ans porteurs de TCA. Ils sont reçus lors de 3 consultations puis un staff pluridisciplinaire permet de formuler des propositions de prise en charge.

L'objectif de cette étude était d'évaluer la connaissance du dispositif TCAdos par les MG Sarthois et les caractéristiques de leurs prises en charge.

Méthodes

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle, descriptive et transversale menée auprès des MG installés en Sarthe. Questionnaire testé, puis diffusé par mail aux MG Sarthois de la faculté de Santé d'Angers et à ceux de l'URML. Une analyse descriptive a été réalisée en effectifs et pourcentages et l'analyse comparative par un test exact de Fisher pour tester l'indépendance des variables qualitatives.

Résultats

Le taux de réponse était de 14,37%. Le dispositif TCAdos était peu connu : 2 MG sur 35 réponses analysées. 82,8% des MG prenaient en charge moins de 1 à 3 TCA par an, à 91% une anorexie mentale. Ils déclaraient ne pas avoir de difficultés de repérage ou diagnostic. Ils semblaient avoir un réseau de proximité organisé, seulement 11,42% des MG menaient la prise en charge seuls. Cependant, 82,6 % avaient le sentiment d'être seuls dans la prise en charge, avec des carences d'adressage psychiatrique dans 94,3% des cas. L'aide à la prise en charge somatique semblait plus accessible, elle apparaissait difficile pour 40% des MG. Les MG suggéraient comme moyens de communication : une ligne téléphonique d'avis ou la télécopie.

Conclusion : Les MG Sarthois connaissaient très peu le dispositif TCAdos. L'articulation entre le dispositif TCAdos et l'organisation de la médecine de ville est encore à développer.

Mots-clés : trouble des conduites alimentaires, médecine générale, adolescent, réseau.

ABSTRACT

Introduction

The prevalence of eating disorders is increasing in France and throughout the world. The HAS has issued recommendations for good practice from screening to the management of patients with TCA, emphasizing the key role of the general physician (GP). Despite the wealth of existing care structures in Sarthe, and in support of GPs, a new system, TCAdos, was born in 2019, made up of somatic physicians, psychiatrists and healthcare professionals. Its purpose is the assessment and collegial guidance of adolescents aged 11 to 18. They are received during 3 consultations then a multidisciplinary staff meeting is used to formulate price proposals in charge. The aim of this study was to evaluate knowledge of the TCAdos system by Sarthois GPs, and the characteristics of their care.

Method

This is a quantitative, observational, descriptive and cross-sectional survey among GPs in Sarthe. The questionnaire was tested, then distributed by e-mail to the Sarthois MGs of the Angers Faculty of Health and those of the URML. A descriptive analysis was carried out for numbers and percentages, and Fisher's exact test to test the independence of qualitative variables was used to perform a comparative analysis.

Results

The response rate was 14.37%. Awareness of the TCAdos program was low : 2 GPs out of 35 responses analyzed. 82.8% of GPs managed treated less than 1 to 3 TCAs per year, 91% had anorexia nervosa. They declared that they had no difficulty in identifying or diagnostic. They seemed to have an organized local care network, only 11.42% of GPs provided care alone. 82.6% had the feeling of being alone in their care, with a lack of psychiatric referral in 94,3% of cases. Help with somatic management seemed to be fairly accessible, it appeared difficult for 40% of GPs. The GPs suggested as means of communication: a telephone advice line or tele-expertise.

Conclusion

GPs from Sarthe knew very little about the TCAdos program. The link between TCAdos and the organization of urban medicine still needs to be developed.

TCAdos program and management of eating disorders: a survey of general physicians in Sarthe

Keywords: eating disorders, general medicine, adolescent, network.