



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 27 juin 2024 à Poitiers
par **Madame Kitana BUCH**

Quelles sont les représentations des internes de médecine générale sur le diagnostic et la prise en charge de l'hyperphagie boulimique ?

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Membres : Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL
Monsieur le Docteur Régis AUDIER
Madame le Docteur Françoise BRUNO STEFANINI

Directeur de thèse : Madame le Docteur Julia MAUHOURET


LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE
Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référénte égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesueur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesueur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesueur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesueur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesueur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesueur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesueur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesueur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kevin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référénte relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelynne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesueur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale

- THULLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maitre de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023) – **renouvellement 3 ans demandé – en cours d'instruction**
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECC-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice

- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino-Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Millétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France

☎ 05.49.45.43.43 - 📠 05.49.45.43.05

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Johann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- PAIN Stéphanie, toxicologie
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maitres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSOIN Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maitres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maitres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- BARTHES Danièle, chimie analytique (directrice honoraire)

- BAUDRY Michel, physiologie (directeur honoraire)
- BOURIANNES Joëlle, physiologie
- BRISSON Anne-Marie, chimie thérapeutique-pharmacocinétique
- COURTOIS Philippe, pharmacie clinique-pharmacodynamie (directeur honoraire)
- DE SCHEEMAEKER Henri, botanique et cryptogamie
- FOURTILLAN Jean-Bernard, pharmacologie et pharmacocinétique
- GIRAUD Jean-Jacques, chimie analytique
- GUERIN René, biophysique
- HERISSE Jacques, biologie moléculaire
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique
- JANVIER Blandine, bactériologie, virologie et parasitologie
- JOUANNETAUD Marie-Paule, chimie thérapeutique (directrice honoraire)
- LEVESQUE Joël, pharmacognosie
- MAISSIAT Renée, biologie cellulaire et moléculaire
- METTEY Yvette, chimie organique
- PARIAT Claudine, pharmacodynamie
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SEGUIN François, biophysique, biomathématiques (directeur honoraire)
- VANTELON Nadine, biochimie
- VIOSSAT Bernard, chimie générale et minérale

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciements :

A monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL, je vous remercie d'accepter de présider mon jury de soutenance de thèse. Je sais que les troubles du comportement alimentaire est un sujet qui vous intéresse tout particulièrement et je suis donc très honorée de vous avoir dans mon jury.

A monsieur le Docteur Régis AUDIER, je vous remercie de faire partie de mon jury de soutenance de thèse et de me consacrer un peu de votre temps.

A Françoise BRUNO STEFANINI, je suis vraiment heureuse d'avoir eu la chance de vous rencontrer durant mon parcours. Vous m'avez donné goût à la médecine générale et permis de trouver ma vocation et je vous en suis très reconnaissante. Je vous remercie de m'avoir pris sous votre aile et de m'avoir autant accompagnée, encouragée, enseignée et soutenue ; Pour moi vous faites partie de ma famille, telle une seconde mère et j'espère vous rendre fière.

A madame la Docteur Julia MAUHOURET, merci d'avoir accepté de devenir ma directrice de thèse. Tu m'as permis de réaliser ma thèse sur un sujet qui me tenait à cœur et je suis plus qu'honorée que ce soit toi ma directrice de thèse. Merci de m'avoir guidée comme tu l'as fait, ce fut un plaisir de travailler avec toi.

Merci à tous les internes qui ont accepté de participer à ce travail de thèse ; ce fut un réel plaisir d'échanger avec vous.

A mon futur mari, Bilal, merci d'être là depuis le tout début et d'être encore là aujourd'hui. Merci de faire de moi la femme que je suis devenue en restant à tes côtés. Merci de m'avoir toujours soutenue et encouragée, d'avoir partagé mes doutes, mes peurs et mes plus grands moments de bonheur.

A ma princesse, Blanche, merci d'être ma fille. J'en suis très honorée. Tu es mon moteur dans la vie. J'espère que tu seras fière de ta maman.

A ma meilleure amie, Olivia, je dirais même à ma sœur. On se connaît depuis plus de 10 ans et tu es encore là et pour ça merci. Merci d'être une amie aussi fidèle et de faire partie de ma vie. Merci de ton soutien et de tous ces bons moments passés à tes côtés et ceux à venir.

A papa, merci de m'avoir encouragé à faire médecine et de toujours m'accompagner et de me soutenir. Je suis là où je suis grâce à toi. Merci d'être mon papa. J'espère être à la hauteur de toutes tes espérances et être une de tes plus grandes fiertés. Daïna merci de rendre mon papa heureux, ce qui me rend heureuse.

A Papy et Mamie, merci d'être là pour moi depuis toujours et de m'épauler dans tout ce que je fais. J'espère que vous êtes fiers de moi.

A tous mes frères et sœurs « Mimi », « Bibine », « Bébé », Paloma, « Voulette », Gaïchto, et Hélios. Vous êtes une de mes principales motivations et je suis très fière d'être votre grande sœur. J'espère que vous serez fier de moi autant que je le suis de vous. Merci d'être là dans les bons et les mauvais moments, c'est aussi grâce à vous que je suis celle que je suis aujourd'hui.

A ma maman que je n'oublie pas.

Merci à tous ceux que j'aime, ma famille par le sang et le cœur. Je ne peux pas tous vous citer sinon il me faudrait un livre. J'espère vous rendre fier.

Je vous aime.

Merci à tous les infirmiers, sage-femmes, puéricultrices et aides-soignantes aux côtés de qui je me suis formée.

Merci à tous mes maitres de stages universitaires. Un merci tout particulier au Docteur Christophe LE SAOUT, vous avez toujours été d'une grande gentillesse avec moi et m'avez enseigné plein de choses. Merci également au Docteur Lucile PARTAUD ; merci de m'avoir fait découvrir une spécialité qui me plaît beaucoup. C'est auprès de vous que j'ai le plus appris.

A tous mes co-internes, je suis reconnaissante de vous avoir rencontré. Certains sont devenus des amis qui j'espère feront toujours partie de ma vie.

Sommaire :

Remerciements.....	5
Sommaire.....	7
Glossaire.....	10
Liste des figures.....	11
Liste des tableaux.....	11
I – Introduction.....	12
1. Généralités sur l'hyperphagie boulimique.....	12
2. Ce qu'a apporté le DSM 5 par rapport au DSM 4.....	13
3. Hyperphagie boulimique et obésité.....	14
4. Rôle des praticiens de soin primaire.....	15
5. La prise en charge des TCA au fil du temps et notamment de l'hyperphagie boulimique.....	15
6. Problématique.....	17
II – Méthodologie.....	18
1. Schéma de l'étude.....	18
2. Choix de la population d'étude.....	18
3. Echantillonnage et recrutement.....	18
4. Recueil des données.....	19
5. Analyse des données.....	20
III – Résultats.....	20
1) Population d'étude.....	20
2) Les troubles du comportement alimentaire.....	23
a) Connaissances floues des Troubles du comportement alimentaire.....	25
b) Anorexie mentale au 1 ^{er} plan.....	25
c) Anorexie mentale plus grave que l'Hyperphagie boulimique.....	26
3) L'interne face à l'hyperphagie.....	26
a) Hyperphagie boulimique mal connue des internes.....	26
a-1 confusion avec la boulimie nerveuse.....	26
a-2 tableaux cliniques évoquant l'hyperphagie boulimique.....	27
a-3 hyperphagie boulimique moins grave que les autres TCA.....	27
a-4 sous diagnostiquée et non recherchée par les internes.....	28
a-5 alimentation non abordée en consultation.....	29
a-6 manque d'expérience professionnelle.....	29
b) La prise en charge de l'hyperphagie selon les internes.....	30

b-1 Examens mal connus des internes.....	30
b-2 Prise en charge pluridisciplinaire avec suivi conjoint.....	31
b-3 ressources à disposition : très peu connues des internes.....	32
b-4 sentiment d'illégitimité des internes.....	33
c) Besoin d'aide.....	34
d) Statut de l'interne de médecine générale.....	35
e) L'obésité et les internes de médecine générale.....	36
f) Le patient et sa maladie.....	37
4) Médecine générale et hyperphagie.....	38
a) Rôle des médecins généralistes selon les internes.....	38
b) Psychiatrie en médecine générale.....	39
b-1 internes non formés à la psychiatrie.....	39
b-2 somatique en 1 ^{er}	40
b-3 peu d'outils.....	40
5) Formation de l'interne de médecine générale.....	41
a) Limitée durant l'externat.....	41
b) Formation durant l'internat de médecine générale.....	41
b-1 Pas de formation théorique.....	41
b-2 Maîtres de stage Universitaire non sensibilisés.....	42
b-3 Manque de temps pour l'autoformation.....	43
6) Formation souhaitée par les internes de médecine générale.....	44
a) Formation souhaitée.....	44
b) Sur la base du volontariat.....	46
c) Ce qui motive cette formation.....	46
d) Ce qui freine la formation.....	47
IV – Discussion.....	50
1) Résultats principaux	50
a) Connaissances de l'hyperphagie boulimique.....	50
b) Prise en charge de l'hyperphagie boulimique.....	51
c) Sous-diagnostiquée.....	52
d) Le patient et sa maladie.....	53
e) Psychiatrie en médecine générale.....	53
f) Alimentation en médecine générale.....	54
g) Rôle médecin généraliste.....	55
h) Formation des étudiants en médecine générale.....	57

2) Forces de l'étude.....	57
3) Faiblesses de l'étude.....	58
4) Perspectives.....	59
V – Conclusion.....	60
VI – Bibliographie.....	62
Table des annexes.....	68
VII –Annexe.....	69
VIII – Serment d'Hippocrate.....	72
IX- Résumé.....	73

Glossaire :

TCA : Troubles du comportement alimentaire

AN : Anorexie mentale

BN : Boulimie nerveuse

HB : Hyperphagie boulimique

PEC : Prise en charge

EDNOS : Eating Disorder Not Otherwise Specified

OSFED : Other Specified Feeding or Eating Disorders

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

MSU : Maitres de stage universitaires

GEP : Groupe d'Echange et de pratique

RGPD : Règlement général sur la protection des données

DPO : Délégué à la protection des données

Listes des figures :

Figure 1 : Diagramme de flux, 2024

Figure 2 : Résultats des entretiens semi dirigés, 2024

Figure 3 : Formation souhaitée par les internes de médecine générale, 2024

Figure 4 : Les différentes motivations des internes de médecine générale, 2024

Figure 5 : Freins des internes de médecine générale, 2024

Figure 6 : Marguerite des compétences de médecine générale

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Caractéristiques des internes interrogés, 2024

Tableau 2 : Résumé des caractéristiques des internes interrogés, 2024

I - INTRODUCTION :

Les Troubles du comportement alimentaire sont un enjeu majeur de Santé publique auxquels font face les médecins généralistes. Ces troubles représentent la 3^{ème} maladie chronique chez les 14–19 ans après l'asthme et l'obésité (1). Ce sont des troubles mentaux définis par l'existence d'une relation altérée à l'alimentation avec une perturbation des prises alimentaires et plus ou moins associée à des troubles de l'image corporelle. La Classification DSM5 de l'American Psychiatric Association décrit 3 grandes entités : l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et depuis 2013 l'hyperphagie boulimique.

Les troubles du comportement alimentaire sont encore mal compris et sont d'origine multifactorielle avec des facteurs de vulnérabilité (terrain génétique (2)), des facteurs déclenchants (régimes alimentaires stricts, traumatismes dans l'enfance...) et des facteurs d'entretien (3). Par exemple, il a été démontré que les adolescents suivant un régime modéré étaient 6 fois plus susceptibles de développer un trouble du comportement alimentaire ; et ceux suivant un régime sévère ont un risque 18 fois supérieur (4).

Ils ont un retentissement important sur le plan physique et psychique mais aussi sur le plan personnel, professionnel et social. Ils sont également fréquemment associés à d'autres troubles psychiatriques et addictifs.

1) Généralités sur l'hyperphagie boulimique :

Jusqu'en 2019(5) aucune recommandation officielle ne portait sur la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique. Il existait seulement des recommandations médicales sur l'anorexie mentale datant de 2010 (6).

Une étude réalisée en Pologne (7) retrouvait une prévalence entre 3 et 7% chez la femme. Ce trouble concernerait 9 à 15% des femmes consultant pour un excès de poids(8). L'hyperphagie boulimique est rare chez les adolescents et préadolescents (2); Des taux de 0.2% entre 10 et 18 ans sont retrouvés (9). Ce syndrome débute le plus souvent au début de l'âge adulte.

Depuis 2013, l'hyperphagie boulimique est un diagnostic de TCA à part entière défini par (DSM 5) :

A) La survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée (quantité ingérée largement supérieure à la moyenne et en peu de temps avec une impression de perte de contrôle)

B) Associés à au moins 3 des éléments suivants : manger beaucoup plus rapidement que la normale ; manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale ; manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim ; manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe ; se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé

C) Une détresse marquée en lien avec l'existence de cette hyperphagie.

D) Des épisodes d'hyperphagie qui se produisent au moins 1 fois par semaine pendant au moins 3 mois consécutifs.

E) L'absence d'association à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés comme c'est le cas dans des épisodes de boulimie et ne survient pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.

L'hyperphagie boulimique présente un risque de décès élevé tous au long du suivi. Certaines études montrent un taux de mortalité entre 1.12 et 2.8% (10).

2) Ce qu'a apporté le DSM 5 par rapport au DSM 4

Les troubles du comportement alimentaire non spécifiques, anciennement nommé EDNOS dans le DSM 4, se sont transformés avec le retrait de l'hyperphagie boulimique, qui est devenu un diagnostic à part entière. Dans le DSM 5, les troubles du comportements alimentaires non spécifiques sont nommés OSFED.

Les critères diagnostiques du DSM 5 ont diminué la fréquence des diagnostics des TCA non spécifiques, notamment en retirant le diagnostic d'hyperphagie boulimique de ce dernier(11) : diminution de 23.5% du diagnostic de TCA non spécifiques avec le DSM 5 par rapport au DSM 4 (12,13).

De plus, une étude prospective réalisée de 1980 à 2000 a démontré que la baisse de la prévalence de la boulimie nerveuse au fil du temps va de pair avec la reconnaissance de l'hyperphagie boulimique comme un nouveau diagnostic de TCA (14).

3) Hyperphagie boulimique et obésité

On estime que les personnes atteintes d'hyperphagie boulimique sont 3 à 6 fois plus susceptibles d'être obèses que ceux qui ne présentent pas de trouble de l'alimentation (15). Environ 30% des personnes souffrant d'hyperphagie boulimique présenteraient une obésité infantile (16).

Pour résumer, il a été démontré que l'hyperphagie boulimique survient chez 5 à 15 % des personnes souffrant d'obésité (17).

Ceci peut s'expliquer par le fait que les patients avec une hyperphagie boulimique n'ont pas de comportements compensatoires pour réguler leur apport calorique(18). Il existe alors un lien direct entre la prévalence de l'hyperphagie boulimique et l'augmentation de l'IMC.

Au vu des chiffres précédents, un point sur l'obésité semble de rigueur. Depuis 1975 la prévalence de l'obésité a triplé dans le monde et ne cesse d'augmenter ; c'est actuellement l'un des plus grand problème de santé qui touche tous les groupes d'âge, population et pays de tous niveaux de revenus (19).

En 2010, le surpoids et l'obésité auraient été responsables d'environ 3.4 millions de décès dans le monde et certaines études prédisent une augmentation de la mortalité associée à l'obésité(20).

L'obésité concernerait 2 milliards de personnes dans le monde en 2015 ; la prévalence est passée de 3.2% à 10.8% chez l'homme et de 6.4% à 14.9% chez la femme de 1975 à 2014 (21).

Une enquête réalisée par le centre Obépi ressece tous les 3 ans la prévalence de l'obésité depuis 1997 et retrouve une prévalence de 14.5% en 2009 et 15% en 2012 (contre 8.5% en 1997) (22) (23). Des résultats similaires sont retrouvés dans l'étude Constance réalisée en France de 2013 à 2016 (24) et dans l'étude Esteban(25).

La prise en charge de l'obésité repose entre autres sur la chirurgie bariatrique, durant laquelle il existe une prise en charge pluridisciplinaire qui recherche activement, avant toute opération, une hyperphagie boulimique qui contre indique formellement cette dernière.

4) Rôle des praticiens de soins primaires

Les patients souffrant de TCA consultent plus fréquemment avant le diagnostic pour de multiples plaintes somatiques diverses(26). Une étude réalisée aux Etats-Unis a permis de mettre en évidence que l'utilisation des services de santé était significativement plus élevée dans tous les secteurs de service chez les femmes atteintes de TCA, notamment d'hyperphagie boulimique, à la fois dans les 12 mois avant et les 12 mois après le diagnostic posé (27).

Le médecin généraliste joue un rôle crucial dans le repérage et le diagnostic des patients souffrant d'hyperphagie boulimique. Ensuite, selon ses compétences, il peut assurer la prise en charge ou alors orienter le patient vers un confrère pour une prise en charge spécialisée (prise en charge multidisciplinaire) (28). Il se doit également d'éliminer toute urgence médicale et ainsi rechercher tous critères de gravité et tous critères d'hospitalisation.

Une intervention précoce peut limiter la progression et améliorer les résultats des troubles du comportement alimentaire dans leur ensemble (26). Une revue de la littérature réalisée en 2017 a permis de démontrer qu'il est important de commencer la prise en charge médicale avant qu'un patient ne remplisse tous les critères diagnostic d'un trouble du comportement alimentaire, pour inverser la progression des symptômes et optimiser le pronostic (3). Elle démontre aussi qu'il existe certains freins à l'identification précoce comme un syndrome atypique, des symptômes sans rapport les uns avec les autres.

5) La prise en charge des TCA au fil du temps et notamment de l'hyperphagie boulimique

La prise en charge des TCA s'améliore avec le temps, mais il persiste un manque de distinction de l'hyperphagie boulimique comme diagnostic à part entière, ce qui sous-estime sa prévalence.

Plusieurs études(29,30) ont été réalisées sur la perception des médecins généralistes sur le diagnostic et la prise en charge des TCA. La conclusion que l'on peut tirer de ces études est que les médecins généralistes se sentent incompetents dans le diagnostic et la prise en charge des TCA.

Le diagnostic d'hyperphagie boulimique reste difficile pour un quart des médecins généralistes (31) ce qui entraine un sous diagnostic : sur un panel de 344 patients répondant aux critères diagnostiques, seulement 11 ont été diagnostiqués (32).

On note même qu'un tiers des médecins généralistes qui se considéraient comme familiers avec l'hyperphagie boulimique ne reconnaissaient pas les critères diagnostiques essentiels (33). Par exemple, plus de la moitié pensaient que l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés faisaient partie des critères diagnostiques de l'hyperphagie boulimique(34).

Finalement, la majorité des médecins généralistes ne connaissent pas les nouveaux critères diagnostiques du DSM5 de l'hyperphagie boulimique(34). Ces données mettent en évidence le besoin de formation sur les critères diagnostiques de ce trouble (peu de médecins généralistes (11.8%) avaient une formation en évaluation et diagnostic du trouble) (34) (30).

Quelques études évaluent la formation des TCA donnée aux médecins : une s'intéressant aux médecins de 5 spécialités (médecine interne, médecins généralistes, pédiatres, psychiatre, pédopsychiatre) conclue que la formation est limitée (35).

De plus, la pandémie liée au COVID 19 a permis de démontrer qu'il existait un manque considérable de soutien accordé aux patients souffrant de troubles du comportement alimentaire. Parmi ceux qui ont signalé des symptômes de TCA résolus avant la pandémie, près de la moitié ont une réapparition des symptômes pendant la pandémie. Une augmentation des symptômes durant cette période a été constaté, en raison de l'impact de l'isolement social et de la solitude sur la maladie. Une étude Australienne met également en évidence une augmentation des symptômes liée à la pénurie alimentaire et les fermetures des salles de sport (36).

La relation médecin – patient avec les patients souffrant d'hyperphagie boulimique est souvent mal vécue par le patient, qui ressent un manque d'intérêt de la part du professionnel concernant ses plaintes.

Les patients ont l'impression que les professionnels de santé se concentrent davantage sur les affections physiques et qu'ils ne font pas la distinction entre hyperphagie boulimique et obésité.

Ils perçoivent les professionnels de santé comme ayant à la fois une compréhension insuffisante de ce trouble, mais aussi qu'ils fournissent une communication insensible et inefficace concernant les comportements alimentaires (37).

Comme rappelé auparavant, la prévalence de l'obésité a triplé depuis 1975. Des prévisions récentes ont estimé que la prévalence de l'obésité devrait augmenter à l'échelle mondiale pour atteindre des niveaux maximums entre 2026 et 2054(38,39), notamment en Europe jusqu'en 2025(39). Chez les personnes obèses, l'hyperphagie boulimique est le marqueur d'une grande altération de la qualité de vie et à une plus grande morbidité médicale et psychologique(40,41).

6) *Problématique :*

Les recherches portant sur les connaissances, les attitudes des médecins généralistes et leur prise en charge des TCA sont limitées en France. Elles sont d'autant plus limitées sur l'hyperphagie boulimique du fait que cette dernière ne soit un diagnostic à part entière que depuis 2013, et est donc encore mal connue et sous diagnostiquée. Peu d'études s'intéressent à la perception des internes dans ce domaine, et aucune n'a été réalisée en France. Une étude réalisée aux Etats-Unis s'est intéressée aux internes de psychiatrie, et la plupart décrivaient des réactions de colère, d'impuissance et de frustration face aux patients atteints de TCA, et notamment d'hyperphagie boulimique (42).

Devant le manque de connaissance des médecins généralistes dans la prise en charge de l'hyperphagie boulimique, la prévalence importante de ce trouble (TCA le plus fréquent) et la nécessité de formation selon ses derniers, Il est apparu intéressant d'avoir le ressenti des internes face à sa prise en charge, de connaître leur désir ou non de formation sur cette pathologie, mais également de savoir sous quelle forme cette dernière serait souhaitable, afin de leur proposer une formation adéquate.

Ainsi, l'objectif principal de cette thèse est de comprendre les représentations des internes de médecine générale concernant le diagnostic et la prise en charge de l'hyperphagie boulimique. L'objectif secondaire est de rechercher s'il existe un besoin de formation sur le sujet ainsi que la forme souhaitée.

II- Méthodologie

1) Schéma de l'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi dirigés avec analyse phénoménologique. Cette approche permet d'explorer en profondeur les expériences subjectives et les significations attribuées par les internes à leur pratique et à leur formation en médecine générale (43,44). L'analyse phénoménologique met l'accent sur la compréhension des structures de la conscience et des phénomènes vécus.

2) Choix de la population d'étude

Les internes inclus dans cette étude étaient des internes de médecine générale en dernière année d'internat dépendant de la faculté de Poitiers, ce qui constituaient les critères d'inclusion de cette étude. Il a été décidé de n'inclure que les internes de dernière année car ces derniers sont en fin de cursus, ont de nombreuses expériences en stage et donc plus de probabilité d'avoir été confronté à des patients souffrant d'hyperphagie boulimique. La discussion n'en sera que plus intéressante et enrichissante par leur expérience professionnelle plus importante.

Il a été décidé de n'interroger que les internes dépendant de la Faculté de Poitiers, pour faciliter leur recrutement. Il a été supposé que ce serait probablement suffisant pour atteindre une saturation des données.

Les critères d'exclusion étaient donc ne pas être en dernière année d'internat et de dépendre d'une autre faculté que celle de Poitiers.

3) Echantillonnage et recrutement

Le recrutement a été élaboré afin d'avoir un échantillonnage homogène basé sur les critères d'inclusion, à savoir être interne de médecine générale en dernière année et dépendre de la faculté de Poitiers. Ceci n'empêche pas une diversité de la population sur d'autres critères qui seront abordés par la suite.

Le recrutement a été opéré de plusieurs façon. Il a été dans un premier temps réalisé en passant par les réseaux sociaux, par le biais de différents groupes de travail, notamment de GEP, de formation optionnelle ou même de groupe de mémoire. Afin de multiplier les chances, Le recrutement est ensuite passé par le bouche à oreille, par l'intermédiaire d'anciens maitres de stage universitaire.

Ces méthodes sont préférables par rapport à l'envoi de mail sur les boites mails universitaires, car ils sont souvent peu lus et induisent peu de réponse. D'après des études sur le sujet, il est plus facile d'obtenir des réponses positives en s'adressant directement à un groupe ou par des connaissances communes (45).

4) Recueil des données

La thésarde a conçu un guide d'entretiens semi-dirigés (cf. annexe 1) pouvant évoluer d'un entretien à l'autre. Les questions n'ont pas forcément toutes été posées à chaque entretien ni dans le même ordre. Cela dépendait de l'évolution de la trame du guide d'entretien de l'interviewé et de ce qui émergeait de l'échange. Ce guide d'entretien a été réalisé par la thésarde (KB) et la directrice de thèse (JM). Il a également été validé par deux autres médecins (FBS et JC).

Il comportait 22 questions au total avec 14 questions ouvertes et 8 questions fermées. Ce guide d'entretien a été préalablement testé sur trois personnes différentes afin de corriger les possibles incompréhensions : un interne de médecine générale qu'on ne pouvait inclure dans l'étude car il y avait un risque de biais de sélection et d'information, un maitre de stage universitaire et une étudiante en psychologie.

Les entretiens ont été réalisé par la thésarde, soit dans des cafés avec une ambiance calme, soit, lorsque l'emploi du temps de l'interne interrogé le nécessitait, par visioconférence.

Un consentement écrit a été recueilli avec la réalisation des entretiens (cf. annexe 2). L'enregistrement a été réalisé à l'aide d'un dictaphone Howabo 60H.

Les entretiens ont eu lieu du 14 février 2024 au 19 avril 2024. La durée des entretiens a été de 27 à 54 minutes.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration RGPD auprès de la faculté de médecine de Poitiers. L'accord du DPO a été obtenu le 27/11/2023 (cf. annexe3).

5) Analyse des données

La retranscription des entretiens a été réalisée dans un premier temps par le logiciel « turboscribe », une seconde lecture a été réalisée par la thésarde pour corriger toute faute éventuelle, puis elle a été enregistrée sous fichier word.

Tous les entretiens ont été enregistrés sur un disque dur externe et l'anonymisation a été effectuée en nommant chaque entretien par « E » suivi par un chiffre suivant l'ordre des recrutements.

La thésarde a utilisé une ponctuation et un texte afin de respecter les diverses habitudes de langage, silences et expressions des interlocuteurs.

La triangulation des données ainsi que l'étiquetage des verbatims en super thèmes et thèmes a été réalisée par la thésarde (KB) et un autre interne de médecine générale (BT). La suffisance des données a été atteinte au 13^{ème} entretiens, et confirmée par 2 entretiens supplémentaires.

III – Résultats

1) Population d'étude

Au total, 18 internes ont été recrutés. Sur ces 18 internes, seulement 16 ont été inclus dans l'étude. Les deux exclus étant des internes de premières ou deuxième année. Finalement, 15 internes ont été interrogés car un interne n'a pas donné réponse aux appels après inclusion (figure 1).

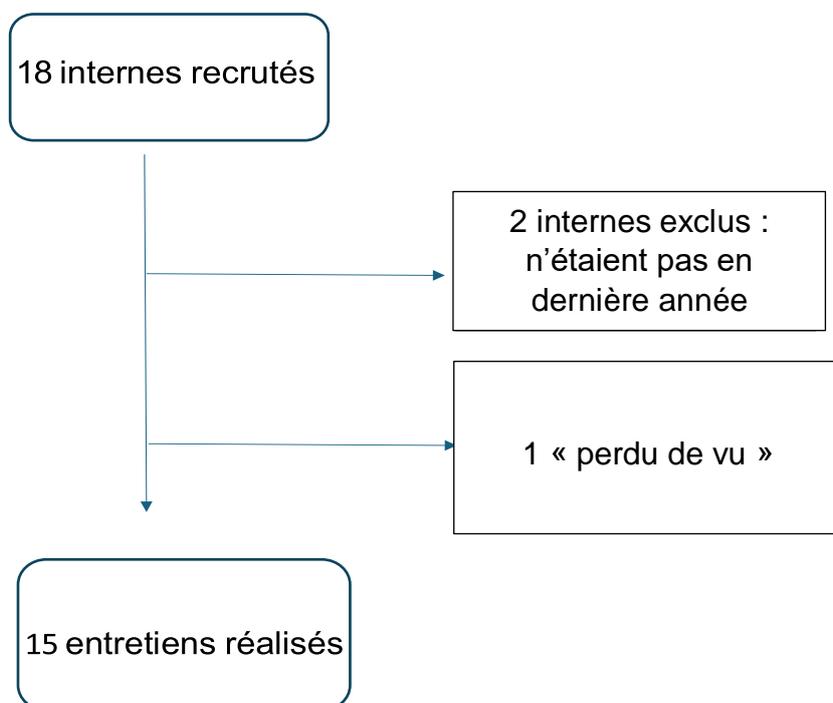


Figure 1 : diagramme de flux, 2024

Les caractéristiques générales des internes inclus sont détaillées dans le tableau 1. Parmi les 15 internes interrogés, 9 sont des femmes et 6 des hommes. Leur âge moyen était de 29 ans avec un minimum de 26 ans et un maximum de 37 ans. Sur les 15 internes, 3 étaient en 6^{ème} semestre et 12 en 5^{ème} semestre. Concernant les formations optionnelles, seulement 6 y ont assisté et seulement 1 interne a réalisé un DU au cours de son internat (tableau 2).

Quant à leur exercice professionnel futur, 10 internes souhaitent exercer exclusivement en libéral, 3 souhaitent un exercice mixte libéral – Hospitalier et une interne souhaite exercer dans un milieu carcéral ou dans un service psychiatrique.

	Durée de l'entretien	Sexe	Age	Niveau d'étude	Lieu d'étude	Formation optionnelle	DU/DIU	Exercice souhaité
E1	30 min	Féminin	26	5 ^{ème} semestre	Poitiers	Addictologie ; JEL	Non	Libéral en Poitou-Charentes
E2	32 min	Masculin	37	6 ^{ème} semestre Ancien Pharmacien	Poitiers	Non	Non	Mixte libéral CHU
E3	29 min	Masculin	26	5 ^{ème} semestre	Poitiers	Non	Non	Libéral en semi rural dans la région
E4	38 min	Féminin	27	5 ^{ème} semestre	Internat Poitiers ; externat Lille	Non	Alimentation végétarienne ; santé environnementale	Libéral
E5	43 min	Féminin	27	5 ^{ème} semestre	Internat Poitiers / Externat Bordeaux	Addictologie	Non	Milieu carcéral ou Cs générale en Hôpital psy dans la région
E6	35 min	Féminin	31	5 ^{ème} semestre	Poitiers /PACES ; P2 ; D1 Limoges	Non	Non	Libéral exclusif ; en rural dans la région
E7	27 min	Masculin	27	5 ^{ème} semestre	Poitiers	Non	Non	MSP libéral dans la Vienne
E8	54 min	Féminin	27	5 ^{ème} semestre	Poitiers	Addictologie ; planning familial ; CPAM	Non	Libéral exclusif ; MSP dans les Deux sèvres
E9	31 min	Féminin	28	5 ^{ème} semestre	Poitiers	CAP ; JEL	Non	Libéral semi rural à La Réunion
E10	27 min	Masculin	26	5 ^{ème} semestre	Poitiers	Congrès preuves et pratiques	Non	Libéral ; MSP vers Poitiers
E11	27 min	Masculin	28	5 ^{ème} semestre	Poitiers	Non	Non	Mixte ?
E12	35 min	Féminin	28	5 ^{ème} semestre	Poitiers	Non	Non	Mixte CHU libéral (semi rural)
E13	47 min	Féminin	34	5 ^{ème} semestre Ancienne Ingénieur	Poitiers	Non	Non	Libéral exclusif dans la Vienne
E14	33 min	Féminin	29	6 ^{ème} semestre	Poitiers	Non	Non	Libérale en Charentes Maritime
E15	51 min	Masculin	34	6 ^{ème} semestre Ancien infirmier	Poitiers	Addictologie ; CPAM	Non	Libéral salariat en Sud Vienne (MSP)

Tableau 1 : Caractéristiques des internes interrogés, Poitiers 2024

Caractéristiques	
Nombre total	16
Homme	6
Femme	9
Age moyen	29 ans
Age minimal	26 ans
Age maximal	37 ans
Formation optionnelle	
Oui	6
Non	9
Diplôme universitaire	
Oui	1
Non	14
Mode d'exercice souhaité	
Libéral exclusif	11
Mixte libéral hospitalier	3
Autre	1

Tableau 2 : Résumé des caractéristiques des internes interrogés, Poitiers 2024

2) Les troubles du comportement alimentaire

L'analyse des entretiens semi dirigés a permis de mettre évidence des étiquettes regroupés en thèmes et super thèmes. Ces derniers sont regroupés dans un diagramme partant de l'hyperphagie boulimique à partir duquel émergent ces supers thèmes et thèmes (figure 2).

a) Connaissances floues des Troubles du comportement alimentaire

Les internes de médecine générale avaient une connaissance floue concernant les troubles du comportement alimentaire. Une majorité citait systématiquement l'anorexie mentale en premier, c'était également celui qu'ils connaissaient le mieux.

La majeure partie des internes ne citaient que l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse lorsqu'ils devaient évoquer les TCA.

E2 ; E8 ; E13 ; E3 ; E6 : « Oui, du moins grossièrement » ; « J'ai que ça en tête l'anorexie mentale et puis la boulimie ».

Seulement 3 internes parmi les 15 interrogés citaient les trois grandes pathologies formant les troubles du comportement alimentaire, à savoir l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique. Par ailleurs, seulement 5 internes citaient spontanément l'hyperphagie boulimique lorsqu'ils devaient évoquer les troubles du comportements alimentaires.

b) Anorexie mentale au 1^{er} plan

Comme précisé précédemment, l'anorexie mentale était le trouble du comportement alimentaire le mieux connu des internes.

E5 ; E3 ; E12 ; E11 « Un petit peu oui, mais plus la partie anorexie mentale » ; « Mes connaissances sont surtout sur l'anorexie mentale »

Les internes disaient avoir plus d'expérience professionnelle concernant l'anorexie mentale. 13 internes sur 15 interrogés avaient déjà pris en charge des patients souffrant d'anorexie mentale.

E13 ; E7 ; E4 ; E3 : « Quand j'étais en pédiatrie, j'avais des anorexiques [...] j'en ai peut-être rencontré cinq sur un semestre »

Ceci était expliqué par la plupart des internes par le fait que l'anorexie mentale est plus médicalisée que l'hyperphagie boulimique.

E4 ; E5 ; « L'anorexie est plus médicalisée que l'hyperphagie, et que, du coup, je pense qu'à travers nos stages, on en voit moins »

De nombreux internes se sentaient mieux formés à l'anorexie mentale. Ils justifiaient cela par le fait que les cours qu'ils avaient reçus sur leurs lieux de stage au sujet des troubles du comportement alimentaire ne parlaient exclusivement que de l'anorexie mentale, et parfois de la boulimie nerveuse. La plupart des internes interrogés confiaient que l'autoformation était importante, et que cette dernière dépendait des pathologies rencontrées en stage. Ainsi, la plupart se disaient mieux formés à l'anorexie mentale car ils étaient plus confrontés à cette dernière.

E12 ; E4 ; E6 : « Quand on a un topo, il y a un grand truc sur l'anorexie, un truc sur la boulimie » ; « En autoformation, j'ai fait beaucoup plus de recherche sur l'anorexie restrictive que sur ça parce que j'y étais beaucoup plus confrontée »
E6

c) Anorexie mentale plus grave que l'Hyperphagie boulimique

Pour reprendre ce qui a été dit auparavant, l'anorexie mentale est, selon les internes, plus médicalisée que l'hyperphagie boulimique et donc plus hospitalisée. La majorité des internes interrogés estimaient de ce fait que l'anorexie mentale était plus grave que l'hyperphagie boulimique et était donc plus importante à rechercher.

Les internes avaient, pour certains, une vision dédramatisée de l'hyperphagie boulimique contrairement à l'anorexie.

E12 ; E8 : « Contrairement à l'anorexie mentale où il y a des décès [...] Je n'ai pas eu de notion de choses graves qui en ont découlé » ; « Je pense que je ne suis peut-être pas sensibilisé assez à la dangerosité que ça peut représenter pour la personne »

3) L'interne face à l'hyperphagie

a) Hyperphagie boulimique mal connue des internes

a-1) Confusion avec la boulimie nerveuse

L'hyperphagie boulimique n'était pas parfaitement connue des internes de médecine générale. La moitié des internes interrogés confondaient hyperphagie boulimique et boulimie nerveuse. Seulement la moitié des internes connaissaient la définition de l'hyperphagie boulimique.

E8 ; E12 ; E2 ; E5 ; E10 : « C'est l'hyperphagie euh... avec une sensation de perte de contrôle et le côté boulimique, euh C'est qu'il me semble une compensation en se faisant vomir ou en utilisant des laxatifs » ; « Bah je pensais que c'était la même chose quoi Que euh la boulimie quoi »

Aucun des internes interrogés ne connaissaient les critères diagnostiques du DSM 5.

a-2) Tableaux cliniques évoquant hyperphagie boulimique

La moitié des internes interrogés confondait l'hyperphagie boulimique et la boulimique nerveuse. On retrouvait également ces résultats lors de l'évocation par les internes des symptômes pouvant leur faire suspecter un diagnostic d'hyperphagie boulimique. Ces derniers citaient presque toujours une variation de poids lié aux mécanismes de purges ou des conséquences de ces mécanismes.

E5 ; E12 ; E13 ; E14 ; E8 : « Je sais que dans l'inconscient un peu collectif, c'est associé à du surpoids, alors que pas forcément » ; « Comme il y a des mécanismes compensateurs, ça ne se voit pas forcément » ; « De grosse variation de poids, d'un extrême à l'autre »

« La variation de poids, si ce qu'il décrit au niveau de ses prises alimentaires, des vomissements »

L'autre moitié des internes interrogés assimilait l'hyperphagie boulimique à un surpoids ou une obésité. Ils citaient également des antécédents de traumatismes, de troubles anxieux, de dépression, de stress et de mal être, de reflux.

Quelque uns avaient également évoqué un diabète, des troubles hépatiques, des troubles du sommeil, un isolement, des consultations fréquentes avec motifs cachés, une mésestime de soi, des douleurs abdominales importantes, une inquiétude autour du poids.

Deux internes interrogés avouaient ne pas savoir devant quoi suspecter un diagnostic d'hyperphagie boulimique.

E3 ; E12 : « Bah là, je sèche » ; « non franchement non [...] Je n'ai pas trop de choses qui me font penser à l'hyperphagie boulimique »

a-3) Hyperphagie boulimique moins grave que les autres TCA

Seulement 5 internes déclaraient que l'hyperphagie boulimique pouvait avoir un retentissement physique et psychologique important.

E1 ; E4 ; E8 ; E11 ; E12 : « Ça peut être grave ; autant psychologiquement que physiquement pour les patients » ; « Il y a un impact important sur la vie des gens »

A-peu-près la moitié des internes interrogés pensaient qu'il existe des pathologies plus graves et plus préoccupantes que l'hyperphagie boulimique, nécessitant un dépistage prioritaire.

E8 ; E7 ; E4 ; E 15 « Ce n'est clairement pas ce que j'ai le plus en tête, j'essaie quand même d'éliminer les diagnostics de gravité aiguë » ; « Le fait que je trouve que c'est un peu des problèmes dont on sait qu'ils existent et en même temps, on va beaucoup plus vite dépister une hypertension qu'une hyperphagie boulimique » ; « On est peut-être beaucoup trop sur formé sur la prise en charge du diabète et cardio vasculaire tout ça qu'on en délaisse peut-être un petit peu trop tout ça » E15

a-4) Sous diagnostiquée et non recherchée par les internes

Les internes pensaient qu'il existe un sous-diagnostic de l'hyperphagie boulimique (9 en ont parlé) et certains ne pensaient pas à rechercher l'hyperphagie boulimique car ils estimaient sa prévalence trop faible.

E1 ; E7 ; E13 ; E15 : « On peut dire 0.5% » ; « Je ne sais pas à quelle fréquence dans la population générale, l'hyperphagie boulimique, je ne sais pas s'il faut le rechercher ou pas » ; « Je pense qu'il y a quand même un sous diagnostic de cette maladie »

Quelques internes pensaient ne pas avoir su poser le diagnostic d'hyperphagie boulimique.

E1 ; E2 : « je pense que j'ai dû passer à côté des diagnostics c'est sur »

Pour la plupart des internes interrogés, l'hyperphagie boulimique était évoquée seulement si le patient abordait de façon très explicite la question des troubles du comportement alimentaire, ou s'il y avait des symptômes bruyants.

E7 ; E9 ; E11 ; E13 ; E14 : « Il faut vraiment que le patient vienne me voir en me disant j'ai des crises de boulimie, je n'arrive pas à m'arrêter de manger pendant ces crises, est ce que vous pouvez m'aider ? » ; « Je pense que si la patiente ne m'en parle pas un minimum, ne me donne pas vite une pancarte avec écrit qu'il faudrait y penser je pense que je n'y penserais pas »

Plus de la moitié des internes confiait que l'hyperphagie boulimique n'était pas une pathologie qui les préoccupait.

E2 ; E7 ; E8 ; E12 ; E16 ; E15 : « C'est vrai que les troubles alimentaires pour l'instant je n'm'y suis pas trop préoccupé » ; « Je n'y penserais pas en premier lieu dans une prise de poids »

E7, 12 « Ce n'est clairement pas ce que j'ai le plus en tête, j'essaie quand même d'éliminer les diagnostics de gravité aigue » ; « Parce qu'il y a déjà plein d'autres choses à penser, donc j'avoue que ce n'est pas la priorité sur mes consultations »

a-5) L'alimentation non abordée en consultation

Lorsque la question de la prise en charge des patients souffrant d'hyperphagie boulimique est abordée, un seul interne évoquait la possibilité d'utiliser un carnet alimentaire afin de s'intéresser aux prises alimentaires et aux émotions associées.

Pour les autres internes, le sujet de l'alimentation était abordé au travers du prisme du manque d'appétit, que l'on peut retrouver dans les épisodes dépressifs caractérisés par exemple.

E2, 4, 5, 8, 9, 12 : « On sait donner des conseils alimentaires mais on ne va pas forcément plus loin » ; « Si elle dit oui oui sur l'appétit je ne creuse pas »

E2, 9 : « C'est plutôt l'autre versant tu sais les gens qui ne sont pas bien qui bouffent plus quoi » ; « J'avoue que je vais souvent sur l'alimentation quand on va parler psy, soit sur les dépressions ou les choses comme ça. Mais à aucun moment donné, j'ai une personne qui me disait qu'elle mangeait plus que ...en général, c'est l'inverse. Ils ne mangent plus »

a-6) Manque d'expérience professionnelle

Aucun des internes interrogés n'avait pris en charge de patient souffrant d'hyperphagie boulimique, ni assisté à une prise en charge.

Un interne expliquait ne jamais avoir pris en charge de troubles du comportement alimentaire. Certains connaissaient des patients souffrant de TCA mais ne les prenaient pas en charge pour ces pathologies.

E3, 5, 7, 10, 14, 15 : « La mauvaise expérience que j'ai, enfin de la non expérience que j'ai dessus » ; « Je me suis jamais retrouvé confronté, donc je connais vraiment pas grand-chose dessus » ; « Pendant mon stage de libéral, j'en ai jamais vu, mon stage de niveau 1 j'en ai jamais vu »

Pour conclure, beaucoup confondaient l'hyperphagie boulimique et la boulimie nerveuse. Les internes de médecine générale ne connaissaient pas clairement l'hyperphagie boulimique. Ils estimaient que c'est une pathologie sous diagnostiquée et minimisaient pour la plupart les conséquences de l'hyperphagie boulimique, ce qui pouvait diminuer leur préoccupation quant à cette pathologie.

De plus, l'alimentation n'était que très peu abordée par les internes, ou seulement sous l'angle de l'absence d'alimentation.

Pour finir, les internes expliquaient cette méconnaissance du sujet notamment par l'absence d'expérience professionnelle.

b) La prise en charge de l'hyperphagie selon les internes

b-1) Examens mal connus des internes

Concernant la prise en charge de l'hyperphagie boulimique, tous les internes réalisaient un interrogatoire exhaustif avec la recherche des antécédents, des facteurs déclenchants, des troubles associés, de potentiels traumatismes passés et des possibles retentissements.

E1, 3, 10, 13 : « J'essaie de comprendre l'environnement du patient » ; « Est ce qu'il y a des troubles suicidaires aussi associée ? est ce qu'il y a une dépression associée ? »

Ils pratiquaient tous un examen clinique élémentaire.

E1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 : « Un examen clinique standard »

Par ailleurs, la recherche de diagnostics différentiels n'était pas systématique pour 2 internes. Pour les autres, ils ne connaissaient pas parfaitement les examens à réaliser.

E3, E12 : « J'élimine d'abord ce qui est somatique » ; « L'IRM cérébral et je sais qu'il y a en a d'autres mais je ne sais plus alors »

E7, E5 « Si point d'appel » ; « Je ferais une bio [...] et après, autre examen complémentaire, pour l'instant, je n'irais pas plus loin que ça »

La majorité des internes souhaitent réaliser un examen biologique, mais ne savaient pas précisément lequel. Seulement 5 internes étaient à l'aise avec le bilan biologique et les examens complémentaires et 2 internes disaient ne pas faire de bilan biologique si le patient ne présentait pas de techniques de purges.

E3, 10, 11 : « Je me rappelle plus ce qu'ils mettent mais déjà les troubles ioniques » ; « Qu'est-ce qu'il y avait d'autre ? j'ai oublié » ; « mais je ne sais pas trop ce que j'irais faire d'autre, pour le coup »

E5, 8 : « Probablement avec un iono s'il y a des comportements de vomissements » ; « Je ferais une bio pour voir s'il n'y a pas de troubles ioniques ou éventuellement de carences, s'il y a des techniques purgatives »

1/5^{ème} des internes interrogés ne connaissaient pas les examens complémentaires recommandés dans la prise en charge de l'hyperphagie boulimique, et se calquaient donc sur la prise en charge de l'anorexie mentale.

E3, E14 : « Je sais que dans l'anorexie il y a certaines imageries mais je ne sais pas si ça compte aussi pour l'hyperphagie boulimique » ; « Je pense que je ferais un peu le bilan comme dans l'anorexie »

Pour conclure, les internes étaient à l'aise avec l'interrogatoire et l'examen clinique. En revanche ils ne l'étaient pas, pour la plupart, avec les différents examens à réaliser, par manque de connaissance ou par confusion entre l'hyperphagie boulimique et l'anorexie mentale.

b-2) Prise en charge pluridisciplinaire avec suivi conjoint

Les internes proposaient à l'unanimité une prise en charge pluridisciplinaire avec un suivi conjoint. Ils proposaient différentes orientations dont le psychologue, voire le psychiatre, l'endocrinologue et le diététicien nutritionniste.

E3, 9, 11, 13 : « Je vais m'orienter vers un psychiatre ou du moins un spécialiste dans le domaine » ; « Je pense que c'est une prise en charge pluridisciplinaire »

E10 : « Il y a une partie suivie mais conjointe avec des psychiatres »

Seulement 2 internes ont insisté sur le fait d'écouter et de faire déculpabiliser le patient.

E9 ; E4 « Je l'écouterais » ; « Vraiment déculpabiliser un maximum »

Une interne précisait qu'il fallait orienter vers un diététicien spécialisé en trouble du comportement alimentaire, au risque pour le patient d'aggraver son trouble.

E4 « Si j'envoie vers un ou une diététicienne, que ce soit une qui s'y connaisse qui soit spécialisée, parce que si c'est juste pour faire un plan, ce n'est pas comme ça qu'on guérit les patients » ; « Le risque je trouve c'est d'aggraver les TCA en mettant encore une grille à suivre »

Aucun des internes interrogés ne mettait en place de façon systématique un traitement médicamenteux. Ils étaient unanimes pour instaurer un traitement en fonction des syndromes associés.

E1, 2, 5, 13 : « Non pas forcément, ça dépendrait un petit peu de l'état du patient, du mal être » ; « Je pense que ça dépendrait si c'est associé à beaucoup d'anxiété, si c'est associé à un syndrome dépressif »

Pour conclure, tous les internes estimaient qu'une prise en charge pluridisciplinaire était nécessaire, avec une orientation vers différents spécialistes. Cependant, les raisons justifiant l'orientation n'étaient pas toujours évidentes, qui seront détaillées par la suite.

b-3) Ressources à disposition : Très peu connues des internes

Aucun interne interrogé ne connaissait de réseau pour l'hyperphagie boulimique et la majorité ne connaissait pas de professionnels de santé spécialisés dans les troubles du comportement alimentaire.

Seulement 3 internes connaissaient des spécialistes en TCA rencontrés lors de leurs différents stages, mais ces derniers étaient principalement spécialisés dans l'anorexie mentale.

E1, 3, 10, 13 : « Je n'ai pas de nom de psychiatre qui est spécialisé là-dedans ou de nom de psychologue qui s'y connaît plus ou moins » ; « Je ne connais pas particulièrement un réseau »

E3 : « Pour la pédiatrie je sais qu'on peut adresser vers Rochefort, vu qu'il y a Dr LISKA »

Sur tous les internes interrogés :

- 11 internes ne connaissaient pas le CECAT (Centre d'écoute et d'accueil ...)
- 3 connaissaient le CECAT mais seulement pour la prise en charge de syndrome dépressif principalement
- 1 seul interne connaissait le CECAT dans le cadre des TCA

E2, 7, 10 : « J'en ai entendu parler mais je ne savais pas qu'il pouvait prendre en charge ce genre de chose là »

La majorité ne connaissait pas la fédération française des TCA et un interne citait le site TCA Poitou-Charentes.

Parmi les différentes ressources citées étaient retrouvées : le Vidal, le DSM V, Henri Laborit, le Collège de psychiatrie, le moteur de recherche Dooctor, obésiclic, Kit médical.

Pour conclure, les internes ne connaissaient peu voire pas de ressources sur l'hyperphagie boulimique, et aucun ne connaissait de réseau spécialisé dans les TCA.

b-4) Sentiment d'illégitimité des internes

Comme vu précédemment, les internes estimaient ne pas avoir d'expérience professionnelle concernant l'hyperphagie boulimique et souffrir d'un manque de connaissance sur sa prise en charge. De ce fait, ils ne se sentaient pas légitime à diagnostiquer et prendre en charge des patients souffrants d'hyperphagie boulimique.

E1, 4, 11, 13 : « À l'heure actuelle, je ne suis pas spécialiste, peur d'oublier quelque chose et de faire un retard, soit un retard de diagnostic important, soit un retard de prise en charge qui aurait été évident si j'avais été peut-être un peu mieux formée » ; « je pense que je ne me sens pas la légitimité scientifique, entre guillemets, pour cette prise en charge » ; « Je ne me sens pas à ma place ; je n'ai pas l'impression d'avoir beaucoup lu sur le sujet »

2 internes soulignaient le fait qu'ils ne connaissaient pas de recommandation officielle ou d'algorithme de prise en charge de l'hyperphagie boulimique.

E4 : « Je n'ai pas l'impression que c'est un truc où j'ai lu des recos »

3 internes disaient qu'ils orientaient assez rapidement les patients car ils ne se sentaient pas à l'aise avec la prise en charge de l'hyperphagie boulimique, par méconnaissance.

E6, 8, 5 : « Je ne sais pas exactement comment ça se prend en charge » ; « Je n'ai pas les capacités pour faire une prise en charge globale et de qualité »

D'autres (3) orientaient car ils estimaient leurs consultations trop courtes pour prendre en charge un patient souffrant d'hyperphagie boulimique ; cette prise en charge étant jugée longue et fastidieuse. Ils estimaient également ne pas pouvoir proposer de suivi rapproché par manque de disponibilité.

E8, 13, 15 « J'ai des douleurs thoraciques, avis cardio, j'ai l'hypertension, je mets un traitement, alors que là, ça va être bien plus...bien plus long et bien plus fastidieux comme prise en charge » ;« Comme je ne peux pas les voir tous les quatre matins, je pense que j'aurai orienté assez rapidement vers un psychiatre »

Finalement, les internes se sentaient illégitimes dans la prise en charge de l'hyperphagie boulimique pour plusieurs raisons, dont le manque d'expérience et la méconnaissance du sujet. Comme vu précédemment, tous les internes proposaient une prise en charge pluridisciplinaire avec une orientation vers différents spécialistes. Mais près de la moitié d'entre eux orientait du fait d'un sentiment d'illégitimité.

c) Besoins d'aide

La majorité des internes ressentait le besoin d'effectuer des recherches pour confirmer le diagnostic d'hyperphagie boulimique. 3 internes expliquaient ressentir le besoin que le diagnostic soit confirmé par un spécialiste.

E1, 6, 7, 8, 13 : « Je pense qu'il faudrait que je regarde exactement les critères pour dire que ça rentre dedans, et les symptômes » ; « Il faudrait que je fasse quelques recherches, je pense, parce que je ne suis pas assez au courant sur la question »

E7, 6 : « Le psychiatre, rien que pour juste la pose du diagnostic »

Les internes préféraient reprogrammer un rendez-vous à distance pour leur permettre de réaliser ces recherches et avoir le temps de se documenter sur le sujet.

E4, 5, 10 : « J'aurais dit qu'on se revoit la semaine prochaine et j'aurais fait mes recherches » ; « J'aurais fait un état des lieux au premier, et puis après, je me serais renseignée »

Les internes rapportaient également une peur de mal faire face aux patients souffrant d'hyperphagie boulimique. Ils ressentaient ainsi pour la plupart le besoin d'un soutien des spécialistes par le biais d'un algorithme de prise en charge bien défini.

E3, 5, 9, 10, 13, 15 : « Il faut qu'on se fasse aider, parce que je pense qu'on n'est pas spécialiste dans tout ça » ; « J'aurais peur de mal faire les choses, de donner de mauvaises infos [...] il vaut mieux que ce soit quelqu'un qui sache gérer ce domaine que voler de certaines ailes qu'on n'a pas » ; « J'aurais peur de passer à côté et j'aurai peur de mal prendre en charge »

E7, 14 : « S'il y a un psychiatre ou quelqu'un qui dit qu'il faut mettre un traitement, si après, il me dit les trucs à surveiller sur ce traitement ça, oui, je peux me débrouiller » ; « Je cherche de l'aide pour la prise en charge, je ne me sens pas de gérer seule »

Les internes ressentaient donc le besoin d'être soutenus par les spécialistes, par le biais d'une prise en charge claire à suivre. Ils ressentaient également le besoin d'effectuer des recherches entre les consultations afin de se sentir plus à l'aise avec le sujet.

d) Statut de l'interne de médecine générale

Certains internes rapportaient qu'il était difficile pour eux de mettre en place un suivi, car ils étaient peu présents dans le même cabinet pendant leurs stages et qu'il était donc difficile de voir l'efficacité ou non de leur prise en charge. Ils estimaient faire essentiellement de l'aigu sur leurs créneaux de consultation, principalement dédiés aux urgences.

E4, 9, 12 : « C'est délicat en stage car on n'est pas là tout le temps » ; « J'avais eu pas mal de consultation d'aigus en plus » ; « Je trouve que c'est difficile quand on est interne et qu'on change, on est sur plusieurs cabinets et on n'a pas trop de suivi en six mois quoi »

E4 : « Je trouve que c'est difficile de voir l'efficacité des mesures qu'on essaye de mettre en place »

Il était également difficile pour certains internes d'aborder ce sujet avec les patients. Ils expliquaient cela par l'absence d'une relation de confiance suffisamment forte, avec des patients qu'ils ne connaissaient pas.

E12 : « Déjà le fait de reprendre le dossier, enfin, tu vois on n'a pas le temps d'aborder le poids » ; « Peut-être que si ce sont des patients que je connaissais parce que je les suis depuis 2-3 ans, je l'aborderai à un moment donné »

Les internes interrogés estimaient également être souvent à l'Hôpital durant leur cursus, ce qui pouvait limiter leur probabilité de prendre en charge des patients souffrants d'hyperphagie boulimique ; cette dernière étant peu voire pas hospitalisée. Certains rapportaient également l'apprentissage d'une pratique à l'hôpital déconnectée de la pratique ambulatoire.

E3, 5, 7 : « Ce n'est pas pareil à l'hôpital, que les prises en charge en libéral » ; « La formation n'a pas été appliquée, applicable en libéral je pense »

E7 : « Une année d'internat sur trois ans ; il y a juste un an de médecine générale »

Les internes estimaient que l'organisation de leur stage ne leur permettait pas de faire de suivi puisqu'ils étaient présents dans le même cabinet qu'un jour par semaine et faisaient principalement de l'aigu. De plus ils estimaient être souvent présents à l'hôpital durant leur cursus ce qui pouvait freiner l'apprentissage d'une pratique libérale.

e) L'Obésité et les internes de médecine générales

Les internes ne se sentaient pas à l'aise à l'idée d'aborder le poids avec les patients obèses ou en surpoids.

E4, 5, 6, 7 : « Les personnes obèses elles en ont ras le bol qu'on parle tout le temps de leur rapport au poids, à l'alimentation, à leur corps » ; « Surtout quand c'est pas leur motif de consult, quoi, que j'ai du mal à creuser parce que je pense que j'ai pas forcément envie de réveiller les choses dont les patients n'ont pas forcément encore conscience ou sont pas encore prêts »

E6 : « Je pense que ça concerne pas mal de gens avec tout ce qui est dictat de l'apparence et de l'alimentation »

Pour beaucoup, ils craignaient la réaction du patient et avaient peur que le patient se sente jugé par leurs questions. Ils expliquaient cela par le fait que les patients obèses ne consultaient que très rarement, voire pas du tout au sujet de leur poids.

E1, 4, 8 : « Face aux patients obèses c'est toujours intrusif et délicat de parler du poids comme ça » ; « Ce sont des gens qui savent qu'ils sont obèses, ils savent quel poids ils font »

E6 : « Je n'ai pas envie de faire le méchant médecin à parler du poids »

2 internes avaient l'impression que l'obésité n'intéressait pas en médecine générale et que la plupart cherchait à la corriger, sans faire de recherche étiologique.

E5, 7 : « J'ai plutôt cherché à corriger l'obésité, donc je termine avec un suivi diététicien, nutritionniste, mais sans chercher forcément les cause de cette obésité » ; « Il y a une obésité, il faut traiter l'obésité, mais sans aller chercher la cause de pourquoi cette obésité »

E5 : « On leur dit d'aller voir une diète et puis on ne s'en occupe pas »

f) Le patient et sa maladie

Selon les internes interrogés, les patients souffrant d'hyperphagie boulimique ressentait des sentiments de honte et de culpabilité et donc ne parlaient pas spontanément de leur trouble.

E3, 4, 5, 11, 13 : « Il y a une sensation de culpabilité par les patients, ils en parlent pas et puis voilà » ; « Je pense que c'est quelque chose qui est vécu pour beaucoup comme une honte, c'est difficile à dire »

E3, 13 : « Elles ne peuvent pas d'elle mêmes te dire bah oui mais des fois je mange des grosses quantités. Après des fois ils ont peut-être besoin aussi qu'on mette les pieds dedans » ; « Si on ne pose pas la question on ne le sera pas quoi ; enfin ils ne nous le diront pas forcément spontanément quoi »

De plus, deux internes insistaient sur le fait que ces patients sont experts en nutrition et qu'il était donc inutile de leur prodiguer des conseils alimentaires pour une alimentation équilibrée.

E4, 13 : « Je pense que ce n'est pas forcément des gens qui ne savent pas bien manger » ; « Dans les TCA, c'est des gens qui connaissent extrêmement bien, en général, l'équilibre alimentaire parfait »

Pour conclure, les internes ne se sentaient pas à l'aise à l'idée d'aborder le poids avec les patients obèses et avaient peur de les stigmatiser, de jouer le rôle du « méchant médecin » en pointant du doigt leur poids. De plus, la honte et la forte culpabilité des patients pouvaient entraver la démarche diagnostique.

4) Médecine générale et hyperphagie

a) Rôle du médecin généraliste selon les internes

L'intégralité des internes interrogés était unanime concernant la place centrale du médecin généraliste dans la prise en charge de l'Hyperphagie boulimique, également dans le dépistage. Ils estimaient être la porte d'entrée dans le système de soin. La relation de confiance présente en médecine générale avec les patients permettait à ces derniers de se livrer plus facilement sur leur trouble.

E4, 5, 6, 8, 9, 10, 13 : « Parce que comme on est un premier interlocuteur, il y a du sens à les suivre quand même aussi, même si on n'est pas spécialiste » ; « Je pense qu'il y a un vrai rôle de dépistage »

E9 : « Et nous se mettre au milieu pour accompagner le patient, parce que du coup, on était la première porte d'entrée »

E4 : « C'est des pathologies où les patients sont sans doute coupables, sont pas bien par rapport à ça, le fait de pouvoir créer un climat de confiance, on a la temporalité avec nous en médecine générale »

Ils estimaient également que le médecin généraliste a un rôle également d'orientation, quand il le juge nécessaire, ou quand il se sent dépassé par une prise en charge trop complexe.

Les internes estimaient que le médecin généraliste joue donc un rôle de coordination des soins.

E11 : « Je pense que la médecine générale a totalement sa place dans la prise en charge, conjointement avec un psychiatre, pourquoi pas une diète. Je pense que le médecin généraliste peut être au centre de la prise en charge »

De plus, pour la plupart, le médecin généraliste prenait en charge le patient dans sa globalité, quel que soit sa pathologie.

E5, 12, 15 : « Ça fait partie de notre métier parce que pour moi on prend tout le monde en charge peu importe l'ethnie, la religion, sa couleur de peau » ; « Notre rôle de premier recours et d'orientation pour une prise en charge globale »

b) Psychiatrie en médecine générale

b-1) Internes non formés à la psychiatrie

Selon les internes, ils n'avaient pas de formation théorique durant leur internat concernant les différentes pathologies psychiatriques. Ils estimaient également que, durant leur externat, les cours portant sur les pathologies psychiatriques étaient abordés succinctement.

E3, 5, 9, 10, 11 : « À l'internat on est encore moins formé, hein, on n'aborde pas les sujets, on n'a pas de formation du côté psychiatrique » ; « Le DMG nous aide pas à réagir devant une personne avec un syndrome dépressif » E3

E10 : « Les troubles psychiatriques sont beaucoup sous diagnostiqués, mal pris en charge » ; « Oui au même titre pour moi que toutes les pathologies psy qui sont sous diagnostiquées et auxquelles on prête trop peu d'attention »

Les internes étant passé en stage de psychiatrie ressentaient une barrière entre leur prise en charge et la psychiatrie. Ils trouvaient que les stages étaient très sectorisés et que l'interne de médecine générale n'étaient là que pour traiter le somatique. Ils estimaient aussi qu'il n'y avait pas de communication avec les psychiatres.

E5, 7 : « Je trouve aussi dommage, c'est que c'est très segmenté le somatique et le psy. Il y a peu de communication entre les psychiatres ou les psychologues et les médecins généralistes » ; « C'est un peu compliqué de rentrer dans la prise en charge des troubles du comportements alimentaires dans ce stage-là » ; « C'était vraiment pour faire un examen d'entrée somatique sans spécificité particulière »

b-2) somatique en 1^{er}

Les internes interrogés soulignaient un manque d'intérêt pour les pathologies psychiatrie dans leur profession.

E11 : « Je ne suis pas très à l'aise en général avec la psy » E11

E5, 7, 11 : « C'est un peu ce truc là qu'on a toujours dans nos études ou si c'est du psy c'est chiant » ; « Mes co internes n'y supportaient pas les trucs psy »

Certains estimaient que les pathologies somatiques étaient plus importantes que la psychiatrie voire plus « nobles ». Ils expliquaient cela par le fait que c'était sur ces pathologies dites « nobles » que les professeurs insistaient plus durant leur cours.

E2, 7 : « On n'en parle pas plus que ça ce n'est pas les gros trucs comme le SCA comme l'AVC, comme les trucs un peu ...les pathologies nobles » ; « Je préfère déjà bien prendre en charge l'organique entre guillemets et après m'intéresser aux non organiques »

b-3) Peu d'outils

4 internes disaient ne pas se sentir à l'aise avec la prise en charge psychiatrique et qu'ils n'avaient pas beaucoup de ressources à disposition, mise à part au sujet de la dépression et les violences.

E7 : « On a un peu plus d'outils sur tout ce qui va être les violences intra familiales, un peu plus sur la dépression, ce genre de choses Tout ce qui est un peu plus autour je trouve qu'on n'a pas trop d'armes par rapport à ça »

Pour un interne, la prise en charge de pathologie psychiatrique était difficile émotionnellement et craignait de ne pas réussir à aider ces patients.

E11, 13 : « Derrière il peut y avoir des grosses histoires familiales très lourdes, des trucs très compliqués avec pas forcément de réponses, des vies des fois c'est dur à encaisser, je trouve en tant que praticien »

En résumé, tous les internes interrogés estimaient que le médecin généraliste avait pleinement sa place dans la prise en charge de l'hyperphagie boulimique, en particulier en ce qui concerne le dépistage, l'orientation et la coordination des soins. Cependant, ils rapportaient un manque de formation et d'intérêt pour les pathologies psychiatriques en médecine générale, avec peu de ressources disponibles, ce qui peut venir les limiter dans leur prise en charge.

5) Formation de l'interne de médecine générale

a) Limitée durant l'externat

La majorité des internes estimaient leur formation pauvre et limitée durant l'externat. Pour eux, les cours sur l'hyperphagie boulimique se noyait dans une multitude d'item à apprendre pour l'examen classant national. La formation était jugée insuffisante, notamment au vu de la complexité du sujet, et qui avait été résumée à un cours sur 3 ans où tous les TCA étaient abordés en 2 heures.

E3, 8, 10, 11, 14 : « La formation est quasi inexistante » ; « Le cours sur l'hyperphagie boulimique que j'ai eu était vraiment très, très mince » ; « On doit vite fait en parler dans les cours de psychiatrie et je crois que sinon on n'a rien vu »

E7, 8 : « Ça a été un morceau de chapitre parmi une pléthore d'items qu'on avait à taffer pour l'ECN » ; « Je pense que ça s'est perdu un peu dans la base des diagnostics potentiels qu'on a eu à apprendre pour notre ECN »

Les internes rapportaient également que l'hyperphagie boulimique n'avait pratiquement jamais fait l'objet de question à l'examen classant national.

E5 : « Je suis certaine qu'on a eu aucune situation qui tombait autour des TCA »

Seulement 2 internes sur les 15 interrogés étaient satisfaits de la formation qu'ils avaient reçu durant leur externat.

E1, 8 : « Elle est pas mal parce qu'il y a tellement de choses à voir qu'on ne peut pas creuser sur tout »

b) Formation durant notre internat de médecine générale

b-1) Pas de formation théorique

Les internes étaient à l'unanimité insatisfaits de la formation pendant l'internat. Ils estimaient n'avoir eu aucune formation sur l'hyperphagie boulimique, ni aucune formation théorique dans leur de Diplôme d'Etudes spécialisées de médecine générale.

E1,3, 4, 5, 10, 13 : « On n'a pas de formation ; en gros on est un peu voués à nous même pour tout ce qui est formation théorique » ; « C'est le problème de l'internat de médecine générale actuel, c'est qu'on n'a pas beaucoup de formation directement sur les pathologies »

E9 : « À l'internat on est encore moins formé, hein, on aborde pas les sujets, on n'a pas de formation du côté psychiatrique »

14 des 15 internes pensaient qu'ils devaient se former sur l'hyperphagie boulimique. Un interne pensait ne pas avoir besoin de formation sur l'hyperphagie boulimique, mais estimait que cela pourrait être tout de même profitable.

Pour rappel, les internes rapportaient que lorsqu'ils avaient un cours sur les TCA durant leur stage, ce dernier parlait principalement de l'anorexie mentale, parfois de la boulimie nerveuse, mais jamais de l'hyperphagie boulimique ou simplement en simple citation.

E4 « Quand on a un topo il y a un grand truc sur l'anorexie, un truc sur la boulimie et après, il y a également qui existe l'hyperphagie boulimique où c'est de la boulimie sans comportement compensateur »

b-2) Maîtres de stage Universitaire non sensibilisés

Les internes ayant assisté à des prises en charge de troubles du comportement alimentaire (principalement l'anorexie mentale) en libéral insistaient sur le fait que leurs maîtres de stage universitaire (MSU) n'étaient pas forcément très à l'aise avec ce sujet. Pour la moitié des internes interrogés, leurs MSU n'étaient pas sensibilisés à cette pathologie et n'apprenaient donc pas aux internes à y penser.

E3,7 : « On ne nous y fait pas assez penser au cours de nos études » ; « Je crois que dans mes pratiques, je n'ai jamais vu de personne, justement, le faire, de rechercher les causes » E7

E5, 8, 12 : « Je pense que mes maîtres de stage n'ont jamais été très à l'aise non plus avec ça » ; « Et mes maîtres de stage je pense ne sont pas sensibilisés, on n'a jamais discuté de ça »

b-3) Manque de temps pour l'autoformation

La majorité des internes rapportaient que leur formation reposait essentiellement sur l'autoformation.

E10 « Si on n'est pas confronté à la situation, ou si on n'a pas dans le stage dans lequel on passe, un cours là-dessus on n'a pas de formation »

E2, 14 : « Très clairement en tant qu'interne de médecine générale si on ne se forme pas nous même à côté ce n'est pas quelque chose qu'on va nous apprendre quoi »

Cependant, il paraissait difficile pour eux de se dégager du temps pour l'autoformation, du fait de leur emploi du temps très rempli avec les stages et les obligations de l'internat en parallèle. Dans ce contexte, beaucoup avaient privilégié leur thème de prédilection pour l'autoformation, ce qui n'était pas forcément l'hyperphagie boulimique. Pour beaucoup d'interne, l'hyperphagie boulimique nécessitait une autoformation, mais pas plus qu'une autre pathologie.

***E2, 12, 14 : « C'est compliqué à gérer pour les internes d'avoir du temps libre » ;
« Je pense qu'on a déjà un internat qui est déjà tellement dense et court » ;
« C'est tellement vaste la médecine générale, on manque de temps »***

E14 : « Je n'irais pas forcément me renseigner dessus si je n'y serais pas confrontée »

Pour conclure, les internes estimaient pour la majorité que leur formation sur l'hyperphagie boulimique restait très limitée notamment durant l'externat, et inexistante durant l'internat, avec l'absence de toute formation théorique. Ils rapportaient également un manque de sensibilisation des MSU à ce sujet, qui ne leur permettait pas de se former. Pour finir, la formation pendant l'internat reposait essentiellement pour les internes sur l'autoformation. Cependant il leur était difficile de se dégager du temps du fait de leur stage et des obligations liées à l'internat. Ils privilégiaient donc leur formation à leur centre d'intérêt, ce que n'était pas forcément l'hyperphagie boulimique.

6) Formation souhaitée par les internes de médecine générale

a) Format souhaitée (figure 3)

Plusieurs propositions de formation ont été faite par les internes ; on retrouvait principalement des conférences ou des visioconférences avec intervention de spécialiste en TCA, et notamment des médecins généralistes spécialisés en TCA. Certains proposaient d'intégrer la formation sur l'hyperphagie boulimique dans les journées d'enseignements libre, et que ces journées devaient être plus nombreuses.

Ils souhaitaient tous une formation facilement accessible, concrète, rapide et incluant un outil facilement mobilisable en consultation.

E4, 6, 13 : « C'est peut-être plus simple, pour caler dans l'emploi du temps, mais avec un support fiche récap, qu'on puisse conserver pour garder les contacts, pour garder les critères DSM5 » ; « Pour la méd gé il faut des choses concrètes courtes et synthétiques facile à mettre en pratique dans nos consultes »

Un interne proposait d'intégrer le CECAT comme lieu de stage pour les internes de médecine générale sur un temps court.

E2 : « de la théorie puis de la pratique genre au CECAT tu vois ou accompagner quelqu'un qui en prend en charge »

Tous les internes interrogés souhaitaient avoir plus de cours théoriques intégré au DES de médecine générale ou alors des ressources facilement mobilisables.

E1, 8, 14 : « dans l'idéal, un peu style flyer ou PDF qui fait deux pages » ; « quelque chose qui est remobilisable facilement » ;

E3, 8 : « il y a pas mal de choses concrètes pour lesquelles on n'est pas formé »

Tous les internes interrogés estimaient que la formation sur l'hyperphagie boulimique devait être intégrée dans le DES de médecine générale.

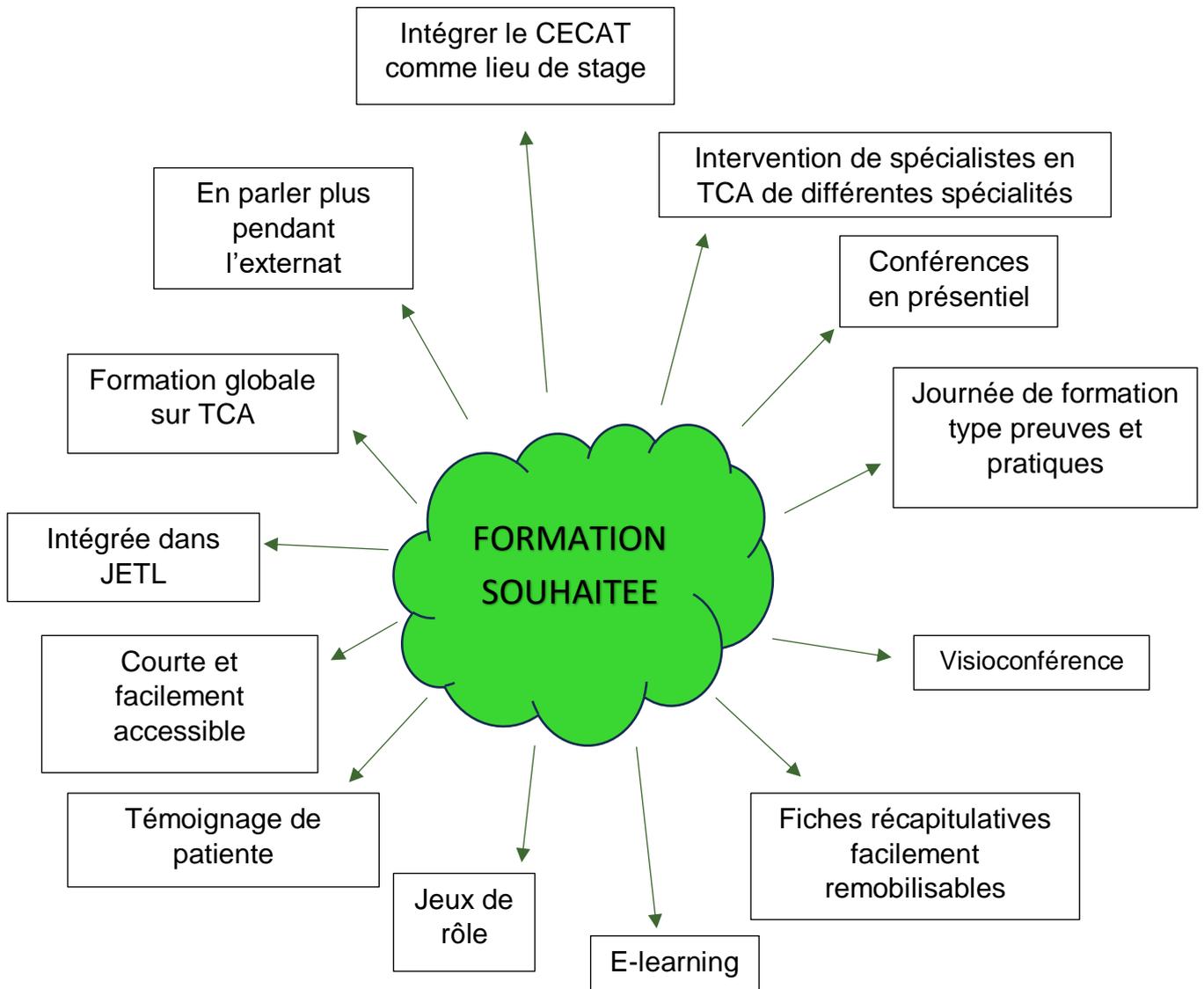


Figure 3 : Formation souhaitée par les internes de médecine générale, 2024

b) Sur la base du volontariat

Deux internes estimaient que la formation sur l'hyperphagie devait être obligatoire au vu du retentissement potentiellement important de cette maladie.

E5, 11 : « il y a beaucoup de choses qui devraient être obligatoires. Mais je pense que ça fait partie, comme beaucoup de pathologies de notre quotidien de médecin généraliste. Et que oui, ça devrait faire partie de notre formation »

Le reste des internes pensaient que cela devait rester sur la base du volontariat, car ils estimaient que l'apprentissage nécessitait un intérêt pour le sujet.

E1, 9, 13, 14 : « Je trouve que l'obligation dans la formation a peut-être moins de sens. Parce que du coup, si tu n'as pas envie, tu ne vas pas apprendre grand-chose de la formation, alors que si tu as envie... » ; « Si on fait devenir ça obligatoire, il y a plein d'autres choses qu'on fait devenir obligatoire, et je pense que si on veut aller à ce genre de formation, il faut avoir une envie soi-même d'apprendre »

E14 : « Ça doit rester optionnel, parce que tout ce qui touche à ces problématiques psy, si tu n'y intéresse pas tu risques de faire de la merde »

De plus, un interne estimait que cela devait rester optionnel au vu de la prévalence qu'il estime basse. Selon lui tous les médecins généralistes n'avaient pas besoin d'être formé à l'hyperphagie boulimique.

c) Ce qui motive cette formation

Plusieurs motivations étaient retrouvées (figure 4) :

- Un retentissement important de la maladie pour certains
- Elle permettrait la Prise en charge du patient dans sa globalité
- Elle Permettrait d'avoir des clés pour aider ces patients

E9, 12 : « Ça permettrait d'y penser et d'avoir des clés pour les dépister » ; « C'est surtout percevoir les signaux d'alerte et la prise en charge »

E2 : « De ne pas passer à côté de ce genre de diagnostic »

- Elle Permettrait de savoir comment et quand poser la question, car ce sont des patients qui ne parlent pas de leur trouble

E2 « C'est apprendre à aller le chercher et puis pouvoir soulager les patients quoi »

d) Ce qui freine la formation

5 internes estimaient ne pas avoir de freins pour s'intéresser au sujet.

Parmi les différents freins (figure 5) un des principaux était le manque de temps. La médecine générale étant vaste, le médecin généraliste doit être bon dans tous les domaines, il était donc jugé difficile de trouver du temps pour l'autoformation. Lorsque ce temps est disponible ils préféreraient travailler sur d'autres sujets qu'ils jugeaient plus intéressant et plus important.

E9 « Ça m'intéresse mais pas plus que ça, ça m'intéresse juste de manière je suis méd gé je veux voir les choses de manière globale »

E3 « Il faut les revoir fréquemment, il faut être disponible » ; « C'est un investissement à donner »



Figure 4 : Les différentes motivations des internes de médecine générale, 2024

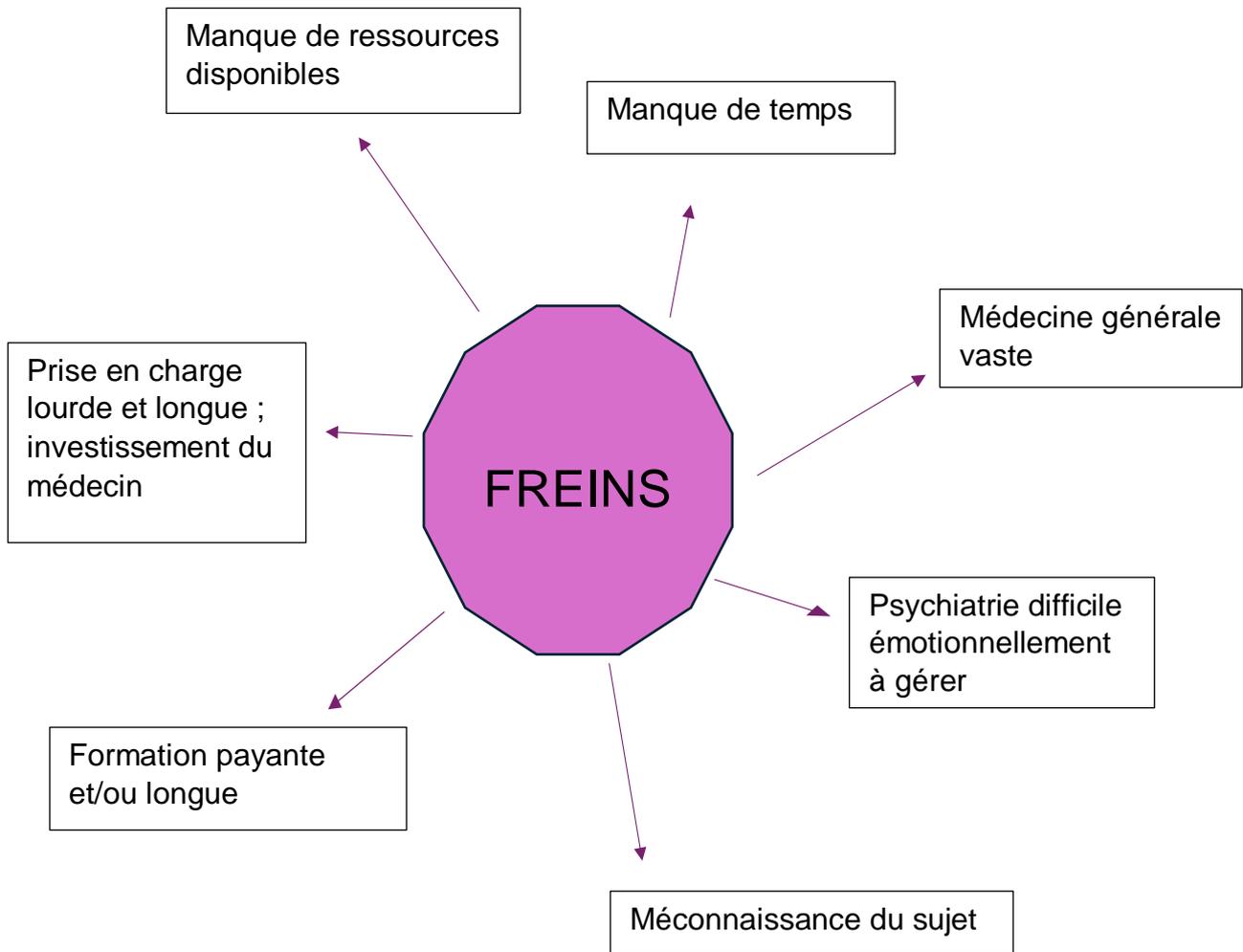


Figure 5 : Freins des internes de médecine générale, 2024

Pour conclure, les internes de médecine générale ne connaissaient pas clairement l'hyperphagie boulimique, beaucoup la confondaient avec la boulimie nerveuse. Ils n'étaient ni à l'aise avec le diagnostic, ni avec la prise en charge. Tous les internes estimaient avoir besoin d'une formation sur l'hyperphagie boulimique pour être plus à l'aise avec sa prise en charge.

IV – Discussion

1) Résultats principaux

Cette étude a permis de répondre à l'objectif principal, à savoir connaître les représentations des internes de médecine générale à propos de l'hyperphagie boulimique : ils semblaient gênés par leur manque de connaissance et d'expérience clinique mais définissait tout de même cette pathologie comme appartenant aux champs de la médecine générale. Les objectifs secondaires ont également pu être définis : le désir de formation ainsi que la forme souhaitée, qui allait du stage à la formation par des cours théoriques. Aucune étude à notre connaissance ne permettait de connaître les représentations des internes de médecine générale sur l'hyperphagie boulimique.

a) Connaissances de l'hyperphagie boulimique

Premièrement, l'analyse des différents entretiens a montré que les internes de médecine générale avaient une connaissance assez floue des troubles du comportement alimentaire, excepté l'anorexie mentale, qu'ils estimaient plus fréquent, plus grave et plus médicalisée. Or l'hyperphagie boulimique est le trouble du comportement alimentaire le plus fréquent avec une prévalence aux alentours de 3%, contre 1,5% pour l'anorexie mentale (46). Concernant l'hyperphagie boulimique, la moitié des internes la confondait avec la boulimie nerveuse et pensait que les techniques de purges faisaient partie des critères diagnostiques de l'hyperphagie boulimique. Ces résultats confortent ceux d'études antérieures. Selon une étude interrogeant des médecins de différentes spécialités dont la médecine générale réalisée aux Etats Unis, la moitié des professionnels interrogés pensaient également que les techniques de purges faisaient partie du diagnostic d' hyperphagie boulimique (34).

La plupart des internes interrogés, n'était pas à l'aise avec le diagnostic d'hyperphagie boulimique. Ils avaient besoin que le patient aborde lui-même son rapport à l'alimentation et que les symptômes soient clairs. Certains ne savaient pas face à quels symptômes évoquer l'hyperphagie boulimique, et évoquaient des compulsions alimentaires suivi de techniques de purges. Seuls quelques-uns assimilaient l'hyperphagie boulimique à l'obésité ou le surpoids, mais n'allaient pas le rechercher pour autant si le patient ne l'évoquait pas. Les études de la littérature démontraient que les professionnels de santé interrogés n'identifiaient pas correctement l'hyperphagie boulimique et ainsi ne faisaient pas le diagnostic (31,33,34).

Dans notre étude, aucun des internes ne connaissaient les critères diagnostiques du DSM 5 de l'hyperphagie boulimique, ce que l'on retrouve dans la littérature : sur 344 patients répondants aux critères diagnostiques de l'hyperphagie boulimique seulement 11 ont été diagnostiqués(32).

Les internes de médecine générale avaient plus de connaissances sur l'anorexie mentale par rapport à l'hyperphagie boulimique, en lien avec l'item existant pour l'examen classant national et leur stage. Ils estimaient également que cette pathologie était plus grave et plus médicalisée que l'hyperphagie boulimique. Une étude réalisée en 2016(31), démontrait que les médecins généralistes installés diagnostiquaient plus les troubles du comportement alimentaire, mais il existait toujours une manque de distinction de l'hyperphagie boulimique en tant qu'entité à part entière.

b) Prise en charge de l'Hyperphagie boulimique

Ce travail de recherche montre également que les internes de médecine générale n'étaient pas à l'aise avec la prise en charge de l'hyperphagie boulimique, et que la plupart orientaient vers des spécialistes afin de se sentir soutenus et d'avoir un plan de soin pour la prise en charge à suivre.

Beaucoup exprimaient un sentiment d'illégitimité. La plupart des internes évoquait le manque d'expérience ainsi que le manque de connaissance. Des études(30,31) interrogeant des médecins généralistes sur leur prise en charge des troubles du comportements alimentaires, retrouvent des résultats similaires. Les médecins généralistes ne se sentent pas à l'aise, voire incompetents pour certains, du fait d'un manque de connaissance au sujet de ces pathologies.

Une autre étude(29), réalisée à Londres montre que les médecins généralistes sont plus à l'aise avec le diagnostic que la prise en charge.

Une étude (42) interrogeant des internes de psychiatrie sur leur prise en charge de patients souffrant de trouble du comportement alimentaire retrouve également ce résultat. Ces internes ne se sentent pas à l'aise avec la prise en charge des troubles du comportement alimentaire et ceux qui en ont vu durant leur stage estiment se sentir plus à l'aise.

De plus, les internes ne se sentaient pas à l'aise avec la pris en charge de l'hyperphagie boulimique car ils ne connaissaient aucun réseau ou spécialiste en hyperphagie boulimique. Un seul interne connaissait le CECAT et savaient ce qu'il proposait comme prise en charge. La méconnaissance des réseaux spécialisés se retrouve dans la littérature (47,48).

c) Sous diagnostiquée

A travers cette étude, il semble que les internes de médecine générale ne recherchaient pas l'hyperphagie boulimique de façon systématique. Il était nécessaire que le patient aborde spontanément son rapport à l'alimentation ou que les symptômes soient au premier plan. Beaucoup d'internes expliquaient que l'hyperphagie est sous diagnostiquée et certains pensaient être passé à côté du diagnostic. Cette notion de sous diagnostic se retrouve également chez les médecins généralistes installés et psychiatres(34,49). Les internes expliquaient ce sous diagnostic par leur manque de connaissance au sujet de l'hyperphagie boulimique.

Ils estimaient également que cela pouvait s'expliquer par le manque d'expérience. Effectivement, dans ce travail de thèse, aucun interne n'avait pris en charge de patient souffrant d'hyperphagie boulimique. Ils expliquaient cela par le fait que l'hyperphagie n'est pas une maladie hospitalisée et que la plupart de leur stage se passaient à l'hôpital. De plus, la plupart estimaient que ce qu'ils apprenaient en hospitalier n'était pas applicable en ambulatoire. Ceci est également remarqué par les différentes sociétés savantes de médecine générale : notamment le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et la Société Française de Médecine Générale (SFMG) qui favorisent des recherches en soins primaires afin d'avoir des études adaptées au terrain des soins premiers en médecine générale (50,51).

Les internes rapportaient également que, lors de leur stage ambulatoire, leurs créneaux de consultations servaient presque exclusivement aux consultations d'aigues et ne permettaient pas de connaître les patients ni d'assurer des suivis.

Finalement, la plupart des internes ne semblaient pas préoccupés par l'hyperphagie boulimique et se préoccupaient davantage de pathologies qu'ils jugeaient plus importantes de par leur formation initiale. Le manque de sensibilisation des professionnels de santé peut engendrer un sous diagnostic (34).

d) Le patient et sa maladie

Selon les internes interrogés, les patients atteints d'hyperphagie boulimique étaient des patients qui n'abordaient pas spontanément leur trouble à cause d'un sentiment de culpabilité et de honte. Les internes pensaient que les patients obèses se sentaient jugés lorsque le poids était abordé durant la consultation de médecine générale. Une étude (37) réalisée aux Etats Unis s'intéressant au point de vue des patients, démontrait que les patients se sentaient effectivement jugés notamment vis-à-vis de leur poids. Les patients avaient l'impression que les médecins généralistes étaient incapables de faire la distinction entre une hyperphagie boulimique et obésité.

Une revue de la littérature (48) datant de 2017 démontre qu'effectivement les patients ressentent un sentiment de honte et de peur et que ceci les empêche de se confier au médecin et ainsi être pris en charge.

e) Psychiatrie en médecine générale

Les internes évoquaient également un manque de connaissance et de ressources pour toutes pathologies psychiatriques. Nombre d'entre eux estimaient qu'il existe une barrière entre les pathologies somatiques et les pathologies psychiatriques. Ceci a pu être noté par certains internes étant passé en stage dans un service de psychiatrie où l'interne était présent uniquement pour l'état somatique des patients. Ils déploraient cependant un manque de communication entre les équipes. Ils estimaient également que cette barrière se retrouvait notamment dans leur formation où les pathologies psychiatriques sont très peu abordées, notion confirmée dans la littérature(52).

f) Alimentation en médecine générale

La majorité des internes n'abordaient pas l'alimentation avec leurs patients, même avec les patients en surpoids ou obèses. Ils abordaient seulement le manque d'appétit dans les épisodes dépressifs caractérisé notamment. Il existait également une peur d'aborder le poids avec les patients et donc une limitation de son abord avec ces patients. Une étude réalisée en France en 2019 montre que le poids est abordé de manière variable par les médecins généralistes et plus fréquemment chez les patients âgés, en surcharge pondérale ou avec des antécédents cardio-vasculaires ou endocrinologiques (53).

La nutrition devient un enjeu de santé mondial au vu de l'augmentation de l'obésité au fur et à mesure des années (15). Cependant l'alimentation est peu abordée en consultation de médecine générale hormis des conseils de base. Une étude réalisée en 2000 (54) met l'accent sur l'importance de la nutrition en médecine générale. Cependant il existe un décalage entre l'attitude des patients, qui semblent disposés à accepter les conseils diététiques des professionnels de soins primaires, et la réticence de ces professionnels à remplir ce rôle. Ceci est notamment expliqué par le manque de temps et par une formation insuffisante. Il n'existe également pas de cotation spécifique pour une consultation de prévention ou de nutrition, ce qui peut constituer un frein. Par exemple, le Diplôme Universitaire de nutrition de la faculté de médecine de Poitiers pour l'année 2021-2022 décompte 2 médecins généralistes et 1 interne de médecine générale sur les 15 étudiants inscrits (55), alors que l'on compte environ 110 internes par promotion soit environ 330 internes au total à Poitiers.

Certaines études (56) mettent en évidence le bénéfice apporté par les diététiciens pour permettre une prise en charge nutritionnelle et ainsi aider le médecin généraliste. La prise en charge nutritionnelle des patients peut également être confiée aux Infirmière Asalée (57,58). Il serait par ailleurs intéressant d'étudier les représentations des diététiciens et infirmière Asalée sur la prise en charge de l'hyperphagie boulimique.

g) Rôle du médecin généraliste

Les internes de cette étude estimaient que le médecin généraliste a entièrement sa place dans la prise en charge de l'hyperphagie boulimique. Ils mettaient l'accent sur la relation de confiance qui se crée avec les patients au fil des années. Ceci permettrait aux patients de vaincre leur sentiment de culpabilité et de honte et ainsi parler de leurs troubles alimentaires avec leur médecin généraliste selon les internes. Pour eux, le médecin généraliste a avant tout un rôle de dépistage puisqu'il est le coordinateur des soins pour le patient dans le système de santé actuel (59).

Cette définition du rôle du médecin généraliste apportée par les internes interrogés semble tout à fait approprié compte tenu du fait que les patients souffrant de trouble du comportement alimentaire consultent plus souvent le médecin pour divers motifs de consultation, avant le diagnostic de trouble du comportement alimentaire (26).

De plus, une étude réalisée en France en 2009 (60) évaluant la prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale constate que la moitié des troubles psychiatriques est détecté et diagnostiqué par les médecins généralistes. Ceci met en évidence le rôle de dépistage du médecin généraliste apporté par les internes interrogés.

Ils estiment également que le médecin généraliste doit prendre en charge le patient dans sa globalité et qu'il est le chef d'orchestre de la prise en charge, en orientant les patients vers des spécialistes qualifiés et en coordonnant toute la prise en charge et le suivi.

Finalement, les internes donnent la définition de la médecine générale et certaines des missions du médecin généraliste (61). Ces différentes missions des médecins généralistes peuvent notamment s'illustrer par la marguerite des compétences (figure 6).

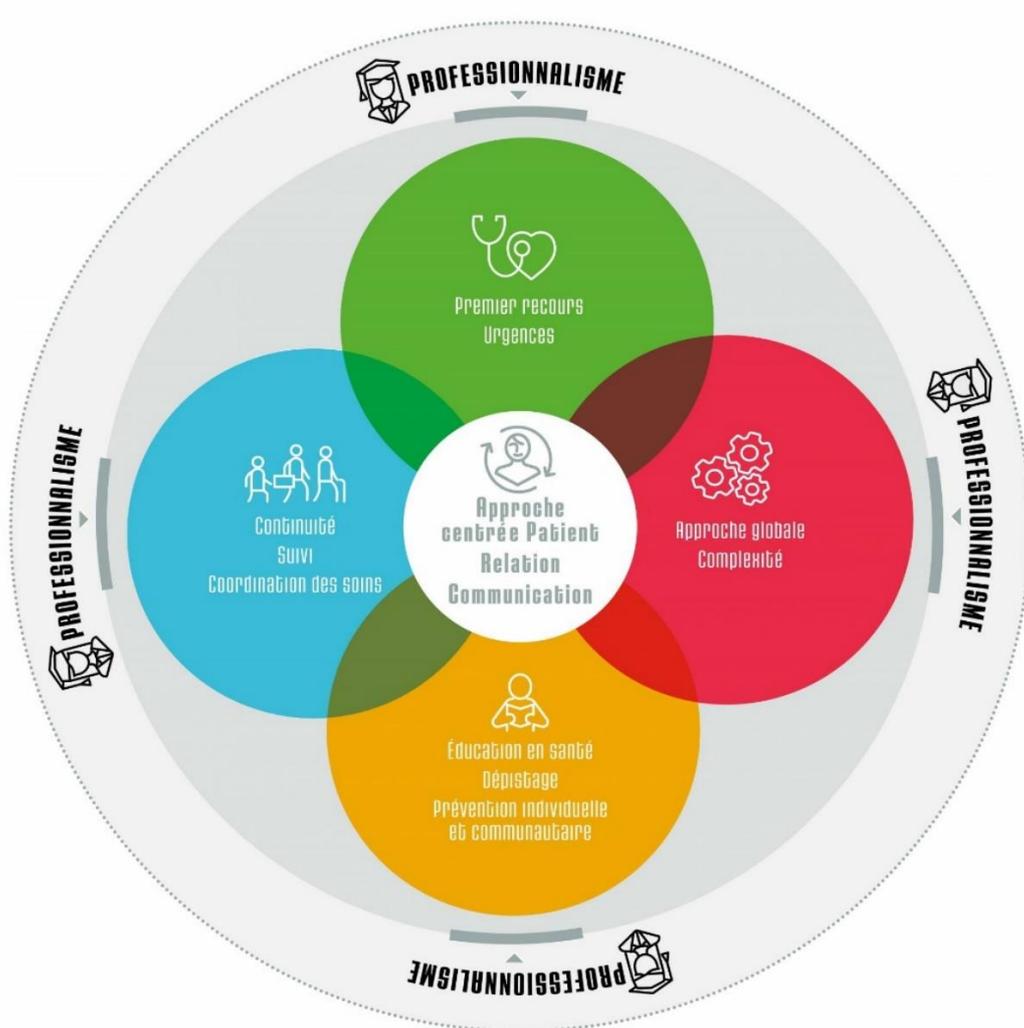


Figure 6 : margarites des compétences

h) Formation des étudiants en médecine générale

La majorité des internes estimaient leur formation sur l'hyperphagie boulimique limitée et bâclée durant l'externat avec un apprentissage pour l'Examen classant national sur le collège de psychiatrie principalement. Selon eux l'hyperphagie boulimique se noie dans une multitude d'items qui sont jugés plus importants et plus "nobles" et très peu, voire pas du tout abordés durant leur cours en amphithéâtre.

En ce qui concerne la formation durant leur internat de médecine générale, les internes de l'étude étaient insatisfaits et expliquaient manquer d'une formation théorique pendant leur 3 ans d'internat.

Cette conclusion a été retrouvée dans différentes études où les médecins généralistes interrogés estimaient leur formation du premier cycle (29) et second cycle (35) médiocre et limitée pour la plus grande majorité.

Les internes estimaient avoir besoin d'une formation sur l'hyperphagie boulimique et la figure 3 illustrent les souhaits de formation qui vont de l'expérience en stage aux différentes formes de cours théoriques. Depuis 2015, un Diplôme Inter-Universitaire sur les troubles du comportements alimentaires a été mis en place pour les internes et docteurs en médecine de Poitiers, Angers et Limoges (62). Il n'existe pas de formation spécifique sur l'hyperphagie boulimique ni d'autres formations sur les troubles du comportement alimentaire.

2) Forces de l'étude

Cette étude est originale. Tous les travaux de recherche questionnent soit les patients soit les médecins de différentes spécialités dont la médecine générale. Aucune étude n'interrogeait les internes de médecine générale quant à leur représentation sur l'hyperphagie boulimique.

L'échantillon était homogène, avec exclusivement des internes de médecine générale de fin de cursus, puisque cela faisait partie de nos critères d'inclusion. Le panel d'internes recrutés avait des caractéristiques différentes : âges, des parcours et des centres d'intérêt différents ce qui a rendu nos échanges d'autant plus enrichissants et permis la saturation des données.

Les entretiens semi dirigés ont été réalisés avec un questionnaire modulable en fonction des échanges et comportant principalement des questions ouvertes permettant aux internes d'exprimer au mieux leur ressenti et ainsi collecter des données détaillées. La thésarde a également testé son entretien semi dirigé sur trois personnes différentes afin de rectifier des problèmes de compréhension.

Les entretiens ont été menés par la même personne, à savoir la thésarde. Ils ont donc été dirigés de la même façon, avec la même reproductibilité, ce qui aurait été difficile à réaliser s'il y avait eu différents investigateurs. L'analyse a été concomitante du recueil de données afin de minimiser les pertes de données non verbales.

L'effectif était relativement important pour une étude qualitative en médecine générale.

Les entretiens ont été réalisés dans des cafés avec une ambiance calme propice à l'échange pour certains et en visioconférence pour d'autre. La thésarde s'adaptait à l'emploi du temps et au temps libre des internes interrogés afin que ces derniers ne se sentent pas pressés.

La triangulation des données a été réalisée avec un co-interne et un maitre de stage universitaire ce qui a permis de limiter le biais d'information et de renforcer la validité interne des résultats.

3) Faiblesses de l'étude

Dans cette étude, 16 internes ont été recruté et 15 internes ont participé à l'étude. Il y a eu plusieurs mécanismes de recrutement à savoir les groupes de formations et autres en passant par les réseaux sociaux et le bouche à oreille en passant par d'anciens Maitre de stage universitaire. Il peut exister un biais de recrutement limité puisque la thésarde connaissait 5 internes parmi les 16 recrutés.

De plus, comme préconisé dans certains ouvrage (45) le thème principal de l'étude a été annoncé aux internes au moment du recrutement ce qui peut potentiellement influencer les réponses des internes. Cependant, afin de limiter ce biais la thésarde a demandé aux internes interrogés de ne pas faire de recherche sur le sujet avant l'entretien. Il est également possible que les internes interrogés n'aient pas donné l'ensemble de leur réponse par peur d'un jugement de la part de la thésarde.

La thésarde était novice dans la réalisation des entretiens semi dirigés et ceci a donc pu avoir un retentissement sur la qualité des entretiens.

Elle a constaté après 4 entretiens que certaines réponses aux questions été apportées au milieu de l'entretien ce qui pouvait également influencer les réponses des internes pour les questions suivantes. La thésarde a pu y remédier dès le 5ème entretien en ne donnant les réponses qu'à la fin de chaque entretien limitant ainsi ce biais.

4) Perspectives

Cette étude a donc permis de mettre en évidence que les internes ne se sentent pas à l'aise avec l'hyperphagie boulimique. Durant les différents entretiens, la thésarde a pu remarquer que les internes de sexe féminin étaient plus sensibles à l'hyperphagie boulimique et aux pathologies psychiatriques. Cependant le format de l'étude ne permet pas de conclure sur un quelconque lien entre le sexe des médecins et leur aisance avec cette pathologie.

Les profils semblaient variés comme peut le souligner le tableau 1 mais l'étude n'a été réalisé que dans une promotion et une ville. Les internes comprenaient un ancien infirmier, un ancien pharmacien et un ancien ingénieur notamment. Le lien entre le lieu de formation (externat et internat) et les conséquences sur la sensibilité des internes face à l'hyperphagie boulimique peut également poser question. Cette étude n'a pas permis d'étudier ce phénomène. Il serait intéressant, par le biais d'un travail de recherche avec une méthodologie adaptée, de rechercher un possible lien entre le sexe, le parcours professionnels et la sensibilité des médecins à l'hyperphagie boulimique.

Par la suite, plusieurs internes ont rapporté spontanément des antécédents personnels particuliers qui pouvaient modifier leur vision et leur sensibilité face à cette pathologie. Or, cette étude ne permettait pas d'interroger les internes sur leur antécédents personnels d'un point de vue éthique et par conséquent la thésarde n'a pas approfondi la question. Ceci pourrait être une piste de recherche pour des études futures afin de savoir si les internes avec des antécédents de TCA sont plus sensibles au diagnostic et à la prise en charge de ces troubles.

En ce qui concerne la formation des internes de médecine générale sur l'hyperphagie boulimique, la majorité des internes souhaiteraient soit une formation en présentiel soit une formation en visioconférence courte, rapide, s'adaptant à l'emploi du temps des internes et facile d'accès.

Les internes aimeraient que la formation sur l'hyperphagie boulimique soit intégrée aux journées d'enseignant à thème libre et que ces journées soient plus nombreuses.

Il serait donc intéressant de développer plusieurs journées de formation optionnelles sous le même format des journées d'enseignement à thème libre ; à savoir des petits séminaires d'une dizaine de minutes sur plusieurs thèmes différents.

Il serait également intéressant de développer une journée de formation sur le thème des Troubles du comportement alimentaire avec notamment différents intervenants comme des patients, des médecins généralistes sensibilisés aux TCA et des spécialistes permettant aux internes de connaître les ressources disponibles.

A l'avenir, il serait intéressant de développer des lieux de stage dans des services de psychiatrie où l'interne de médecine générale suivrait le patient dans sa globalité psychique et somatique. Au vu de la fréquence des pathologies psychiques en médecine générale ceci permettrait d'enrichir l'expérience professionnelle dans l'hyperphagie et à plus large échelle dans les troubles psychiatriques.

V- Conclusion

L'hyperphagie boulimique reste peu connue des internes de médecine générale et pour beaucoup ils la confondaient avec la boulimie nerveuse. La grande majorité ne connaissait pas le bilan à faire et orientait rapidement vers des spécialistes. Ceci est expliqué par les internes par l'absence de formation sur ce thème durant leur cursus et le manque d'expérience professionnelle du fait de stage plus fréquent en milieu hospitalier.

Ils mettaient également en cause l'organisation de leur stage en libéral qui leur permettait de faire peu de suivi, des MSU peu sensibilisés au sujet et le manque de temps pour l'autoformation.

La notion de barrière entre pathologies somatiques et psychiatriques a également été ressentie par les internes, avec une impression de caractère plus « nobles » des pathologies somatiques, ainsi qu'une absence de formation et de ressource en psychiatrie durant leur internat.

L'anorexie mentale restait le trouble du comportement alimentaire le mieux connu des internes, estimé le plus grave et donc plus important à dépister pour une grande partie d'entre eux.

Un travail visant à créer des ressources facilement mobilisables par les internes et les médecins généralistes sur l'hyperphagie boulimique serait pertinent. Il serait intéressant de développer des fiches récapitulatives, avec un plan de soin modulable en fonction du patient, ainsi que les ressources disponibles en fonction du territoire, électroniques ou papier en fonction des préférences de chacun.

VI- Bibliographie :

1. Gonzalez A, Kohn MR, Clarke SD. Eating disorders in adolescents. *Aust Fam Physician*. août 2007;36(8):614-9.
2. Davis C. The epidemiology and genetics of binge eating disorder (BED). *CNS Spectr*. déc 2015;20(6):522-9.
3. Rowe E. Early detection of eating disorders in general practice. *Aust Fam Physician*. nov 2017;46(11):833-8.
4. Gc P, R S, C C, Jb C, R W. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ [Internet]*. 20 mars 1999 [cité 27 sept 2023];318(7186). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10082698/>
5. Estelle L. Haute Autorité de santé. 2019;
6. reco2clics_-_anorexie_-mentale.pdf [Internet]. [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_-mentale.pdf
7. Jowik K, Dutkiewicz A, Słopeń A, Tyszkiewicz-Nwafor M. A multi-perspective analysis of dissemination, etiology, clinical view and therapeutic approach for binge eating disorder (BED). *Psychiatr Pol*. 30 avr 2020;54(2):223-38.
8. Basdevant A, Pouillon M, Lahlou N, Le Barzic M, Brilliant M, Guy-Grand B. Prevalence of binge eating disorder in different populations of French women. *Int J Eat Disord*. déc 1995;18(4):309-15.
9. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*. nov 2016;29(6):340-5.
10. Suokas JT, Suvisaari JM, Gissler M, Löfman R, Linna MS, Raevuori A, et al. Mortality in eating disorders: a follow-up study of adult eating disorder patients treated in tertiary care, 1995-2010. *Psychiatry Res*. 30 déc 2013;210(3):1101-6.
11. Ornstein RM, Rosen DS, Mammel KA, Callahan ST, Forman S, Jay MS, et al. Distribution of Eating Disorders in Children and Adolescents Using the Proposed DSM-5 Criteria for Feeding and Eating Disorders. *J Adolesc Health*. 1 août 2013;53(2):303-5.

12. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. nov 2013;26(6):543-8.
13. Caudle H, Pang C, Mancuso S, Castle D, Newton R. A retrospective study of the impact of DSM-5 on the diagnosis of eating disorders in Victoria, Australia. *J Eat Disord*. déc 2015;3(1):35.
14. Smink FRE, van Hoeken D, Donker GA, Susser ES, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Three decades of eating disorders in Dutch primary care: decreasing incidence of bulimia nervosa but not of anorexia nervosa. *Psychol Med*. avr 2016;46(6):1189-96.
15. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 1 mai 2013;73(9):904-14.
16. Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, et al. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord*. mars 1993;13(2):137-53.
17. McCuen-Wurst C, Ruggieri M, Allison KC. Disordered eating and obesity: associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. *Ann N Y Acad Sci*. janv 2018;1411(1):96-105.
18. Giel KE, Teufel M, Junne F, Zipfel S, Schag K. Food-Related Impulsivity in Obesity and Binge Eating Disorder-A Systematic Update of the Evidence. *Nutrients*. 27 oct 2017;9(11):1170.
19. Schetz M, De Jong A, Deane AM, Druml W, Hemelaar P, Pelosi P, et al. Obesity in the critically ill: a narrative review. *Intensive Care Med*. juin 2019;45(6):757-69.
20. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershov RC, Layden J, Carnes BA, Brody J, et al. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. *N Engl J Med*. 17 mars 2005;352(11):1138-45.
21. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *The Lancet*. 23 févr 2019;393(10173):791-846.
22. Diouf I, Charles MA, Ducimetière P, Basdevant A, Eschwege E, Heude B. Evolution of obesity prevalence in France: an age-period-cohort analysis. *Epidemiol Camb Mass*. mai 2010;21(3):360-5.

23. (6) Épidémiologie de l'obésité de l'adulte en France Les études Obépi 1997–2006 | Request PDF [Internet]. [cité 20 juill 2023]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/226807889_Epidemiologie_de_l%27obesite_de_l%27adulte_en_France_Les_etudes_Obepi_1997-2006
24. Czernichow S, Renuy A, Rives-Lange C, Carette C, Airagnes G, Wiernik E, et al. Evolution of the prevalence of obesity in the adult population in France, 2013-2016: the Constances study. *Sci Rep.* 8 juill 2021;11(1):14152.
25. Etude ESTEBAN 2014-2016 – Chapitre corpulence : stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte [Internet]. [cité 17 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/etude-esteban-2014-2016-chapitre-corpulence-stabilisation-du-surpoids-et-de-l-obesite-chez-l-enfant-et-l-adulte>
26. Ogg EC, Millar HR, Puzstai EE, Thom AS. General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. *Int J Eat Disord.* juill 1997;22(1):89-93.
27. Striegel-Moore RH, DeBar L, Wilson GT, Dickerson J, Rosselli F, Perrin N, et al. Health services use in eating disorders. *Psychol Med.* oct 2008;38(10):1465-74.
28. 2013_Medecine_BourreauAnna ANNEXE 15.pdf.
29. Patients with eating disorders. How well are family physicians managing them? - PubMed [Internet]. [cité 9 mars 2023]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12489246/>
30. Autret PA, Besnard PJC, Choutet PP, Ginies PG, Maurage PC, Pourcelot PL, et al. PROFESSEURS EMERITES. :61.
31. Supina D, Herman BK, Frye CB, Shillington AC. Knowledge of binge eating disorder: a cross-sectional survey of physicians in the United States. *Postgrad Med.* 2016;128(3):311-6.
32. Citrome L. Binge eating disorder revisited: what's new, what's different, what's next. *CNS Spectr.* août 2019;24(S1):4-13.
33. Cummins L, Dunn E, Rabin L, Russo J, Comtois K, McCann B. Primary Care Provider Familiarity with Binge Eating Disorder and Implications for Obesity Management: A Preliminary Survey. *J Clin Psychol Med Settings.* 1 mars 2003;10:51-6.

34. Chao AM, Rajagopalan AV, Tronieri JS, Walsh O, Wadden TA. Identification of Binge Eating Disorder Criteria: Results of a National Survey of Healthcare Providers. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs.* juill 2019;51(4):399-407.
35. Mahr F, Farahmand P, Bixler EO, Domen RE, Moser EM, Nadeem T, et al. A national survey of eating disorder training. *Int J Eat Disord.* mai 2015;48(4):443-5.
36. Miskovic-Wheatley J, Koreshe E, Kim M, Simeone R, Maguire S. The impact of the COVID-19 pandemic and associated public health response on people with eating disorder symptomatology: an Australian study. *J Eat Disord.* 17 janv 2022;10(1):9.
37. Herman BK, Safikhani S, Hengerer D, Atkins N, Kim A, Cassidy D, et al. The patient experience with DSM-5-defined binge eating disorder: characteristics, barriers to treatment, and implications for primary care physicians. *Postgrad Med.* sept 2014;126(5):52-63.
38. Obesity Prevalence in the Long-Term Future in 18 European Countries and in the USA | Obesity Facts | Karger Publishers [Internet]. [cité 17 juill 2023]. Disponible sur: <https://karger.com/ofa/article/13/5/514/239638/Obesity-Prevalence-in-the-Long-Term-Future-in-18>
39. Pineda E, Sanchez-Romero LM, Brown M, Jaccard A, Jewell J, Galea G, et al. Forecasting Future Trends in Obesity across Europe: The Value of Improving Surveillance. *Obes Facts.* 12 oct 2018;11(5):360-71.
40. Ágh T, Kovács G, Pawaskar M, Supina D, Inotai A, Vokó Z. Epidemiology, health-related quality of life and economic burden of binge eating disorder: a systematic literature review. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes.* 1 mars 2015;20(1):1-12.
41. Rieger E, Wilfley DE, Stein RI, Marino V, Crow SJ. A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* avr 2005;37(3):234-40.
42. Anderson K, Accurso EC, Kinasz KR, Le Grange D. Residents' and Fellows' Knowledge and Attitudes About Eating Disorders at an Academic Medical Center. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry.* juin 2017;41(3):381-4.

43. Ribau C, Lasry JC, Bouchard L, Moutel G, Hervé C, Marc-Vergnes JP. La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues. *Rech Soins Infirm.* 2005;81(2):21-7.
44. Restivo L, Julian-Reynier C, Apostolidis T. Pratiquer l'analyse interprétative phénoménologique : intérêts et illustration dans le cadre de l'enquête psychosociale par entretiens de recherche. *Prat Psychol.* 1 déc 2018;24(4):427-49.
45. LEBEAU Jean Pierre. Initiation à la recherche qualitative en santé.
46. ameli, le site de l'Assurance Maladie en ligne | ameli.fr | Assuré [Internet]. 2024 [cité 9 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure>
47. Munsch S, Wyssen A, Vanhulst P, Lalanne D, Steinemann ST, Tuch A. Binge-eating disorder treatment goes online - feasibility, usability, and treatment outcome of an Internet-based treatment for binge-eating disorder: study protocol for a three-arm randomized controlled trial including an immediate treatment, a waitlist, and a placebo control group. *Trials.* 13 févr 2019;20(1):128.
48. Regan P, Cachelin FM, Minnick AM. Initial treatment seeking from professional health care providers for eating disorders: A review and synthesis of potential barriers to and facilitators of « first contact ». *Int J Eat Disord.* mars 2017;50(3):190-209.
49. Kornstein SG, Kunovac JL, Herman BK, Culpepper L. Recognizing Binge-Eating Disorder in the Clinical Setting: A Review of the Literature. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2016;18(3).
50. CNGE [Internet]. [cité 9 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.cnge.fr/>
51. Société Française de Médecine Générale [Internet]. [cité 9 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.sfm.org/accueil/>
52. Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *Inf Psychiatr.* 2014;90(5):319-22.
53. Prod'homme L, Riglet C, Godart N, Huas C. Montez sur la balance ! Vécu de l'abord du poids en consultation de médecine générale. *Santé Publique.* 2019;31(1):7-17.
54. Moore H, Adamson AJ, Gill T, Waine C. Nutrition and the health care agenda: a primary care perspective. *Fam Pract.* avr 2000;17(2):197-202.

55. Faculté de Médecine et de Pharmacie [Internet]. [cité 5 juin 2024]. Faculté de Médecine et Pharmacie. Disponible sur: <https://medphar.univ-poitiers.fr/>
56. Hickson M, Child J, Collinson A. Impact of a dietitian in general practice: Care of the frail and malnourished. *J Hum Nutr Diet Off J Br Diet Assoc.* févr 2022;35(1):145-53.
57. Arrêté du 31 août 2023 modifiant l'arrêté du 21 octobre 2020 relatif à l'expérimentation PRIMORDIAL - Légifrance [Internet]. [cité 5 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCATA000048042939>
58. Hupso [Internet]. [cité 5 juin 2024]. Fiche métier : Infirmière Asalee. Disponible sur: <https://www.hupso.co/article/infirmier-asalee>
59. Verger P, Bocquier A, Bournot MC, Buyck JF, Carrier H, Chaput H, et al. Le panel de médecins généralistes de ville : éclairages sur les enjeux de la médecine de premier recours d'aujourd'hui. *Rev Fr Aff Soc.* 2017;(3):213-35.
60. Masson E. EM-Consulte. [cité 27 nov 2022]. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le *patient health questionnaire* : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/236547>
61. Nicodeme MR, Deau X. Document de Références en MEDECINE GENERALE à l'usage des Commissions de qualification du CNOM.
62. Formations | TCA [Internet]. [cité 9 juin 2024]. Disponible sur: <https://tca-poitoucharentes.fr/formations/>

Table des annexes :

Annexe 1 : guide d'entretien semi dirigé

Annexe 2 : fiche de consentement vierge

Annexe 3 : certificat d'enregistrement auprès du Délégué à la protection des données
de l'Université de Poitiers

VII - Annexes

Annexe 1 : guide d'entretien semi dirigé :

I- Généralités sur l'interne :

- 1) Sexe
- 2) Age
- 3) semestre d'internat ; lieu d'externat ?
- 4) Avez-vous participé à des formations optionnelles ? des DU ou DIU ?
- 5) Comment et où souhaitez-vous exercer dans le futur ?

II- Généralités sur l'HB :

- 6) Que pouvez-vous me dire des TCA (troubles du comportement alimentaire) ? que vous évoque l'hyperphagie boulimique ?
- 7) Connaissez-vous les critères diagnostiques de l'hyperphagie boulimique du DSM V ? qu'en pensez-vous ?
- 8) Que feriez-vous face à un patient souffrant d'hyperphagie boulimique ? si réponse évasive : prise en charge (examen clinique, bio etc.) ? adressage ? suivi ? traitement ?

III- Vécu des internes :

- 9) Avez-vous déjà pris en charge un patient souffrant d'hyperphagie boulimique ?
- 10) Combien en avez-vous vu ? Et où les avez-vous rencontrés ?
- 11) L'hyperphagie boulimique fait-elle partie des diagnostics que vous recherchez habituellement ? quel pourcentage de la population pensez-vous que cela représente ?
- 12) Est-ce un diagnostic qui vous préoccupe en tant que médecin généraliste ? Si oui dans quel cas où face à quels symptômes le suspectez-vous ? Si ne l'interne ne comprenait pas la question : *changement pour est-ce une pathologie importante à dépister pour vous ?*
Si non pourquoi et de quelle spécialité selon vous cela dépendrait ?
- 13) Si vous avez déjà pris en charge des patients souffrant d'HB : Avez-vous des cas en particulier où vous avez l'impression d'avoir bien pris en charge un patient souffrant d'hyperphagie boulimique ? et au contraire avez-vous un cas où ne l'aviez pas diagnostiqué et d'après vous pourquoi ?
Si oui Qu'avez-vous ressenti ? qu'avez-vous pensé de votre prise en charge ? étiez-vous à l'aise ?
- 14) Si vous n'avez jamais pris en charge de patient souffrant d'HB, pensez-vous être à l'aise avec ce diagnostic ? et sa prise en charge ? pourquoi ?
- 15) Est-ce un sujet qui vous intéresse en tant que médecin généraliste ? motivations et freins ?

IV- Les internes et leur formation :

- 16) Que pensez-vous de votre formation dans ce domaine depuis le début de vos études de médecine ? depuis votre internat ? et plus largement dans le domaine des TCA ?
- 17) Avez-vous des sites ou livres ressources sur ce sujet ? si oui lesquels ?
- 18) avez-vous des spécialistes ou paramédicaux ressources pour ce type de trouble ? *rajout : connaissez-vous le CECAT ?*
- 19) Souhaiteriez-vous des informations sur l'hyperphagie boulimique ? si non pourquoi ? Et sur les TCA en général ?
- 20) Ressentez-vous le besoin d'une formation sur ce sujet ? si non pourquoi ?
- 21) Sous quelle forme cela serait vous plairait ? pensez-vous qu'il faille que cela soit obligatoire ou optionnel ? pensez-vous qu'il faille que cela soit un enseignement du DES de médecine générale ou une formation spécifique type DU ou autre ?
- 22) Avez-vous des remarques, des suggestions sur le sujet ou des interrogations ?

Annexe 2 : Autorisation de captation et d'exploitation d'images, d'enregistrements audio et / ou vidéo

*Vu le Code civil, en particulier son article 9,
Vu le Code de l'éducation,
Vu le Code de la propriété intellectuelle,
Vu la Loi Informatique et libertés,
Vu le Règlement général sur la protection des données,*

Civilité	M. <input type="checkbox"/>	Mme. <input type="checkbox"/>
NOM, Prénom		
Code de pseudonymisation		
Adresse électronique		

Dans le cadre de sa thèse de médecine générale, Kitana BUCH organise un entretien et souhaite enregistrer votre entretien à l'aide d'un dictaphone dans le but de rechercher vos représentations concernant l'hyperphagie boulimique.

L'exploitation et la conservation des données collectées se feront avec votre accord, exclusivement dans les conditions définies ci-dessous. Les enregistrements ne seront pas conservés au-delà de la période indiquée.

Vous disposez de droits d'accès à vos données, de rectification et de retrait de votre consentement.

Titre de l'étude	« Quelles sont les représentations des internes de médecine générale sur la prise en charge et le diagnostic de l'hyperphagie boulimique en Nouvelle Aquitaine ? »		
But du projet (finalité)	Identifier les représentations des internes de médecine générale sur l'hyperphagie boulimique et savoir s'il existe un besoin de formation		
Investigateur(s) et personne(s) responsables(s) du projet	Nom	Prénom	Fonction
	BUCH	Kitana	Interne de médecine générale
Captation	Photographie <input type="checkbox"/>	Voix <input type="checkbox"/>	Vidéo <input type="checkbox"/>
Exploitation	Durée	1 an	
	Lieu(x) / contexte(s) (le cas échéant)	Enregistré et retranscrit de façon anonyme sur un disque dur externe ; utilisation dans le cadre d'une thèse de médecine générale	
	Support	Imprimé <input type="checkbox"/>	Numérique <input type="checkbox"/>
Conservation	Durée	3 ans	
	Support	Imprimé <input type="checkbox"/>	Numérique <input type="checkbox"/>
Exercice des droits (accès, rectification, effacement)	Délégué à la protection des données - dpo@univ-poitiers.fr		

Je soussigné(e) _____, reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour la captation et l'exploitation de ma voix, à titre gratuit, selon les modalités ainsi définies. Fait à _____, le _____

Signature

Annexe 3 : Déclaration au DPO, 2023



Université de Poitiers – Délégué à la protection des données

15 rue de l'Hôtel Dieu - 86000 Poitiers

05 49 36 60 05

dpo@univ-poitiers.fr

La délivrance de ce certificat signifie que votre traitement a été porté au registre tenu par le délégué à la protection des données de l'Université de Poitiers et que votre dossier est complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement.

En tout état de cause, vous êtes tenus de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

- 1 - la définition et le respect des finalités du traitement.
- 2 - la pertinence des données traitées.
- 3 - la conservation pendant une durée limitée des données.
- 4 - la sécurité et la confidentialité des données.
- 5 - le respect des droits des personnes concernées par le traitement : information sur leur droit d'accès, de rectification, à l'effacement et d'opposition.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données par e-mail ou en renseignant le formulaire accessible à la page suivante :

<https://rgpd.appli.univ-poitiers.fr/plugins/formcreator/front/formdisplay.php?id=1>

Pascal MARTIN

Délégué à la protection des données de l'Université de Poitiers

Référence du traitement	2023153
Date d'enregistrement	27/11/2023
Responsable de traitement	Université de Poitiers – 15 rue de l'Hôtel Dieu – 86000 Poitiers
Référent opérationnel	BUCH Kitana
Nom du traitement	Prise en charge de l'hyperphagie boulimique

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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



IX – Résumé

Introduction : L'hyperphagie boulimique est le trouble du comportement alimentaire le plus fréquent dans la population avec un retentissement au long cours physique et psychologique important. Cette dernière est fortement corrélée à l'obésité. Or l'obésité est un problème de santé mondiale avec une prévalence qui ne cesse d'augmenter.

Objectifs : Comprendre les représentations des internes de médecine générale au sujet du diagnostic et de la prise en charge de l'hyperphagie boulimique.

Rechercher également le besoin de formation des internes de médecine générale et sous quelle forme.

Matériels et Méthode : Etude qualitative par entretiens semi dirigés interrogeant les internes de médecine générale. Inclusion d'internes de médecine générale en dernière année d'internat dépendants de la faculté de Poitiers.

Résultats : 15 internes ont été interrogés. Les principaux résultats montrent que ces derniers ne connaissant pas, pour la moitié, la définition de l'hyperphagie boulimique. Ils la confondent avec la boulimie nerveuse. Aucun interne ne connaît les critères diagnostiques du DSM V. Ils ne pas se sentir à l'aise avec le diagnostic mais aussi la prise en charge de l'hyperphagie boulimique. La majorité d'entre eux ont une méconnaissance des ressources disponibles.

Tous les internes interrogés souhaitent des informations au sujet de l'hyperphagie boulimique et estiment avoir besoin d'une formation sur le sujet, à intégrer dans le Diplôme d'étude spécialisée de médecine générale.

Discussion : Etude originale par le recueil des représentations des internes de médecine générale sur l'hyperphagie boulimique. Cette étude a permis de confirmer ce qu'on retrouvait dans la littérature au sujet des représentation des médecins généralistes. Ce travail de recherche a également permis de trouver des pistes de formations qu'il serait intéressant de mettre en place.

Mots clés : interne de médecine générale, représentations, hyperphagie boulimique, obésité.

Abstract

Background : Binge eating disorder is the most frequent eating disorder among the population, with the most significant long-term physical and psychological impact. This disease is strongly correlated with obesity. However, obesity is a global health issue with a prevalence that continues to increase.

Aims : To understand the représentations of general practitioner residents regarding the diagnosis and management of binge eating disorder.

To look for the need for training of residents and in what form.

Methods : Qualitative study using semi-structured interviews questioning residents. Inclusion of final year general practitioner residents belonging to the Faculty of Medicine of Poitiers.

Results : 15 general practitioners residents were interviewed. The main results show that half of them do not know the definition of binge eating disorder. They confuse it with the bulimia nervosa. No resident knows the DSM V criteria. The residents do not feel comfortable with the diagnosis and management of binge eating disorder. Most of them have a lack of awareness regarding available resources.

All the residents interviewed would like information about binge eating disorder and feel they need training on this subject, to be integrated into their specialist diploma in générale medicine.

Discussion : Original study of general practitioner residents's views on binge eating disorder. This study allowed us to confirm what had been found in the literature about general practitioners représentations. This research work has also helped us come up with some interesting training ideas.

Keywords : general practitioner residents, binge eating disorder, obesity, views