



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
MÉDECINE**

Qualité du diagnostic de l'anorexie mentale chez l'adolescent auprès des
médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 2 avril 2015 au pôle formation

Par DOS SANTOS Jonathan

JURY

Président : Monsieur le Professeur DELION Pierre

Assesseurs : Monsieur le Professeur GOTTRAND Frédéric

Monsieur le Professeur GLANTENET Raymond

Directeur de Thèse : Madame le Docteur GRONNIER Pascale

AVERTISSEMENT

« La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs »

GLOSSAIRE

ATCD : Antécédents

CFTMEA : Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire

CIM-10 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes,
10^{ème} révision

DNS : Dopamine, noradrénaline et sérotonine

DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ème édition, texte révisé

DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème édition

EAT : *Eating attitudes test*

HAS : Haute Autorité de Santé

IC : Intervalle de confiance

IGF1 : *insuline-like growth factor 1* (facteur de croissance)

IMC : Indice de masse corporelle

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

TCA : Troubles du comportement alimentaire

SOMMAIRE

<u>RÉSUMÉ</u>	Page 11
<u>I. INTRODUCTION</u>	Page 12
<u>II. ÉTAT DES LIEUX</u>	Page 14
<u>2.1) Rappel historique</u>	Page 14
<u>2.2) Épidémiologie</u>	Page 15
<u>2.3) Facteurs de risques et étiologies</u>	Page 16
<u>2.4) Définition et critères diagnostiques</u>	Page 17
<u>2.5) Outils diagnostiques</u>	Page 19
<u>2.6) Annonce du diagnostic</u>	Page 20
<u>III. MATÉRIEL ET MÉTHODE</u>	Page 22
<u>3.1) Objectif principal</u>	Page 22
<u>3.2) Méthode</u>	Page 22
3.2.1) Type d'étude	Page 22
3.2.2) Population de l'étude	Page 22
3.2.3) Période	Page 22
<u>3.3) Moyens</u>	Page 23
3.3.1) Questionnaire	Page 23

3.3.2) Outils de saisies et d'analyse des données	Page 23
3.3.3) Variables	Page 23
<u>IV. RÉSULTATS</u>	Page 25
<u>4.1) Caractéristiques de médecins</u>	Page 25
4.1.1) Échantillon	Page 25
4.1.2) Sexe et durée d'exercice	Page 26
4.1.3) Milieu d'exercice	Page 26
4.1.4) Formation médicale sur l'anorexie	Page 27
4.1.5) Nombre d'adolescents vus en consultation	Page 28
<u>4.2) Éléments évocateurs</u>	Page 28
4.2.1) Motif de consultation	Page 28
4.2.2) Symptomatologie et pathologies évocatrices	Page 29
4.2.3) Situations et surveillance particulières	Page 33
<u>4.3) Évaluation d'une probable anorexie mentale</u>	Page 33
4.3.1) Organisation des consultations	Page 33
4.3.2) Utilisation des données anthropométriques et carnet de santé	Page 34
4.3.3) Démarche diagnostique initiale face à amaigrissement important récent	Page 35
<u>4.4) Items permettant d'infirmer ou de confirmer un diagnostic d'anorexie mentale</u>	Page 35
4.4.1) Interrogatoire	Page 35

4.4.2) Outils diagnostiques et examens complémentaires	Page 37
4.4.3) Suivi	Page 39
<u>V. DISCUSSION</u>	Page 40
<u>5.1) Caractéristiques des médecins</u>	Page 40
<u>5.2) Analyse des données de l'étude</u>	Page 42
5.2.1) Éléments évocateurs	Page 42
5.2.2) Évaluation d'une probable anorexie mentale	Page 47
5.2.3) Items permettant d'infirmier ou de confirmer le diagnostic	Page 50
<u>5.3) Synthèse et suggestions</u>	Page 52
<u>5.4) Limites et biais de l'étude</u>	Page 53
<u>5.5) Force de l'étude</u>	Page 54
<u>VI. CONCLUSION</u>	Page 55
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	Page 57
<u>ANNEXES</u>	Page 61

RÉSUMÉ

L'anorexie mentale se caractérise par la gravité de son pronostic, le diagnostic clinique doit être précoce afin d'éviter les complications. Le médecin traitant est en première ligne afin d'élaborer au plus vite une prise en charge adaptée pluridisciplinaire. Notre travail a cherché à analyser les pratiques professionnelles des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais concernant le diagnostic de l'anorexie mentale chez l'adolescent.

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et transversale sur les méthodes et modes de fonctionnement propres à chaque médecin pour établir ce diagnostic au cabinet. Un questionnaire a été envoyé par voie postale à 200 médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais tirés au sort. Les réponses, anonymes, ont été retranscrites en variables et analysées par le logiciel R version 3.1.2.

La majorité des médecins n'ont pas eu de formation complémentaire sur l'anorexie mentale. Les motifs de consultation amenant l'adolescent anorexique au cabinet selon les médecins étaient les problèmes de poids et d'alimentation pour 39% des médecins, suivis des troubles digestifs et des malaises. L'asthénie était la 1^{ère} symptomatologie répétitive évocatrice de la pathologie parmi celles faisant partie du ressenti des praticiens avec 73%. L'état dépressif majeur et la bipolarité étaient les pathologies chroniques amenant en priorité à rechercher une anorexie mentale. Avec 43,5%, les médecins ont évoqué, en premier lieu, les pathologies endocriniennes devant une cassure de courbe staturale-pondérale. Pour établir le diagnostic, il fallait en moyenne 3,821 consultations et 16,828 jours avant de re-convoquer le patient (consultation initiale avec l'adolescent accompagné de ses parents dans 53% des réponses). Les outils diagnostiques n'étaient pas utilisés par les médecins de l'étude.

Les réponses des praticiens comparées aux données de la littérature ont permis de mettre en avant les signes d'alerte à rechercher en médecine générale. Enfin, nous avons proposé quelques éléments afin de faciliter le diagnostic de l'anorexie mentale.

I. INTRODUCTION

L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire (TCA) d'origine multifactorielle comprenant des facteurs personnels de vulnérabilité psychologique, biologique et génétique, ainsi que des facteurs environnementaux, familiaux mais également socioculturels (importance de l'image du corps dans nos sociétés). (1)

En pratique, le début est souvent insidieux, et la restriction alimentaire peut avoir commencé par un régime qui s'installe au décours d'une période de transition, par exemple, de l'entrée en sixième, d'un déménagement ou de la perte, réelle ou symbolique, d'une figure d'attachement. (2) Une phase de transition entre une dépendance infantile et une position plus autonome qu'est l'adolescence constitue la période charnière la plus à risque.

Il n'existe pas en France actuellement de données d'incidence et de prévalence disponibles.

Une étude de 2011 du Great Ormond Street Hospital a publié un rapport national sur l'incidence des TCA chez les jeunes sujets, âgés de moins de 13 ans, à un stade de développement majoritairement prépubère ou préménarchal et a montré une incidence de 1,09 pour 100000 (2). Un taux qui reste faible comparé aux autres pathologies dans cette population. L'adolescence qui, rappelons le, est définie selon l'organisation mondiale de la santé comme une période marquée de transformations biologiques, psychologiques, comportementales et sociales d'individus d'une classe d'âge particulière (10 à 19 ans) sous l'influence d'un contexte socioculturel donné. (3)

Les critères diagnostiques font l'objet de nombreuses discussions concernant la place des formes mineures et l'association de plusieurs troubles alimentaires. Les conduites anorexiques et boulimiques sont souvent associées, simultanément ou successivement. Cependant, si près de la

moitié des patients anorexiques présentent à un moment ou à un autre les critères diagnostiques de la boulimie, la réciproque n'est pas vraie. (1) Le diagnostic de l'anorexie mentale est un diagnostic clinique et ne doit plus être un diagnostic d'élimination qui se voit plus fréquemment chez la jeune fille mais peut également concerner le garçon.

Le patient vient rarement consulter de lui-même pour des troubles alimentaires. C'est pourquoi le repérage ainsi que le diagnostic précoce de l'anorexie mentale sont recommandés par l'HAS pour prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et ses complications (somatiques, psychiatriques et psychosociales). Une pathologie qui se caractérise par la gravité potentielle de son pronostic avec un risque de décès.

Le médecin traitant, en première ligne, a donc un rôle primordial dans cette détection afin d'élaborer au plus vite une prise en charge adaptée au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Notre travail s'est penché sur l'évaluation du repérage et des méthodes diagnostiques des médecins généralistes pour évoquer et étayer un diagnostic d'anorexie mentale chez un adolescent.

II. ÉTAT DES LIEUX

2.1) Rappel historique

Des descriptions de comportements anorexiques ont été rapportées dès le IX^e siècle avec AVICENNE. Les historiens ont recensé des cas d'anorexie pendant le moyen âge, en particulier parmi des personnalités religieuses qui ont depuis été nommées les « anorexiques saints » (BELL, 1985) (4). Ceci illustré par BYNUM (1987) dans le récit de Catherine DE SIENNE, ascète du XIV^e siècle d'une extrême maigreur qui regardait sa souffrance comme une sorte de salut, un moyen d'échapper à sa chair, qu'elle considérait comme un « tas de fumier » (5).

À la fin du XVII^e siècle, Richard MORTON décrit une maladie particulière dans laquelle il ne pouvait pas trouver de raison médicale pour expliquer la maigreur de son patient. Il a conclu que la maladie résulte de « passions violentes de l'esprit » et lui a donné le nom de « phtisie nerveuse » (6). Prés de deux siècles plus tard, ce syndrome a été isolé en 1873, par LASEGUE sous la dénomination d'anorexie hystérique (en ajoutant un élément socioculturel à la description de l'anorexie, mettant l'accent sur les familles des patients) et en Angleterre, par GULL : anorexia nervosa. L'anorexie étant identifiée comme une entité médicale à cette période qui considérait les corps charnus comme signe de beauté (7-8).

Cette dernière appellation a été utilisée dans le monde entier à l'exception de la France suite aux travaux de HUCHARD 1883 ; le terme d'anorexie mentale impliquant un état psychiatrique, s'est imposé.

2.2) Épidémiologie

Les cas d'anorexie mentale répondant aux critères diagnostiques du DSM-IV-TR sont relativement rares : prévalence en population générale de 0,9 à 1,5% chez les femmes et de 0,2 à 0,3% chez les hommes dans les études internationales. Une prévalence qui reste faible (inférieure à 5%). La forme subsyndromique, ne répondant pas strictement aux critères diagnostiques (CIM-10, DSM-IV-TR), est plus fréquente (1). Classiquement on rapporte que l'anorexie mentale touche dix femmes pour un homme.

Concernant l'incidence, elle varie de 0,1 à 255 pour 100000 habitants/an. La disparité importante de ces résultats est liée aux échantillons considérés dans les études. Les données sont encore très disparates en France (9).

HOECK et al ont montré que l'incidence de l'anorexie mentale a augmenté en Europe (Suède, Ecosse et Pays-Bas) dans la population des sujets recevant des soins en santé mentale depuis les années 1950 jusque dans les années 1970 et s'est ensuite stabilisée (10). En se penchant un peu plus sur une période allant des années 1980 à 2009, trois études sur trois décennies différentes (deux britanniques et une néerlandaise) ont montré que l'incidence de l'anorexie mentale avait tendance à augmenter jusqu'à la fin du XXe siècle en se stabilisant par la suite. Les chiffres les plus élevés ont été observés chez les jeunes femmes de 10 à 19 ans (période pubertaire ou post pubertaire) (11, 12, 13).

La vision de l'anorexie mentale comme une maladie touchant essentiellement les jeunes filles issues des classes sociales favorisées est largement décrite dans la littérature. En 1995, une revue de la littérature critique sur le sujet a repris chaque étude socioculturelle sur l'anorexie mentale et montre qu'il n'y a pas de lien significatif entre la pathologie et la classe sociale (14).

2.3) Facteurs de risques et étiologies

Un repérage ciblé sur certaines populations à risque est recommandé telles que les adolescentes/jeunes femmes, les mannequins, les danseurs/sportifs (disciplines esthétiques ou à catégorie de poids, sports valorisant ou nécessitant un contrôle du poids) notamment de niveau de compétition mais encore chez les sujets atteints de pathologies impliquant de régimes (diabète de type 1, hypercholestérolémie familiale) (1).

L'anorexie mentale reste une pathologie mal connue avec des mécanismes ainsi qu'une physiopathogénie encore inconnue. Elle serait d'origine multifactorielle chez des sujets prédisposés, à la faveur de facteurs déclenchant qui seraient maintenus par des facteurs pérennisant réalisant un véritable cercle vicieux (15).

Ces facteurs sont à la fois individuels, familiaux et culturels :

- Sur le plan individuel, on suspecterait des anomalies biologiques comme des anomalies sérotoninergiques ou de l'axe corticotrope qui seraient soit le résultat de particularismes génétiques, soit la résultante biologique d'événements périnataux ou de la petite enfance avec stress. Une fragilité ancienne psychologique révélée à l'adolescence sous la forme de TCA est évoquée (déficit émotionnel, séparations, abus sexuels). On note également une faible estime de soi chez ces sujets avant que le trouble n'apparaisse, et donc un sentiment de manque de contrôle sur sa vie qui crée un besoin de maîtrise de soi-même.
- Sur le plan familial, le risque de développer une anorexie mentale est plus important en cas d'antécédent de TCA quel qu'il soit chez les apparentés du 1^{er} degré. Le milieu familial peut être impliqué également du fait d'un intérêt pour les régimes alimentaires, l'alimentation et de l'image du corps qu'il véhicule face à un sujet à risque.

- Le facteur culturel principal impliqué est la pression culturelle en faveur de la minceur dans les sociétés occidentales et sa valorisation excessive dans les médias (16, 17, 18).

2.4) Définition et critères diagnostiques

L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire défini selon les critères diagnostiques des classifications internationales CIM et DSM (CIM-10 Annexe 1 et DSM-IV-TR annexe 2). Il existe d'autres classifications moins utilisées (la classification de FEIGHNER 1972 et la CFTMEA : classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent).

Depuis mai 2013, la classification DSM-V a modifié quelques éléments (19) :

- Délaissement des formulations qui impliquent un comportement intentionnel : « restriction de l'alimentation » au lieu de « refus de maintenir un poids corporel normal » ; « non-reconnaissance » au lieu de « déni du degré de sévérité ».
- Peur intense de prendre du poids et/ou comportement interférant avec la prise de poids.
- Délaissement du critère d'aménorrhée.
- Évaluation du sous type (restrictif ou avec crises de boulimies) sur une période de trois mois.

À la phase précoce, des signes évocateurs doivent alerter le médecin comme du plus fréquent au moins fréquent (2) :

- L'évitement alimentaire
- Préoccupations morbides autour de l'alimentation
- Peur de prendre du poids
- Préoccupations autour du poids
- Préoccupations autour des formes corporelles

- Exercice physique excessif
- Plaintes somatiques
- Vomissements provoqués
- Compulsions alimentaires
- Utilisation de laxatifs/diurétiques

À la phase d'état, la classique triade de LASEGUE des trois « A » associant anorexie, aménorrhée et amaigrissement reste toujours d'actualité et la présence d'un des trois signes doit faire rechercher les deux autres.

Voici les signes évocateurs d'anorexie mentale à rechercher en fonction de l'âge selon l'HAS :

Chez l'enfant (en l'absence de critères spécifiques et dès l'âge de 8 ans)

- Ralentissement de la croissance staturale
- Changement de couloir, vers le bas, lors du suivi de la courbe de corpulence (courbe de l'indice de masse corporelle)
- Nausées ou douleurs abdominales répétées

Chez l'adolescent (outre les changements de couloir sur la courbe de croissance staturale ou la courbe de corpulence)

- Adolescent amené par ses parents pour un problème de poids, d'alimentation ou d'anorexie
- Adolescent ayant un retard pubertaire
- Adolescente ayant une aménorrhée (primaire ou secondaire) ou des cycles irréguliers (spanioménorrhée) plus de 2 ans après ses premières règles

- Hyperactivité physique
- Hyper investissement intellectuel

Chez l'adulte

- Perte de poids > 15 %
- IMC < 18,5 kg/m²
- Refus de prendre du poids malgré un IMC faible
- Femme ayant une aménorrhée secondaire
- Homme ayant une baisse marquée de la libido et de l'érection
- Hyperactivité physique
- Hyper investissement intellectuel
- Infertilité

2.5) Outils diagnostiques

En aucun cas ces outils ne vont établir un diagnostic mais aider à la confirmation de celui-ci. Il existe plusieurs outils diagnostiques. Le carnet de santé constitue l'un d'eux avec la traçabilité des données anthropométriques (poids, taille, IMC). Il permet une meilleure visualisation d'éventuels ralentissement, stagnation ou cassure de la courbe staturo-pondérale.

Il est recommandé également par l'HAS de poser deux questions simples comme « Avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ? », « Est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? ».

On pourra utiliser également le questionnaire SCOFF-F (DFTCA : définition française des TCA, traduction française validée du SCOFF).

Questionnaire SCOFF-F :

2 réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA

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

Le Eating attitudes test (EAT) peut être utilisé aussi comme outil de dépistage diagnostique mais moins pratique car comportant 26 items. Items qui portent sur des sentiments, opinions et réactions vis-à-vis de l'alimentation (annexe 5).

Cet outil comprenait 40 questions (EAT-40) réparties en 7 différentes sections. En 1982, une version abrégée, l'EAT-26, a été élaborée et est maintenant la version la plus largement utilisée. Celle-ci ne comprend maintenant que 3 sections, soit: la diète (incluant les préoccupations à l'égard de la minceur), la boulimie (les symptômes associés) et le contrôle oral (par exemple, l'autocontrôle à l'égard de la nourriture observé chez les anorexiques).

2.6) Annonce du diagnostic

L'entretien devra se faire dans des conditions adéquates en présence de l'adolescent ainsi que de son entourage. Il serait préférable de voir l'adolescent seul puis, si besoin, accompagné de ses parents.

Un temps suffisant sera accordé lors de cet entretien. L'objectif étant d'accroître la confiance du patient envers son médecin pour établir un réel dialogue.

Le rôle du médecin traitant est de mettre un nom sur la maladie et d'informer de manière claire, loyale et appropriée. En fonction du déroulement, il jugera de la quantité d'information nécessaire adaptée lors de ce premier entretien. Il est recommandé de nommer la maladie avec tact, sans stigmatisation et de souligner qu'elle peut être un mode d'adaptation comportementale à un mal être préexistant (1).

Il n'existe pas de recommandations officielles quant à la fréquence des entretiens ni la durée entre ces derniers pour établir un diagnostic en cas de suspicion.

La prise en charge ainsi que les complications et traitements ne seront pas détaillés car ne faisant pas partie de l'objet de l'étude.

III. MATÉRIEL ET MÉTHODE

3.1) Objectif principal

L'objectif principal était d'étudier les pratiques professionnelles ainsi que les moyens mis en œuvre par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais pour confirmer une suspicion d'anorexie mentale chez un adolescent.

3.2) Méthode

3.2.1) Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive transversale sur les méthodes et modes de fonctionnement propres à chaque médecin généraliste du Nord-Pas-de-Calais pour établir un diagnostic d'anorexie mentale chez des adolescents vus au cabinet.

3.2.2) Population de l'étude

L'étude s'est réalisée à partir d'une population de 200 médecins généralistes tirés au sort parmi les médecins exerçants en libéral situés dans les départements du Nord ainsi que du Pas-de-Calais (exercice exclusif ou non). Le tirage au sort a été réalisé par la plateforme d'aide méthodologique du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille.

3.2.3) Période

Le recueil s'est déroulé de juin à octobre 2014 par envoi postal. Il a été choisit intentionnellement de commencer avant la période de vacances scolaires estivales et de prolonger de deux mois afin d'obtenir un meilleur taux de réponses.

3.3) Moyens

3.3.1) Questionnaire

Le questionnaire de 3 pages a été envoyé par courrier aux médecins sans accord préalable (annexe

6). Il se composait 4 grands axes :

- Caractéristiques des médecins
- Éléments évocateurs
- Évaluation d'une probable anorexie mentale
- Items permettant de confirmer ou d'infirmer le diagnostic

Il a été créé selon les recommandations de l'HAS en s'adaptant à la pratique quotidienne des médecins. Dans le but de susciter un maximum de réponses, une enveloppe pré-affranchie et pré-adressée a été jointe à chaque questionnaire.

Tous ces questionnaires ont été expédiés, par voie postale, début juin 2014.

3.3.2) Outils de saisie et d'analyse des données

Les données ont été recueillies au fur et à mesure des questionnaires à l'aide d'un tableur Microsoft Excel. Les questionnaires étaient anonymes.

L'analyse des données a été réalisée par la plateforme d'aide méthodologique de la Clinique de Santé Publique du CHRU de Lille.

Le logiciel R version 3.1.2 a été utilisé pour réaliser l'analyse.

3.3.3) Variables

Les différentes questions ont été retranscrites en variables quantitatives continues ainsi que qualitatives binaires, ordonnées, mono ou multivaluées. Elles ont été représentées graphiquement en fonction de leur type :

Variables quantitatives continues	Histogramme et « box-plot » (boîte à moustache)
Variables qualitatives binaires	Diagramme circulaire
Variables qualitatives ordonnées	Diagramme en barres (avec hiérarchie)
Variables qualitatives monovaluées	Diagramme en barres
Variables qualitatives multivaluées	Diagramme en barres

Tableau 1 : Variables ainsi que leur représentation graphique correspondante.

Les questionnaires reçus après octobre 2014 ainsi que ceux des médecins n'exerçant plus la spécialité de médecine générale ont été exclus de l'étude.

IV. RÉSULTATS

4.1) Caractéristiques des médecins

4.1.1) Échantillon

Le questionnaire a été envoyé à 200 médecins du Nord-Pas-de-Calais.

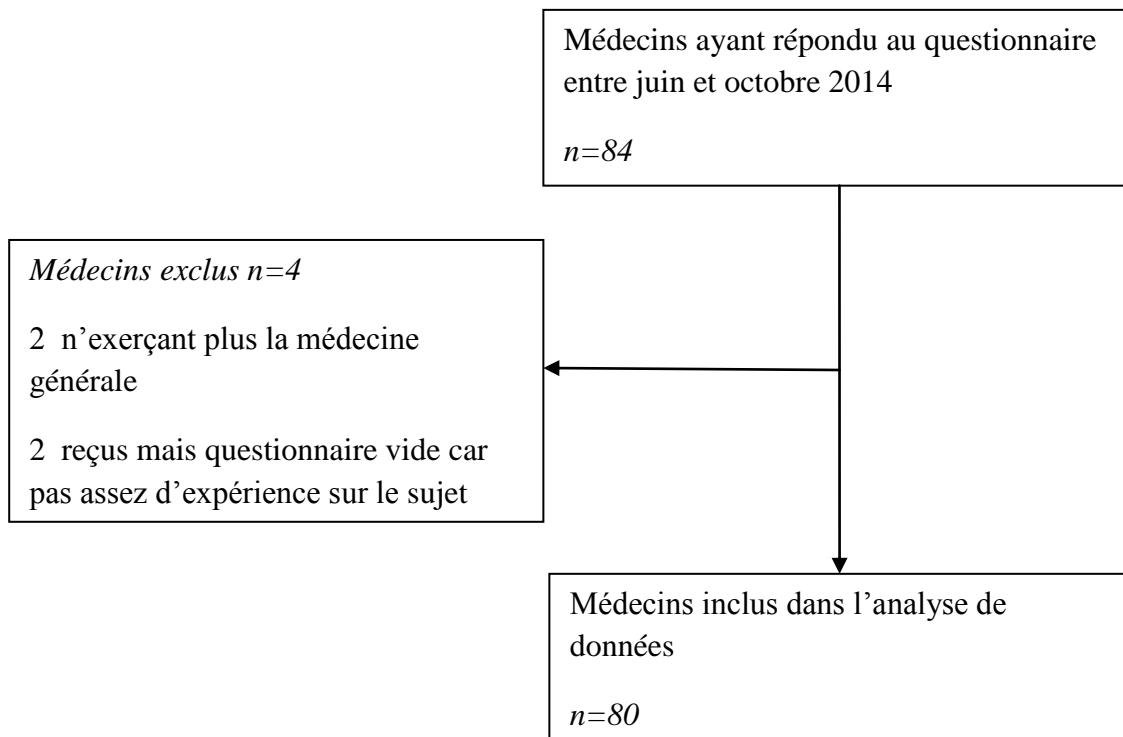


Figure 1 : Diagramme de flux des médecins

Nous avons eu donc un taux de réponse satisfaisant de 40%. A noter que le taux de réponse à ce genre d'investigation par questionnaire varie habituellement entre 15 et 30%.

4.1.2) Sexe et durée d'exercice

La durée moyenne d'exercice en libéral des médecins était de 20,152 années avec un écart-type de 11,716. Le minimum était de 1 année et le maximum de 39 années d'exercice. On observait une homogénéité des réponses avec 3 grands pics :

- De 0 à 10 ans.
- De 15 à 20 ans.
- De 25 à 35 ans.

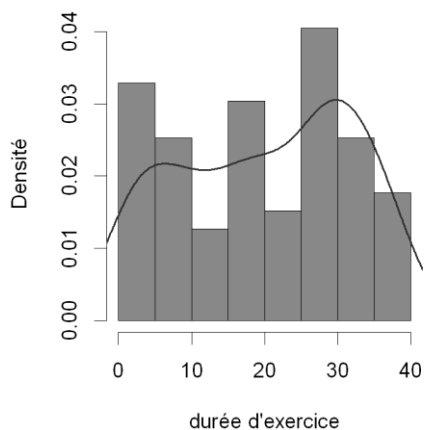


Figure 2 : répartition des médecins en fonction de leurs années d'exercice

Ces médecins se répartissaient en 28 femmes et 52 hommes avec un sex-ratio homme/femme de 1,85 (35% de femmes).

4.1.3) Milieu d'exercice

Trois secteurs étaient proposés et définis selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) (annexe 7) : urbain, rural et semi-rural.

La répartition des praticiens installés en zone rural et semi-rural (respectivement 7 et 33 réponses) était équivalente à celle en zone urbaine (40 réponses).

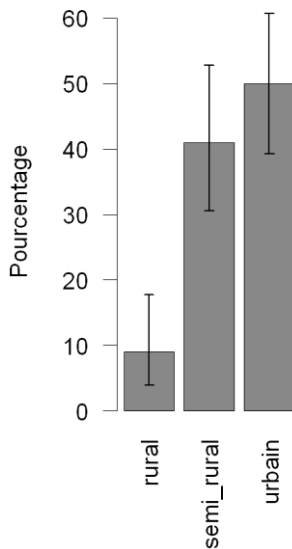


Figure 3 : Type d'installation des médecins généralistes

4.1.4) Formation médicale sur l'anorexie

Nous avons voulu préciser si certains avaient une formation particulière concernant l'anorexie et quel type de formation.

Parmi les 80 médecins, 4 avaient une formation complémentaire sur le sujet dont 1 avec un diplôme universitaire et 3 avec une formation autre (5% des réponses).

Concernant le type de formation sur la prise en charge diagnostique, on observait 83% des médecins avec une formation théorique contre 7% avec une formation hospitalière parmi les 80 ayant répondu. 5 médecins signalaient avoir eu les deux et 13 n'avaient eu ni l'une ni l'autre (4 réponses manquantes).

4.1.5) Nombre d'adolescents vus en consultation

Nous avons voulu évaluer le nombre d'adolescents vus en consultation en moyenne par mois par chaque médecin sans faire référence au motif de consultation.

Sur les 69 réponses, on observait une moyenne de 39,014 adolescents avec un minimum de 1 ainsi qu'un maximum de 100.

4.2) Éléments évocateurs

4.2.1) Motif de consultation

Le motif principal de consultation amenant l'adolescent anorexique à consulter selon les médecins était les problèmes de poids et/ou d'alimentation, soit 39% des réponses totales (n=77). Les symptômes retrouvés en grand pourcentage également comme motif de consultation le plus fréquent étaient :

- « Les malaises » dans 25% des réponses.
- « Les troubles digestifs » dans 17%.

Pour 9% des médecins, c'était l'« inquiétude de l'entourage » qui amenait l'adolescent en consultation.

Les autres motifs décrits étaient « l'hyper investissement intellectuel » (5%), « le retard pubertaire » (3%) ainsi que « l'asthénie » et « la tristesse de l'humeur » (1% chacun).

4.2.2) Symptomatologie et pathologies évocatrices

- Une des questions était de savoir devant quelle(s) symptomatologie(s) répétitive(s) l'hypothèse d'une anorexie mentale pouvait être évoquée chez un adolescent.

Les réponses multiples étaient possibles.

Il a été proposé dans le questionnaire les symptomatologies de reflux gastro-œsophagien, gastrite, vomissements, diarrhées, infections respiratoires, troubles du rythme cardiaque/insuffisance cardiaque, fragilité des phanères, automutilation, asthénie, troubles musculaires/neurologiques et autre.

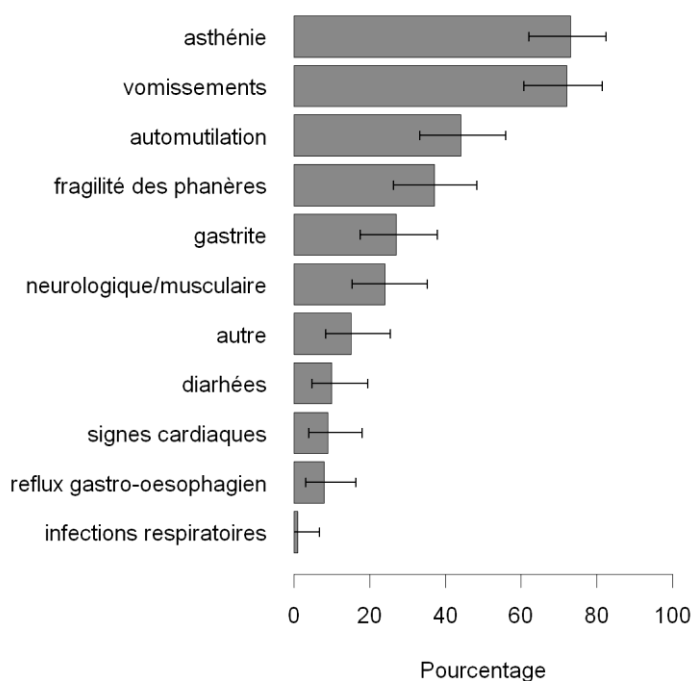


Figure 4 : Répartition des symptomatologies répétitives faisant évoquer un diagnostic d'anorexie mentale.

On observait des pourcentages plus importants pour 3 grands groupes :

- Des signes généraux : « asthénie » soit 73% et « fragilité des phanères » soit 37%
- Un signe de souffrance psychique : « automutilation » soit 44%
- Des signes digestifs hauts : « vomissements » soit 72% et « gastrite » soit 27%

Parmi les « autres » symptômes : on retrouvait par ordre décroissant : La perte de poids, l'isolement social/hyper investissement intellectuel, les troubles du sommeil, l'hyper investissement sportif avec complications articulaires, la constipation, les troubles menstruels, l'état dépressif ainsi que la répétition de symptômes variés.

- Devant l'interrogation de savoir si les médecins recherchaient une anorexie mentale chez un adolescent présentant une pathologie somatique chronique et/ou psychiatrique autre, nous avons obtenu 62% d'affirmations.

Parmi ces derniers, voici les pathologies évoquées (choix multiple) :

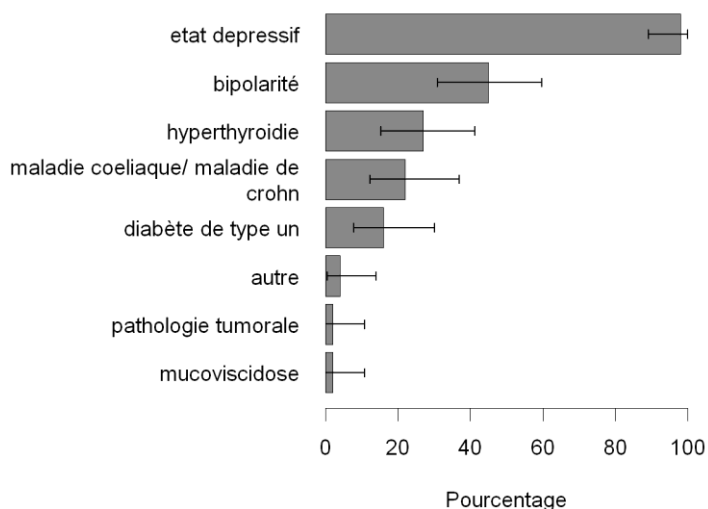


Figure 5 : Répartition des pathologies chroniques et/ou psychiatriques amenant à rechercher une anorexie mentale.

Une grande proportion des réponses était liée à des pathologies psychiatriques autres telles que l'état dépressif majeur ou la bipolarité (98% et 45%).

Deuxième grand groupe ; les pathologies endocriniennes et digestives qui regroupaient l'hyperthyroïdie, les maladies cœliaque/crohn ainsi que le diabète de type 1.

Le groupe « autre » retrouvait une réponse de « constipation » ainsi qu'une autre de « douleurs abdominales ».

- Nous avons voulu trier par ordre de priorité les 3 pathologies auxquelles les médecins pensaient face à une cassure de courbe staturo-pondérale chez l'adolescent.

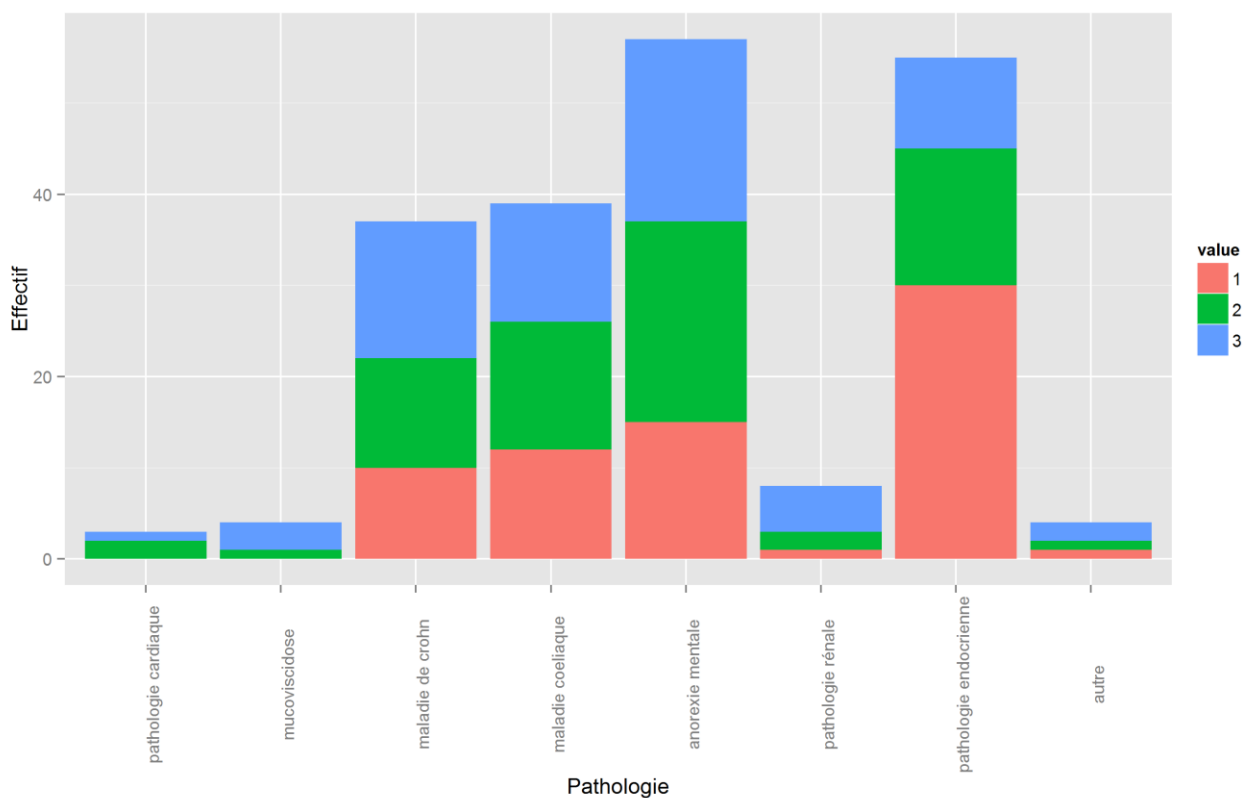


Figure 6 : Répartition des 3 pathologies évoquées par les médecins par ordre de priorité devant une cassure de courbe staturo-pondérale.

En considérant toutes les pathologies confondues, sans ordre de priorité, l'anorexie mentale était majoritaire parmi toutes les réponses avec 83% :

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides	Manquantes
Anorexie mentale	57	83	[71,2-90,31]	69	11
Pathologie endocrinienne	55	80	[67,98-88,08]	69	11
Maladie cœliaque	39	57	[44,08-68,23]	69	11
Maladie de Crohn	37	54	[41,28-65,56]	69	11
Pathologie rénale	8	12	[5,49-22,11]	69	11
Mucoviscidose	4	6	[1,6-14,18]	69	11
Autre	4	6	[1,6-14,18]	69	11
Pathologie cardiaque	3	4	[0,91-12,18]	69	11

Tableau 2 : Pathologies évoquées devant une cassure de courbe staturo-pondérale SANS ordre de priorité

Cependant, en considérant l'ordre de priorité, les réponses étaient différentes.

- Pathologie évoquée en numéro 1 : pathologie endocrinienne (43,5%), anorexie mentale (21,7%), maladie cœliaque (17,4%), maladie de Crohn (14,5%), pathologie rénale et « autre pathologie » (1,45%).
- Numéro 2 : anorexie mentale (31,9%), pathologie endocrinienne (21,7%), maladie cœliaque (20,3%), maladie de Crohn (17,4%), pathologie rénale et pathologie cardiaque (2,9%), mucoviscidose et « autre pathologie » (1,45%).
- Numéro 3 : anorexie mentale (29%), maladie de Crohn (21,7%), maladie cœliaque (18,8%), pathologie endocrinienne (14,5%), pathologie rénale (7,3%), mucoviscidose (4,4%), « autre pathologie » (2,9%), pathologie cardiaque (1,4%).

Parmi les réponses « autre pathologie », l'analyse retrouvait la dépression pour le numéro 1, « sans réponse » pour le numéro 2 et enfin les tumeurs pour les 2 réponses dans le numéro 3.

4.2.3) Situations et surveillance particulières

62% des médecins estimaient avoir une surveillance particulière envers les adolescents ayant eu de violents traumatismes de l'enfance (deuil, séparation, abus sexuel).

Ceux qui s'intéressaient au projet professionnel de l'adolescent étaient au nombre de 59 soit 76%. En particulier pour une recherche d'une carrière centrée sur l'image du corps (sportif de haut niveau, arts de la scène, danseur, mannequinat..).

4.3) Évaluation d'une probable anorexie mentale

4.3.1) Organisation des consultations

Lors d'une première consultation face à un adolescent à risque, les médecins préféraient en majorité s'entretenir avec l'adolescent accompagné des ses parents à 53% (IC à 95% 41,01-63,87, 2 données manquantes).

38% étaient favorables à un entretien avec l'adolescent seul et seulement 9% avec les parents seuls.

A noter que 2 médecins étaient sans avis.

Selon les praticiens, 3,821 consultations en moyenne étaient nécessaires pour établir un diagnostic d'anorexie mentale en cas de doute chez un adolescent (médiane de 3, IC 95% 3,418-4,224, 13 données manquantes).

Cependant, ils estimaient en moyenne à 16, 828 le nombre de jours avant de re-convoquer ce même patient (médiane de 15, IC 95% 14,656 ; 19,001, 16 données manquantes).

4.3.2) Utilisation des données anthropométriques et carnet de santé

De façon à évaluer la surveillance chez chaque adolescent, nous avons voulu savoir si les médecins demandaient leur carnet de santé systématiquement à chaque consultation.

58% répondaient affirmativement (2 sans avis sur le sujet).

En se penchant un peu plus sur les données anthropométriques des patients, les médecins signalaient faire une fois par trimestre pour chaque adolescent une pesée, la mesure de la taille, le calcul de l'IMC ainsi que le traçage de leur courbe de croissance sur le carnet de santé selon les résultats suivants :

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides	Manquantes
Une pesée	43	54	[42,88-65,54]	79	1
Une taille	26	33	[23-44,5]	79	1
Un IMC	26	33	[23,31-45,02]	78	2
Un traçage de courbe	22	28	[18,63-39,25]	79	1

Tableau 3 : Données anthropométriques réalisées à chaque adolescent par trimestre

Nous avons noté qu'environ la moitié des médecins interrogés effectuaient une pesée systématique par trimestre en consultation contre 28% pour le traçage de courbe de croissance dans le carnet de santé du patient.

Un tiers environ réalisaient la mesure de la taille et calculaient avec le poids l'indice de masse corporelle.

4.3.3) Démarche diagnostique initiale face à un amaigrissement important récent

Face à un amaigrissement important récent d'un adolescent, 90% des médecins prescrivait des examens complémentaires en première intention. En revanche, 6% programmaient une autre consultation sans examens complémentaires.

A noter que 3% l'orientaient vers un spécialiste et 1% l'hospitalisaient.

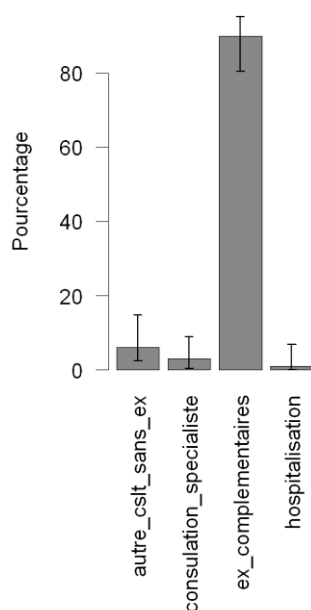


Figure 7 : Répartition des démarches diagnostiques face à un amaigrissement important récent chez un adolescent.

4.4) Items permettant d'infirmer ou de confirmer le diagnostic d'anorexie mentale

4.4.1) Interrogatoire

Plusieurs éléments à l'interrogatoire peuvent aider à établir un diagnostic d'anorexie mentale, notamment sur le mode de vie ainsi que sur le contexte socio-comportemental de l'adolescent.

Certaines questions ont été posées aux médecins lors de l'étude. Ils devaient répondre affirmativement ou non (détail des questions dans l'annexe 4).

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%	Valides	Manquantes
Scolarité de l'adolescent	76	96	[89,3-99,21]	79	1
Aménorrhée primaire/secondaire	76	96	[89,3-99,21]	79	1
Enquête alimentaire	74	94	[85,21-97,65]	79	1
Modification comportement	72	91	[82,04-96,06]	79	1
ATCD psy pers/familiaux	71	90	[80,5-95,21]	79	1
Activités sportives	65	82	[71,71-89,63]	79	1
Poids parents/fratrie	52	66	[54,2-75,89]	79	1
Aide confrère généraliste/spécialiste	48	61	[49,1-71,36]	79	1
Autre	28	35	[25,23-47,08]	79	1

Tableau 4 : Eléments diagnostiques de l'anorexie mentale chez l'adolescent à l'interrogatoire

Plus de 90% des médecins affirmaient face à un adolescent suspect d'anorexie mentale :

- Se renseigner sur la scolarité ainsi que l'investissement intellectuel de l'enfant
- Rechercher une aménorrhée primaire ou secondaire chez les filles
- Réaliser une enquête alimentaire
- Enquêter sur de probables modifications du comportement et des rapports sociaux envers les autres
- Rechercher des antécédents psychiatriques personnels autres et/ou familiaux

82% recherchaient un hyper investissement sportif à savoir si ces adolescents portaient une importance hors norme à leur image du corps.

Une plus faible proportion se renseignaient sur les données anthropométriques familiales et demandaient de l'aide d'un confrère généraliste ou spécialiste (pédiatrie, nutrition, psychiatrie).

Parmi les « autres » éléments à rechercher dont le pourcentage de 35% non négligeable, ils nous signalaient rechercher également :

- Addictions/toxicomanies/prise médicamenteuse : 5 réponses
- Vomissements provoqués : 4 réponses
- Deuil/séparation/abus sexuels : 4 réponses
- Contexte socio-familial difficile : 2 réponses
- Isolement social : 2 réponses
- Dévalorisation/ troubles de l'image : 2 réponses
- Difficultés à la préparation des repas : 2 réponses
- Analyse de la courbe de poids : 1 réponse
- Problèmes dentaires : 1 réponse
- Troubles du sommeil : 1 réponse
- Fréquentation des toilettes : 1 réponse

4.4.2) Outils diagnostiques et examens complémentaires

Afin d'établir un diagnostic de certitude chez un adolescent suspect d'anorexie mentale, il existe plusieurs outils dont des scores, des questionnaires ou des échelles.

Une très faible proportion des médecins interrogés, dans cette étude, utilisaient un outil diagnostique soit 3 médecins (4%) sur 78 ayants répondu.

Parmi ces 3 praticiens, 2 précisaient de quel outil il s'agissait :

- Le premier : l'échelle de dépression de HAMILTON (annexe 8) : échelle utilisée non pas pour le diagnostic mais pour l'évaluation et le suivi d'une dépression.
- Le questionnaire DNS pour le deuxième (annexe 9) : questionnaire qui dépiste les troubles de l'humeur et des comportements alimentaires résultants d'un défaut de synthèse de trois neuromédiateurs : Dopamine, Noradrénaline et Sérotonine.

En ce qui concernait d'éventuels examens complémentaires pour établir le diagnostic, 90% des médecins interrogés affirmaient en réaliser. Ce qui représentait 71 médecins qui ne se contenteraient pas d'un diagnostic clinique (1 réponse manquante sur les 80).

Il a été proposé à chaque médecin une liste d'examens complémentaires dont une biologie, une échographie, une radiographie, un électrocardiogramme, une endoscopie digestive ainsi qu'une tomodensitométrie avec plusieurs réponses possibles.

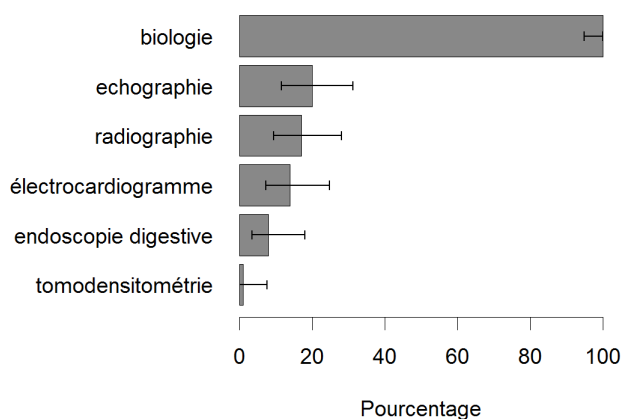


Figure 8 : Répartition des examens complémentaires pour le diagnostic d'anorexie mentale

La biologie étant la réponse prioritaire retrouvée avec 71 médecins. On retrouvait également une proportion non négligeable de médecins précisant réaliser un examen radiographique (12 médecins), un examen échographique (14) ainsi qu'un électrocardiogramme (10) pour cette confirmation de diagnostic.

A noter que 6 médecins réalisaient une endoscopie digestive et 1 médecin une tomodensitométrie.

4.4.3) Suivi

Enfin, une fois le diagnostic confirmé, un suivi chez cet adolescent est indispensable. Pour cela nous avons interrogé les médecins sur l'organisation de celui-ci en première intention.

En effet, 5% des praticiens affirmaient assurer le suivi au sein de leur cabinet contre 29% orientant le patient vers un spécialiste initialement.

Un suivi concomitant entre médecin généraliste et spécialiste était le choix principal avec un taux de 65% des médecins.

V. DISCUSSION

5.1) Caractéristiques des médecins

Le questionnaire a donc été envoyé à 200 médecins avec un taux de réponse de 40% et a permis une évaluation des pratiques professionnelles de 80 médecins du Nord-Pas-de-Calais.

Ce taux satisfaisant de réponses pouvant s'expliquer par un questionnaire rapide à remplir sans questions ouvertes.

Le fait de joindre une enveloppe pré-affranchie et pré-adressée avec le questionnaire ainsi qu'une brève explication de mon travail a suscité également ce nombre de réponses spontanées.

Certains médecins ont adressé l'enveloppe mais avec un questionnaire vierge car ils estimaient ne pas avoir assez d'expérience sur cette pathologie (pas assez de cas en consultation).

Le nombre de médecins n'ayant pas répondu à l'étude peut s'expliquer par le fait qu'il existe des éléments évocateurs ainsi que des outils pouvant aider au diagnostic selon l'HAS mais pas de critères diagnostiques précis. Ceci est dû à une pathologie avec une symptomatologie ainsi que des facteurs de risques et étiologiques extrêmement variés (1).

L'âge moyen des médecins répondants est représentatif de la population médicale de la région en considérant que chaque médecin débute son activité professionnelle à 30 ans avec une durée d'exercice moyenne retrouvée dans notre étude à 20,152. En effet, selon les données démographiques de l'ordre régional des médecins de 2013, l'âge moyen du Nord est de 51 ans et celui du Pas-de-Calais de 52 ans.

On remarque également 37% de femmes dans le Nord et 33% dans le Pas-de-Calais selon les données de l'Ordre et 35% dans l'étude, ce qui est superposable (20).

La répartition des médecins selon leur secteur se composait de 50% exerçant en zone urbaine et 50% en zone rurale et semi-rurale. 7 médecins seulement se situaient dans la zone rurale.

Ceci peut s'expliquer par le nombre d'adolescent qui est moins important en zone rurale et donc moins de cas d'anorexie mentale chez cette population vus en consultation. On suppose qu'il existe une population plus jeune en secteur urbain. En effet, le taux de fécondité est plus élevé depuis plusieurs années dans les grandes agglomérations de la région comparé aux secteurs ruraux purs selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE, 21).

Concernant la formation des médecins sur la prise en charge diagnostique de l'anorexie mentale chez l'adolescent, 83% nous signalaient avoir eu une formation hospitalière contre 7% pour une formation théorique (dont 5 médecins ayant eu les deux). De même, parmi ceux ayant répondu à l'étude, 4 médecins avaient une formation complémentaire sur le sujet. On pourra donc analyser les réponses sans se demander si la majorité des médecins ont été influencés par une expérience de formation autre que la formation habituelle en faculté de médecine.

Le nombre d'adolescents vus en consultation en moyenne par chaque médecin était de 39 par mois dans notre étude. En considérant une moyenne de 800 patients confondus par mois (pas de données statistiques récentes du nombre de patients vus par les médecins généralistes), on calcule à 4,87% la proportion d'adolescents vus en moyenne pour chaque médecin dans l'étude. Selon les données de l'INSEE (21), il existe à fin 2014 en France, 8 187 731 personnes âgées de 10 à 19 ans sur une population totale de 66 317 994. Ce qui nous rapporte un pourcentage de 12,35% d'adolescents.

On note que notre pourcentage d'adolescents vus en consultation n'est pas représentatif de celui de la population totale.

Est-ce tout simplement parce que cette tranche d'âge consulte moins leur médecin traitant pour des troubles somatiques (avec plus de certificats) ? Ou ont-ils été sous évalués par les médecins

répondant au questionnaire ? Ces derniers auraient peut-être répondu à cette question pour l'adolescent anorexique uniquement.

Nous avons bien précisé que nous prenions en compte la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé de l'adolescent dans le questionnaire (10-19 ans).

5.2) Analyse des données de l'étude

5.2.1) Eléments évocateurs

➤ Motif de consultation

L'adolescence, période à haut risque de conduite addictive et de violence, est peu médicalisée avec un contact médical réduit. Les consultations, à cette période, sont plus fréquentes chez le médecin généraliste notamment pour des pathologies infectieuses selon le rapport de santé de l'enfant et de l'adolescent de l'ordre national des médecins de 2011 (22).

Il a été plusieurs fois souligné que l'adolescent anorexique se présentait chez le médecin traitant sous diverses symptomatologies. C'est pourquoi nous avons voulu savoir quel était le motif principal de consultation qui l'amène au cabinet.

Le motif principal qui a été retrouvé est les problèmes de poids et/ou d'alimentation (39%). Pour le poids cela concernait l'amaigrissement ainsi que les modifications brutales de la morphologie de l'enfant comme le développement important de la masse musculaire. Les difficultés rencontrées dans l'alimentation sont la restriction alimentaire, le tri des aliments, l'évitement et la non préparation des repas ou au contraire l'hyper investissement dans la préparation des plats et des desserts. En effet, ces symptômes sont retrouvés en priorité car ce sont des modifications comportementales qui alertent l'entourage principalement mais aussi le médecin traitant lors d'une visite de contrôle.

Alors que « l'inquiétude de l'entourage », défini comme motif de consultation ne représente que 9% des réponses même si il existe un lien entre ces deux derniers. Il est cependant considéré comme le

premier motif dans plusieurs travaux notamment dans les thèses d'E.ROULLIER et C.ARISTE-ZELISE (23-24). Lorsque l'enfant est amené par ses parents qui présentent la symptomatologie, on peut se demander si ces derniers ne pourraient pas influencer la démarche diagnostique du médecin traitant, en l'orientant vers une pathologie somatique.

Il existe un biais dans cette question notamment par le fait que ce motif n'a pas été proposé mais retrouvé dans les réponses « autres ».

Les troubles digestifs ainsi que les malaises, avec respectivement 17% et 25%, se retrouvent parmi les plus fréquents, selon les médecins, juste après les problèmes de poids et/ou d'alimentation. Ils sont la traduction somatique la plus fréquente de la pathologie au cabinet de médecine générale.

Par contre les autres motifs de consultation tels que l'hyper investissement intellectuel, physique, le retard pubertaire, l'asthénie et la tristesse de l'humeur sont beaucoup moins fréquents selon notre étude. Probablement dû au fait que ces états et symptômes, assez courant pendant l'adolescence, n'inquiètent pas et ne justifient pas de consultation médicale en première intention.

Concernant la « population à risque, où la prévalence est maximale » définie ainsi par la Haute Autorité de santé (présentée ci-dessus dans les facteurs de risques), une surveillance particulière est recommandée concernant les médecins délivrant les certificats de non contre-indication à la pratique sportive (1). Or dans notre étude, aucun médecin ne l'a évoqué. Nous avons omis de mettre ce choix dans les réponses possibles car ne faisant pas partie des éléments évocateurs les plus courants d'anorexie mentale.

➤ Symptomatologie et pathologies évocatrices

Les personnes atteintes de troubles du comportement alimentaire consultent leur médecin généraliste plus fréquemment que le reste de la population dans les années qui précèdent le diagnostic, pour des problèmes somatiques divers (1).

Nous avons donc demandé aux praticiens s'ils évoquaient l'hypothèse de l'anorexie mentale devant certaines symptomatologies répétitives qui amenaient l'adolescent au cabinet.

L'asthénie était la première symptomatologie parmi le ressenti des médecins avec 73% alors que justement ce symptôme était retrouvé avec un faible pourcentage comme motif de consultation des patients décrits précédemment. On observe là une discordance entre le signe d'alerte du praticien et la banalisation de ce symptôme par le patient.

Les signes digestifs tels que la gastrite et les vomissements sont fortement évoqués également (vomissements provoqués ou dus à une restriction alimentaire intense). Enfin, parmi les plus retrouvés, la fragilité des phanères ainsi que l'automutilation s'expliquent par la conséquence d'une dénutrition pour l'un et la traduction d'une souffrance psychique pour l'autre.

Les complications cardiaques, neuromusculaires et respiratoires n'étant pas un signe d'alerte selon les médecins interrogés.

À noter, un seul médecin a recommandé une surveillance particulière devant des complications ostéo-articulaires à répétition. Des symptômes qui sont la conséquence d'activités intenses de haut niveau et non des complications directes de l'anorexie mentale à ce stade. En effet, on observe des altérations des différents secteurs endocriniens, avec en particulier aménorrhée hypothalamique, hypercortisolisme et déficit en IGF1, facteurs que l'on peut impliquer dans les perturbations osseuses fréquentes et sévères dans l'anorexie mentale comme décrit dans l'étude d'E. TOUREL (25).

Devant le fait que devant certaines pathologies chroniques ou impliquant un régime spécifique il est suggéré d'avoir une attention particulière, nous avons voulu savoir s'il en était de même dans le suivi ambulatoire. 62% des médecins nous ont répondu dans ce sens avec une grande majorité pour les pathologies psychiatriques telles que l'état dépressif majeur et la bipolarité. On constate notamment

selon une récente étude américaine, que l'anorexie mentale ainsi que la boulimie sont souvent accompagnés de dépression et d'autres troubles psychiatriques concomitants (26).

Les pathologies comme l'hyperthyroïdie, le diabète type 1 et les maladies cœliaque et de Crohn présentent un fort taux également. Mais ne pourrait-on pas expliquer cela par le fait qu'il s'agisse également d'un diagnostic différentiel de l'anorexie mentale ?

En restant dans ces pathologies évocatrices, nous avons trié par ordre de priorité les trois pathologies qu'évoquaient les médecins devant une cassure de courbe staturo-pondérale.

On note que les pathologies endocriniennes comme le diabète de type 1, les troubles thyroïdiens ou le déficit en hormone de croissance par exemple, se plaçaient au premier rang. Ce résultat s'explique par le fait que ce sont des pathologies avec une prévalence en France plus importante. On note que le diabète de type 1 ne cesse d'augmenter au rythme de 3 à 4% par an depuis une vingtaine d'années, avec 13,5 cas pour 100 000 habitants selon les données de l'INSERM (27).

Pour avoir un point de comparaison, la prévalence de l'hyperthyroïdie serait de 1 à 2 %, celle de l'hyperthyroïdie infra clinique de 1 à 4 %, et jusqu'à 6 % chez les plus de 60 ans. Pour l'hypothyroïdie de 3 à 10%.

L'anorexie mentale était retrouvée majoritaire comme pathologie à évoquer en deuxième et troisième choix. La maladie cœliaque arrive ensuite suivie de la maladie de Crohn.

L'anorexie mentale se situant dans les causes de malabsorption/malnutrition dans les descriptions universitaires comme indiqué ci-dessous :

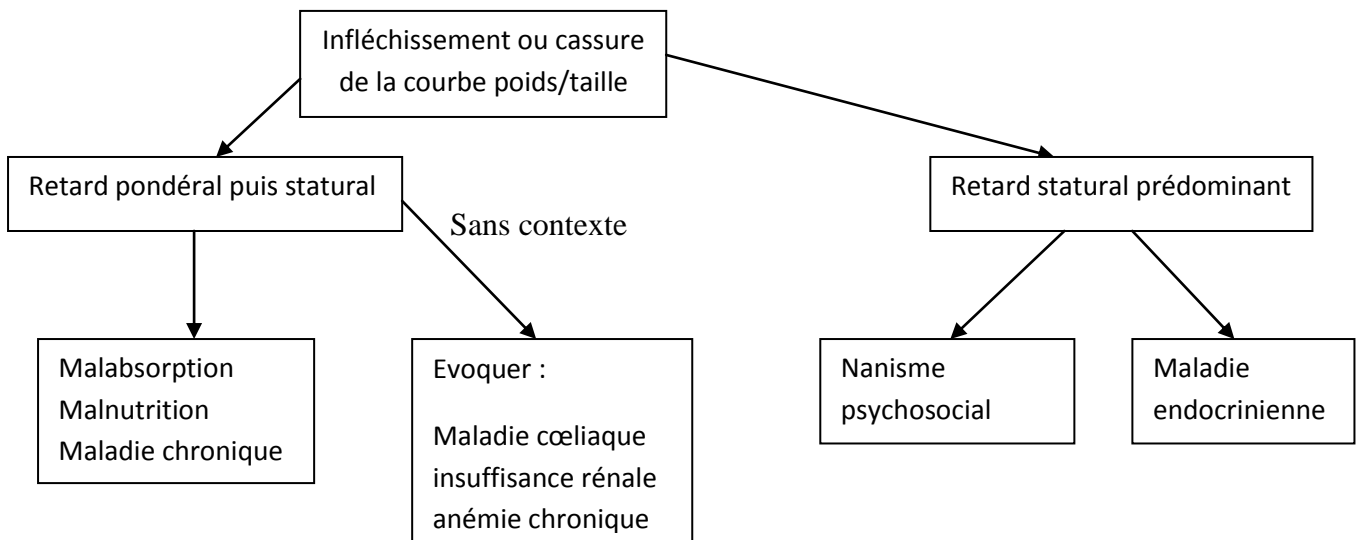


Figure 8 : Etiologies devant une cassure de courbe staturo-pondérale (28).

En considérant les pathologies confondues sans ordre de priorité, on note que l’anorexie mentale a été mentionnée beaucoup plus fréquemment que toutes les autres. On peut se demander si ce résultat ne serait pas influencé par le fait qu’il s’agisse de l’objet de notre étude ?

➤ Situations et surveillance particulières

Nous avons souligné précédemment le fait que certaines situations nécessitent une surveillance particulière chez les adolescents. Nous avons donc interrogé les praticiens sur ce point. 76% s’intéressaient au projet professionnel du patient mais seulement 62% surveillaient de près ceux ayant eu de violents traumatismes dans l’enfance tels que, un deuil, une séparation ou des traumatismes d’ordre sexuel. Des situations donc qui pourraient induire une souffrance psychologique.

En effet, en considérant uniquement les traumatismes émotionnels de l'enfance, une étude parue en janvier 2015 dans l'*international journal of eating disorders* a montré que ces derniers pouvaient précipiter un dysfonctionnement émotionnel ainsi que la survenue d'anorexie mentale (29).

On peut se demander si la question sur le projet professionnel a été bien interprétée par les médecins. Est-ce qu'ils ont fait le lien entre une carrière centrée sur l'image du corps et un facteur de risque de survenue d'anorexie mentale ?

On pourra aussi préciser que de nos jours, la société prône de plus en plus l'image d'un corps musclé ou mince dans les médias, dans les publicités ainsi que les séries télévisées (grande audience parmi les adolescents). Ce qui pourrait influencer le comportement de certains patients sans pour autant aller jusqu'à la survenue d'une anorexie mentale.

5.2.2) Evaluation d'une probable anorexie mentale

➤ Organisation des consultations

Pour cela, nous avons voulu savoir comment les médecins s'organisaient au cabinet face à un éventuel patient anorexique lors d'une première consultation. La majorité d'entre eux préférerait s'entretenir avec l'adolescent accompagné de ses parents (53%). 38% étaient plus d'avis à s'entretenir seul avec le patient.

On peut se douter que le fait d'en parler seul à seul avec l'adolescent permettra d'établir une meilleure relation de confiance mutuelle. Le regard et l'interprétation des parents peuvent gêner la libre expression de l'adolescent. D'autant plus, si le médecin traitant assure le suivi médical de la famille depuis longtemps. La notion de secret médical peut être exprimée. Les mineurs viennent souvent se confier aux médecins et, comme les adultes, ils ont droit au respect et à la confidentialité. Il est important, surtout à l'adolescence, qu'un mineur puisse trouver en son médecin un confident

qui n'ira pas révéler à ses parents les secrets qui lui sont confiés sauf s'il y a danger pour l'adolescent. Dans ce cas, il faudra lui expliquer la nécessité de le protéger et d'en parler à d'autres (article R.4127-4 du code de la santé publique).

A contrario, les parents peuvent être d'une grande aide en apportant des éléments sémiologiques complémentaires en cas de déni de la part de l'adolescent (« oui docteur, elle coupe ses repas en tout petits morceaux », « elle est très bonne pâtissière »).

Les médecins estimaient avoir besoin en moyenne de 3,821 consultations pour établir un diagnostic chez un adolescent suspect d'anorexie mentale. Ce qui représente une bonne moyenne pour rassembler tous les éléments nécessaires à un bon diagnostic.

Il est vrai qu'établir un diagnostic de certitude est quasiment impossible en une seule consultation.

En ce qui concernait le délai avant de re-convoquer le patient en cas de doute, il était de 16, 828 jours en moyenne. Ce dernier dépend de la gravité des symptômes ainsi que du stade de la pathologie.

On aurait pu se poser la question de la durée du premier entretien pour chaque praticien. Ceci dépend également de leurs pratiques ainsi que de leurs expériences professionnelles.

➤ Utilisation des données anthropométriques et carnet de santé

L'utilisation du carnet de santé a été confirmée chez 58% des médecins. Celui-ci est un outil qui va permettre de visualiser les courbes de croissance. Il existe donc un peu plus de la moitié des médecins qui demandent le carnet de santé systématiquement à chaque adolescent, ce qui est plutôt réconfortant (notamment avec le développement des logiciels médicaux où l'on peut enregistrer les paramètres et suivre les courbes de croissances).

En effet, le carnet de santé est très utilisé pour les nourrissons et petits enfants (allergies, historique thérapeutique, vaccinations) mais le devient de moins en moins par la suite. Ceci s'explique par le fait qu'il existe vingt examens avant l'âge de 6 ans pris en charge à 100% par l'assurance maladie (9 pendant la 1^{ère} année, 3 au cours de la 2^{ème} et 2 examens par an jusqu'à 6 ans). L'adolescent ne nécessite plus de suivi médical rapproché.

Dans notre étude, la moitié des praticiens effectuaient une pesée par trimestre pour chaque adolescent. La mesure de la taille ainsi que l'évaluation de l'indice de masse corporelle étaient réalisés par un tiers d'entre eux. Les données étaient reportées sur la courbe de croissance par un quart des médecins. On note ainsi que le contrôle du poids est le paramètre le plus recueilli mais reste non réalisé chez la moitié des répondants alors qu'il s'agit d'un examen simple et non chronophage en ambulatoire.

Le carnet de santé reste néanmoins le meilleur moyen de transmettre l'information médicale entre professionnels de santé.

➤ Démarche diagnostique initiale face à un amaigrissement important récent

Lors d'un entretien au cabinet, il existe des situations où il est légitime d'explorer des anomalies perçues à l'examen comme un amaigrissement important récent. Face à ce dernier signe physique, 90% des médecins prescrivaient des examens complémentaires chez l'adolescent, contre 6% qui reprogrammaient une consultation sans examens. A noter que 3% hospitalisaient l'enfant.

Les prescriptions d'examens complémentaires semblent légitimes dans le cadre d'un bilan étiologique d'amaigrissement à la recherche d'une pathologie somatique sous jacente ou d'un retentissement somatique en cas de pathologie psychiatrique.

5.2.3) Items permettant d'infirmier ou de confirmer le diagnostic

➤ Interrogatoire

Concernant les différents éléments à l'interrogatoire, on observait qu'en grande majorité ces derniers portaient une attention particulière à l'enquête alimentaire, la scolarité ainsi qu'aux modifications socio-comportementales de l'enfant (superposables aux recommandations de l'HAS, (1)).

Il en est de même pour les antécédents psychiatriques personnels autres et/ou familiaux où nous avons vu précédemment que le contexte familial ainsi qu'un terrain psychiatrique personnel préexistant étaient des facteurs de risques des troubles du comportement alimentaires.

L'aménorrhée était recherchée également, or ce critère a été supprimé dans le DSM-V depuis mai 2013 (1).

Environ 20% des médecins n'ont pas inclus l'hyper investissement sportif. On peut interpréter ce résultat par le fait qu'aucun d'entre eux n'aient mentionné d'éventuelles complications ostéo-articulaires ni de certificat de non contre-indication à la pratique sportive comme probables éléments évocateurs dans les résultats de notre questionnaire.

61% demandaient l'aide d'un confrère généraliste et/ou spécialiste. Ce taux de réponses appuie le fait qu'une démarche diagnostique à l'aide de plusieurs intervenants est recommandée.

Enfin, 35% recherchaient d'autres éléments non évoqués lors de notre étude comme :

- la présence d'addictions, de toxicomanie, de prise médicamenteuse (traduction d'une souffrance morale, prise de purgatifs).
- la recherche de problèmes dentaires (érosion dentaire due à des vomissements répétés).
- la recherche de trouble du sommeil (fragmentation du sommeil et diminution du sommeil à ondes lentes selon T.RAFFRAY (32)).

- Se renseigner sur la fréquentation des toilettes.

On peut comparer ces résultats à l'étude d'ARISTE-ZELISE C. où les critères évoqués par les médecins pour la confirmation du diagnostic sont principalement la mise en évidence d'une restriction alimentaire, le déni de la pathologie et l'avis d'un confrère (24).

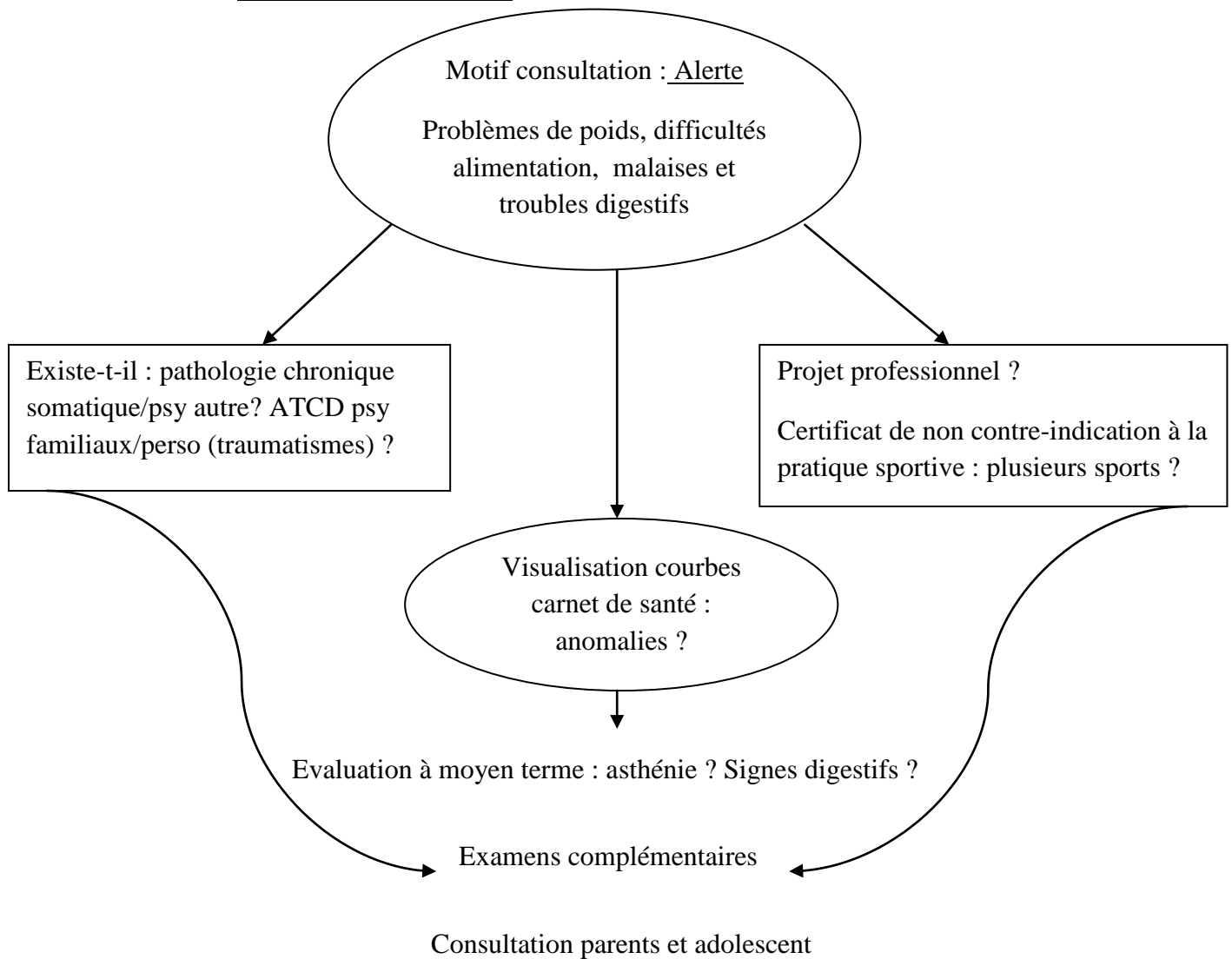
➤ Outils diagnostiques et examens complémentaires

Nous avons voulu savoir s'ils utilisaient des questionnaires ou échelles comme aide diagnostique et la quasi-totalité des médecins ont répondu négativement. Ces différents outils ne seraient-ils pas trop chronophages avec des médecins de plus en plus dépassés par le temps en ambulatoire ?

➤ Suivi

Une fois le diagnostic confirmé, 65% des médecins estimaient qu'un suivi conjoint entre généraliste et spécialiste était préférable. Comme on le voit également dans ce dernier point, l'anorexie mentale reste une pathologie difficile à prendre en charge tant sur le plan diagnostique que le suivi thérapeutique. Une prise en charge pluridisciplinaire est recommandée.

5.3) Synthèse et suggestions



Le diagnostic pourra enfin être posé grâce à un interrogatoire précis sur le mode de vie de l'adolescent et quelques questions « type » comme par exemple :

- « Vous mangez équilibré à la maison ? » Nous pourrions voir ici si l'adolescent se plaint de la nourriture riche, et s'il met l'accent sur les aliments faibles en calories.
- « Tu aimes bien faire les magasins avec tes ami(e)s ? » On pourra voir un évitement du « *shopping* » surtout pour les filles car se trouvant trop grosse, il y aura un gêne occasionnée lors des essayages.

- « Tu as un petit copain / une petite copine ? » La réponse sera en majorité négative car n'étant pas à l'aise avec l'image de son corps, l'adolescent le sera encore moins envers une autre personne.

Le médecin traitant pourra, également lors de certaines consultations de suivi, aborder le sujet du poids et de l'alimentation comme étant un critère de surveillance chez chaque adolescent.

Par exemple lors d'une consultation pour la rédaction d'un certificat de non contre-indication à la pratique sportive, il pourra se renseigner sur les repas de l'enfant en précisant l'importance d'une bonne alimentation chez un sportif. Et par la même occasion il effectuera un contrôle des données anthropométriques.

Le praticien discutera du projet professionnel et des centres d'intérêts de l'adolescent lors d'un rappel de vaccination. Il lui demandera également de lui parler des rapports sociaux qu'il entretient à l'école avec ses éventuels amis.

Enfin toute consultation peut être une opportunité pour effectuer un contrôle rapide de la taille et du poids de l'adolescent. On notera de cette manière s'il existe un évitement ou une appréhension de la pesée.

Ces éléments seront faciles et rapides d'utilisation au cabinet (avec les 5 questions du SCOFF) contrairement aux échelles et questionnaires qui ne sont généralement plus utilisés par les médecins.

5.4) Limites et biais de l'étude

On peut considérer qu'il existe un biais de sélection qui est un biais de non réponse (questionnaire non retournés par les médecins). Ceci peut être dû au fait que le questionnaire comportait 3 pages et qu'il ait eu un effet dissuasif au moment du remplissage. Cependant les questions à réponses fermées que nous avons choisies ont permis un gain d'investissement des praticiens.

Les médecins ont peut être été influencés par certaines des questions même si nous avons délibérément ajouté des réponses non recommandées par la Haute Autorité de Santé. Des questions ouvertes auraient été quasiment ininterprétables.

Il existait également des données manquantes lors de l'analyse des résultats. Cela pouvait modifier légèrement la répartition des réponses mais pas les courbes de réponses (donc les conclusions).

Le nombre de médecins ayant répondu à notre enquête constitue une limite (n=80).

5.5) Force de l'étude

Il n'existe pas de biais de recrutement car nous avons réalisé un tirage au sort pour les 200 questionnaires envoyés dans la région Nord-Pas-de-Calais parmi une base de données des médecins généralistes de la région. De même, il n'y a eu aucune relance des médecins par téléphone. Les 80 réponses obtenues sont donc spontanées.

L'échantillon de notre étude est représentatif de la démographie des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais en ce qui concernait le sexe et l'âge.

Cette étude a permis d'étudier la prise en charge uniquement diagnostique des médecins généralistes en ambulatoire avec notamment peu d'études sur le sujet actuellement. Nous avons apporté également aux médecins répondants une occasion d'analyser et éventuellement d'améliorer leur pratique professionnelle sur le sujet.

Nous avons enfin fait ressortir quelques éléments clefs utiles au cabinet de médecine générale.

VI. CONCLUSION

L'anorexie mentale est une pathologie extrêmement polymorphe et difficile à diagnostiquer seul en ambulatoire. Chaque médecin se base sur son expérience personnelle avec des classifications ainsi que des outils diagnostiques peu utilisés.

Le but de notre étude était de décrire et d'analyser les pratiques professionnelles de chaque médecin dans le diagnostic d'une anorexie mentale chez un adolescent potentiellement à risque ou suspect. Nous avons également essayé de faire une synthèse de ces démarches diagnostiques pour faire ressortir des éléments susceptibles d'aider nos confrères généralistes au cabinet de façon simple et rapide.

L'étude a permis de mettre en avant les motifs de consultation qui doivent alerter le médecin tels que les problèmes de poids et d'alimentation mais aussi les troubles digestifs les malaises et l'asthénie chez l'adolescent.

On souligne une surveillance particulière chez les adolescents avec une pathologie chronique somatique et/ou psychiatrique autre, et chez ceux au contexte socio-familial difficile avec notamment d'éventuels traumatismes (émotionnels, physiques, ou sexuels).

Enfin, l'approche au cabinet sera en fonction de chaque médecin avec une réévaluation à moyen terme. Il y a une nécessité de mettre en confiance le jeune patient sans mettre de côté les parents qui pourront nous apporter des éléments sémiologiques primordiaux.

On pourra ainsi faire quelques recommandations :

- Utiliser de façon systématique les courbes de croissance soit dans le carnet de santé, soit dans le logiciel médical. En sachant que ce carnet permet une information ainsi qu'une communication entre les différents professionnels de santé.
- Porter une attention particulière lors des consultations « certificat de non contre-indication à la pratique sportive » mais également « certificat d'aptitude à une formation » en s'intéressant de plus près au projet professionnel.
- Poser quelques questions « types » en plus des 5 questions du questionnaire SCOFF, notamment sur le mode de vie de l'adolescent ainsi que ses centres d'intérêts.

Les outils diagnostiques vus dans cette étude sont trop longs à réaliser lors d'un entretien qui va déjà durer plus de temps qu'une consultation type de 15 minutes.

Il serait intéressant de réaliser des entretiens individuels avec les médecins généralistes et leur demander de nous décrire leur démarche diagnostique type face à un adolescent suspect d'anorexie mentale. Un travail qui nécessiterait plus de temps ainsi qu'une meilleure disponibilité des praticiens.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Haute Autorité de Santé (HAS). (Page consultée le 13/06/2104). Recommandations de bonnes pratiques. Anorexie mentale : Prise en charge. Travail réalisé par l'AFDAS-TCA (Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées des Troubles du Comportement Alimentaire), [en ligne]. Disponible sur <http://www.has-sante.fr>.
- 2- DOYEN C. le diagnostic précoce est-il possible ? Dossier : Anorexie à l'adolescence. Le concours médical. 2012 Sept ; 134(7) : 532-534.
- 3- World Health Organization (WHO). Definition of key terms. 2013 June.
- 4- BELL RM. Holy anorexia. The University of Chicago Press. 1986 ; 39(4) :733-735.
- 5- BYNUM CW. Holy feast and holy fast : The religious significance of food to medieval women. Berkeley, Los Angeles and London. University of California Press. 1989 Jan ; 64(1) : 143-147.
- 6- MORTON R. Of nervous consumption. Phthisiologica : or, A treatise of consumption. 1694 ; 4-10. Dans [ANDERSEN A.E. Practical comprehensive treatment of anorexia nervosa and bulimia. Johns Hopkins University Press. 1985 ; 11-13].
- 7- GULL W.W. Anorexia nervosa (Apepsia hysterica, anorexia hysterica). Transactions of the Clinical Society of London. 1874 ; (7) : 22-28. Dans [ANDERSEN A.E. Practical comprehensive treatment of anorexia nervosa and bulimia. Johns Hopkins University Press. 1985 ; 13-18].
- 8- LASEGUE C. On hysterical anorexia. Medical times and gazette. 1873. Dans [ANDERSEN A.E. Practical comprehensive treatment of anorexia nervosa and bulimia. Johns Hopkins University Press. 1985 ; 11-13].
- 9- ROUX H, CHAPELON E, GODART N. Épidémiologie de l'anorexie mentale. L'Encéphale. 2012 ; 39(2) : 85-93.
- 10- HOEK H. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. Current Opinion in Psychiatry. 2006 Jul ; 19(4) : 389-394.

- 11- MICALI N, HAGBERG KW, PETERSEN I, TREASURE JL. The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009 : findings from the general practice research database. *British Medical Journal Open*. 2013 May ; 3(5).
- 12- CURRIN L, SCHMIDT U, TREASURE J, JICK H. Times trends in eating disorder incidence. *British Journal of Psychiatry*. 2005 Feb ; 186 : 132-135.
- 13- VAN SON GE, VAN HOEKEN D, BARTELS AL, VAN FURTH EF, HOEK HW. Times trends in the incidence of eating disorders : a primary care study in the netherlands. *International Journal of Eating Disorders*. 2006 Nov ; 39(7) : 565-569.
- 14- GODART N, DUCLOS J, ROUX H. Une maladie qui garde ses mystères. Dossier : Anorexie à l'adolescence. *Le concours médical*. 2012 sept ; 134(7) : 532-534.
- 15- GODART N, DUCLOS J, PERDEREAU F. Étiopathogénie des troubles des conduites alimentaires. *Manuel de psychiatrie* éd, JD Guelfi, F Rouillon Masson, Paris 2012.
- 16- PINHEIRO AP, BULIK CM, THORNTON LM et al. Association study of 182 candidate genes in anorexia nervosa. *American Journal of Medical Genetics, part B, Neuropsychiatric genetics*. 2010 Jul ; 153B : 1070-1080.
- 17- MEASELLE JR, STICE E, HOGANSEN JM. Developmental trajectories of co-occurring depressive, eating, antisocial, and substance abuse problems in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*. 2006 ; 115 : 524-538.
- 18- FOX JRE, POWER MJ. Eating disorders and multi-level models of emotion : an integrated Model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2009 Jul-Aug ; 16(4) : 240-267.
- 19- The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. DSM-V. American psychiatric Association. 2013.
- 20- Conseil National de l'Ordre des Médecins. (Page consultée le 16/01/2015). La démographie médicale en région Nord-Pas-de-Calais, [en ligne]. <http://www.nord-pas-de-calais.ordre.medecin.fr/node/8152>.

- 21- Institut National de la Statistique et des Études Économiques. (Page consultée le 16/01/2015). Estimations de population, résultats provisoires arrêtés à fin 2014, [en ligne]. http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo®_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm.
- 22- Conseil National de l'Ordre des Médecins. (Page consultée le 16/01/2015). Santé de l'enfant et de l'adolescent, prise en charge. Rapport adopté lors de la session du conseil national de l'ordre des médecins du 20 octobre 2011, [en ligne]. <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/sante-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-prises-en-charge-1126>.
- 23- ROULLIER E. Médecin généraliste et patient anorexique : étude qualitative auprès de trente six médecins [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Rennes : Université de Rennes 1 ; 2011.
- 24- ARISTE-ZÉLISE C. Modalités du diagnostic de l'anorexie mentale de l'adolescent par le médecin généraliste en ambulatoire [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Créteil : université de Paris Est Créteil ; 2013.
- 25- TOUREL E. Anomalies endocriniennes et osseuses de l'anorexie mentale [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Saint-Etienne : U.E.R de Médecine de Saint-Etienne ; 2002.
- 26- HARRINGTON BC, JIMERSON M, HAXTON C, JIMERSON DC. Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. American family Physician. 2015 Jan ; 91(1) : 46-52.
- 27- Institut National de la Statistique et des Études Économiques. (Page consultée le 16/01/2015). Diabète de type 1 : Dossier réalisé en collaboration avec le Pr Christian BOITARD, directeur de recherche à l'INSERM et diabétologue à l'Hôpital Cochin, Paris avril 2014 [en ligne]. <http://www.inserm.fr/thematiques/circulation-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/diabete-de-type-1-did>.
- 28- CAULIN C. Hyperthyroïdie et hypothyroïdie de l'adulte. Recommandation en pratique, 175 stratégies thérapeutiques, 5^e édition. Vidal RECOS. 2014.

- 29- BELLAICHE M, VIALA J, SANLAVILLE D, CAYETTE S. Retard staturo-pondéral. *Internat-médecin PEDIATRIE* ; 2006 : 169-182.
- 30- RACINE SE, WILDES JE. Emotion dysregulation and anorexia nervosa : an exploration of the role of childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders*. 2015 Jan ; 48(1) : 55-58.
- 31- Conseil National de l'Ordre des Médecins. (Page consultée le 17/01/2015). Article 4-Secret Professionnel du 11 octobre 2012 [en ligne]. <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913>.
- 32- RAFFRAY T. Modifications du sommeil dans l'anorexie et la boulimie. *Médecine du sommeil*. 2007 sept ; 4(13) : 27-30.

ANNEXE 1 : Critères CIM-10 de l'anorexie mentale F50.0 : Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

A. Poids corporel inférieur à la normale de 15 % (perte de poids ou poids normal jamais atteint) ou index de masse corporelle de Quételet inférieur ou égal à 17,5). Chez les patients pré pubères, prise de poids inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance.

B. La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des « aliments qui font grossir », fréquemment associé à au moins une des manifestations suivantes : des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de « coupe-faim » ou de diurétiques.

C. Une psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : la peur de grossir. Le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser.

D. Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent dans un but contraceptif), perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme. Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormone de croissance ou de cortisol, de modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalies de la sécrétion d'insuline.

E. Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (arrêt de la croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.

Diagnostic différentiel : le trouble peut s'accompagner de symptômes dépressifs ou obsessionnels, ainsi que de traits de personnalité faisant évoquer un trouble de la personnalité ; dans ce cas, il est parfois difficile de décider s'il convient de porter un ou plusieurs diagnostics. On doit exclure toutes les maladies somatiques pouvant être à l'origine d'une perte de poids chez le sujet jeune, en particulier une maladie chronique invalidante, une tumeur cérébrale et certaines maladies intestinales comme la maladie de Crohn et les syndromes de malabsorption.

ANNEXE 2 : Critères DSM-IV-TR de l'anorexie mentale :

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

A. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu).

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.

C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur.

D. Chez les femmes post-pubères, aménorrhée c.-à-d. absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes).

Type restrictif (restricting type) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (binge-eating/purging type) :

Pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

ANNEXE 3 : Critères de FEIGHNER

A. Âge d'apparition: Avant 25 ans.

B. Perte de poids de 25% à partir du poids de départ.

C. Distorsion de l'attitude par rapport à l'alimentation se manifestant par:

- Négation de l'état de maigreur
- Engouement apparent pour la perte de poids et plaisir excessif pris au refus de la nourriture
- Désir d'atteindre une minceur extrême et de s'y maintenir
- Manipulation excessive des apports alimentaires (calculs de calories, diminution radicale des quantités ingérées, etc.)

D. Absence de maladie somatique ou psychiatrique pouvant expliquer la perte de poids.

E. Au moins deux des manifestations suivantes: Aménorrhée, lanugo, bradycardie, périodes d'hyperactivité, épisodes de boulimie, vomissements induits volontairement ou abus de laxatifs.

ANNEXE 4 : Critères de la CFTMEA-R-2012 pour l'anorexie mentale

Trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle, induite et maintenue par le patient. Il survient habituellement chez une adolescente ou une jeune femme, mais il peut également survenir chez un adolescent ou un jeune homme, tout comme chez un enfant proche de la puberté. Le trouble est associé à la peur de grossir et d'être atteint dans son aspect corporel. Les sujets s'imposent un poids faible. Il existe habituellement une dénutrition de gravité variable s'accompagnant de modifications endocriniennes et métaboliques secondaires et de perturbations des fonctions physiologiques, aménorrhée notamment.

Exclure :

- les refus d'alimentation appartenant à un délire ;
- les phobies alimentaires ;
- les restrictions alimentaires avec ou sans vomissement, isolées et ne comportant pas en particulier le déni de la maigreur, la peur de grossir et le désir de minceur.

ANNEXE 5 : Eating attitudes test 26:

Toujours, très souvent, souvent, quelquefois, rarement et jamais :

1. Je suis terrifiée à l'idée d'être trop grosse.
2. J'évite de manger quand j'ai faim.
3. Je suis préoccupée par la nourriture.
4. J'ai fait des excès alimentaires au cours desquels je pensais ne pas pouvoir m'arrêter.
5. Je coupe ma nourriture en petits morceaux.
6. Je suis consciente du contenu calorique de la nourriture que je mange.
7. J'évite particulièrement les aliments tels le sucre, le pain ou les pommes de terre.
8. J'ai l'impression que les autres préféreraient que je mange davantage.
9. Je déteste avoir mangé.
10. Je me sens terriblement coupable après avoir mangé.
11. Je suis préoccupée par le désir d'être plus mince.
12. Je me pèse plusieurs fois par jour.
13. Je pense que je suis en train de brûler des calories quand je fais des exercices.
14. Les autres pensent que je suis trop mince.
15. Je suis préoccupée par l'idée d'être grassouillette.
16. Je prends plus de temps que les autres à manger mes repas.
17. J'évite de manger de la nourriture qui contient du sucre.
18. Je mange des aliments diététiques.
19. J'ai l'impression que la nourriture contrôle ma vie.
20. Je suis disciplinée devant la nourriture.
21. J'ai l'impression que les autres me poussent à manger.

- 22. Je consacre trop de temps et pense trop à la nourriture.
- 23. Je ne me sens pas à l'aise après avoir mangé des sucreries.
- 24. J'aime que mon estomac soit vide.
- 25. Je déteste essayer de la nouvelle nourriture riche en calories.
- 26. J'ai envie de vomir après les repas.

Compter 3 points pour les réponses « toujours », 2 points pour les réponses « très souvent », et 1 point pour « souvent ».

Un total de 20 points et plus signale une préoccupation excessive pour le poids et un risque que le patient contracte un trouble des conduites alimentaires, risque d'autant plus élevé qu'il sera mince. Il est recommandé de consulter un professionnel de la santé qualifié dans le domaine afin de déterminer s'il y a présence ou non d'un diagnostic de troubles du comportement alimentaire (TCA). Toutefois, il est à noter qu'un score élevé ne signifie pas d'emblée que la personne souffre d'un TCA. Une évaluation de la situation est requise.

Un score **inférieur à 20** est associé à un moindre risque de présenter un TCA, mais n'exclue pas la présence de symptômes cliniques significatifs de ce type de trouble. Ce questionnaire requiert des réponses honnêtes de la part du participant afin d'obtenir un résultat fidèle à la réalité. Un déni de la situation peut biaiser l'interprétation des résultats. C'est à ce moment que la validation des réponses auprès de l'entourage peut s'avérer utile.

ANNEXE 6 : Questionnaire envoyé aux médecins :

Cher consœur, confrère,

L'anorexie mentale chez l'adolescent (adolescent défini selon l'OMS par la tranche 10-19 ans) reste une pathologie extrêmement difficile à identifier de façon assez précoce pour limiter le risque d'évolution vers la chronicisation ainsi que ses complications.

Une pathologie importante à repérer car de pronostic pouvant être très grave comprenant des étiologies et des facteurs de risques encore flous de nos jours.

Le médecin traitant, en première ligne quant au repérage des signes évocateurs, a donc un rôle primordial. C'est pourquoi je réalise un travail de thèse qui a pour objectif d'évaluer les méthodes diagnostiques des médecins généralistes pour confirmer une éventuelle anorexie mentale chez l'adolescent (comprenant toute forme d'anorexie mentale).

Si vous acceptez de participer à ce travail, il vous suffira de remplir ce court questionnaire. Je vous remercie pour votre soutien.

4 PARTIES

CARACTERISTIQUES DES MEDECINS

- Vous êtes : 1 : Un homme 2 : Une femme
- Vous exercez en libéral depuis années.
- Vous exercez : 1 : En milieu urbain 2 : En milieu rural 3 : En milieu semi-rural
- Avez-vous une formation complémentaire concernant le sujet ? 1 : Oui 2 : non
1 : DU 2 : DESC 3 : CAPACITE 4 : Autre
- Concernant votre cursus médical, avez-vous eu (une réponse possible) :
1 : Une formation théorique sur le diagnostique de l'anorexie mentale chez l'adolescent
2 : Une formation pratique hospitalière dans un service de santé de l'adolescent
3 : Les deux

- Combien d'adolescents estimez-vous voir en consultation en moyenne par mois ?

ELEMENTS EVOCATEURS

- Quel est selon vous le motif de consultation le plus fréquent qui amène l'adolescent anorexique au cabinet ? (une réponse possible) 1 : Problème de poids/d'alimentation 2 : Troubles digestifs 3 : Malaises 4 : Retard pubertaire 5 : Hyperactivité physique 6 : hyper investissement intellectuel 7 : Autre :.....
- Devant quelle(s) symptomatologie(s) répétitive(s) pensez-vous à une anorexie mentale ? (plusieurs réponses possibles) 1 : RGO 2 : gastrite 3 : Vomissements 4 : Diarrhées 5 : Infections respiratoires 6 : Troubles de rythme/ insuffisance cardiaque 7 : Fragilité des phanères 8 : Automutilation 9 : Asthénie 10 : troubles musculaires/neurologiques 11 : Autre :.....
- Recherchez-vous une anorexie mentale chez un adolescent présentant une pathologie somatique chronique et/ou une pathologie psychiatrique autre ? 1 : Oui 2 : non
Si oui, pour lesquelles (plusieurs réponses possibles): 1 : Diabète de type 1 2 : Mucoviscidose 3 : Maladie cœliaque/Crohn 4 : Hyperthyroïdie 5 : Etat dépressif 6 : Pathologie tumorale 7 : Bipolarité 8 : Autre.....
- Devant une cassure de courbe staturo-pondérale chez l'adolescent, choisissez les 3 pathologies auxquelles vous pensez par ordre de priorité (en les numérotant).
Pathologie cardiaque..... Mucoviscidose..... Maladie de Crohn.... Maladie cœliaque..... Anorexie mentale..... Tubulopathies/Sd néphrotiques..... Pathologie endocrinienne..... Autre(s).....
- Surveillez-vous de près les enfants ayant eu de violents traumatismes dans l'enfance (deuil, séparation, abus) ? 1 : Oui 2 : Non
- Vous intéressez-vous au projet professionnel de l'adolescent (carrière centrée sur l'image du corps) ? 1 : Oui 2 : Non

EVALUATION D'UNE PROBABLE ANOREXIE MENTALE

- Quand vous repérez à un adolescent à risque, vous en parlez tout d'abord en présence (une réponse possible) :

1 : De l'adolescent seul 2 : Des parents seuls 3 : De l'adolescent accompagné des ses parents

- Selon vous, combien de consultations en moyenne sont nécessaires pour poser un diagnostic d'anorexie mentale chez un adolescent:.....
- Sous combien de jours reconvoquez-vous l'adolescent en cas de doute ?
- Faites-vous pour chaque adolescent au moins une fois/trimestre :
Une pesée : 1 : Oui 2 : Non
Mesure de la taille : 1 : Oui 2 : Non
Calcul de l'IMC : 1 : Oui 2 : Non
Traçage des courbes de croissance : 1 Oui 2 : Non
- Demandez-vous systématiquement le carnet de santé à chaque consultation avec un adolescent ? 1 : Oui 2 : Non
- Face à un amaigrissement important récent, que faites vous en 1ère intention ? (une réponse possible)
1 : Des examens complémentaire 2 : Hospitalisation 3 : Consultation avec spécialiste 4 : Programmation d'une autre consultation sans examens ni consultations spé

ITEMS PERMETTANT DE CONFIRMER OU D'INFIRMER LE DIAGNOSTIC

Parmi les questions suivantes, veuillez répondre par oui (1) ou non (2) : face un adolescent suspect d'anorexie mentale :

- Réalisez-vous une enquête alimentaire?
- Vous renseignez-vous sur la scolarité de cet adolescent?
- Essayez-vous de connaître le poids des parents ainsi que de la fratrie ?
- Recherchez-vous d'éventuelles activités sportives intenses?
- Recherchez-vous des antécédents psychiatriques personnels ou familiaux ?
- Demandez-vous l'aide d'un confrère généraliste ou spécialiste ?

- Recherchez-vous une aménorrhée primaire ou secondaire chez les filles ?
- Enquêtez-vous sur des probables modifications du comportement et des rapports sociaux envers les autres ?
- Recherchez-vous d'autres éléments afin d'établir un diagnostic d'anorexie mentale chez cet adolescent ? Si oui, précisez.....
- Utilisez-vous d'autres outils diagnostiques (questionnaire, échelle) ? 1 : Oui 2 : Non
Si oui, lesquelles ?
- Face à une suspicion d'anorexie mentale chez un adolescent, réalisez-vous des examens complémentaires pour le diagnostic ? 1 : Oui 2 : Non
Si oui lesquels parmi les suivants (plusieurs réponses possibles) : 1 : Biologie 2 : ECG 3 : Radiographie 4 : TDM 5 : Endoscopie digestive 6 : Echographie
- Face à cet adolescent avec un diagnostic confirmé d'anorexie mentale, organisez-vous en première intention (une réponse possible) : 1 : Un suivi au cabinet de médecine générale
2 : Une orientation vers un spécialiste 3 : Un suivi conjoint entre spécialistes et médecin généraliste

ANNEXE 7 : Définition selon l'INSEE des secteurs urbain, rural et semi rural :

La notion d'unité urbaine repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. On appelle unité urbaine une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants.

Si l'unité urbaine se situe sur une seule commune, elle est dénommée ville isolée. Si l'unité urbaine s'étend sur plusieurs communes, et si chacune de ces communes concentre plus de la moitié de sa population dans la zone de bâti continu, elle est dénommée agglomération multi communale.

Sont considérées comme rurales les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine : les communes sans zone de bâti continu de 2000 habitants, et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu.

Sont considérées comme semi-rurales, les communes dont l'un des critères n'est pas rempli pour appartenir ni à une commune rural ni à une commune urbaine.

ANNEXE 8 : Echelle HDRS (échelle de dépression de HAMILTON) :

1) Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation).

0 Absent

1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.

2 Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.

3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, attitude, voix, pleurs).

4 Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2) Sentiments de culpabilité

0 Absent.

1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens. 2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.

3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.

4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3) Suicide

0 Absent

1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.

3 Idées ou gestes de suicide.

4 Tentatives de suicide.

4) Insomnie du début de nuit

0 Absent.

1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.

2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5) Insomnie du milieu de nuit

0 Pas de difficulté.

1 Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.

2 Il se réveille pendant la nuit.

6) Insomnie du matin

0 Pas de difficulté.

1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.

2 Incapable de se rendormir s'il se lève.

7) Travail et activités

0 Pas de difficulté.

1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.

2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.

3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.

4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

8) Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

0 Langage et pensées normaux.

1 Léger ralentissement à l'entretien.

2 Ralentissement manifeste à l'entretien.

3 Entretien difficile.

4 Stupeur.

9) Agitation

0 Aucune

1 Crispations, secousses musculaires.

2 Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.

3 Bouge, ne peut rester assis tranquille.

4 Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10) Anxiété psychique

0 Aucun trouble.

1 Tension subjective et irritabilité.

2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.

3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.

4 Peurs exprimées sans que l'on pose de questions.

11) Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)

0 Absente.

1 Discrète.

2 Moyenne.

3 Grave.

4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12) Symptômes somatiques gastro-intestinaux

0 Aucun.

1 Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.

2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux.

13) Symptômes somatiques généraux

0 Aucun

1 Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.

2 Si n'importe quel symptôme est net.

14) Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

0 Absents.

1 Légers.

2 Graves.

15) Hypocondrie

0 Absente

1 Attention concentrée sur son propre corps.

2 Préoccupations sur sa santé.

3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide.

4 Idées délirantes hypochondriaques.

16) Perte de poids A : selon les dires du malade

0 Pas de perte de poids.

1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.

2 Perte de poids certaine.

B : appréciée par pesées

0 Moins de 500 g de perte de poids/sem

1 Plus de 500g de perte de poids/sem

2 Plus de 1kg de perte de poids/sem

17) Prise de conscience

0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade.

1 Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.

2 Nie qu'il est malade.

Résultats : Cette échelle doit surtout être utilisée non pas pour faire le diagnostic de dépression mais pour apprécier les composantes de celle-ci. Elle est significative pour un score > 15 et permet le suivi de l'évolution.

ANNEXE 9 : Questionnaire DNS (Dopamine, Noradrénaline et Sérotonine) :

Nom : Prénom :

Date :

Le questionnaire D.N.S. a pour but de dépister des troubles de l'humeur et des comportements alimentaires résultants d'un défaut de synthèse de trois neuromédiateurs : Dopamine, Noradrénaline et Sérotonine. La production de ces molécules par le cerveau dépend directement des horaires de prise et des apports nutritionnels en acides aminés précurseurs : Tyrosine et Tryptophane.

Pour chaque question, il faut répondre en fonction de la fréquence du symptôme.

COTATION :

0 = jamais

1 = parfois

2 = souvent

3 = très souvent

AXE DOPAMINERGIQUE et NORADRENERGIQUE

ACTUELLEMENT, avez-vous le sentiment :

D'être replié(e) sur vous-même, sans envie de voir les autres

De perdre votre motivation, de vous sentir démotivé(e)

De reporter à plus tard ce qu'il vous faudrait faire

D'être fatigué(e) dès le matin au réveil

D'une perte de confiance, d'une mauvaise image de vous-même

D'être triste

D'avoir envie de manger n'importe quoi

Total DN :

AXE SEROTONINERGIQUE

ACTUELLEMENT, avez-vous le sentiment :

D'être irritable, énervé(e), agressif(ve)

De ne pas supporter les critiques ou les contrariétés

D'avoir une humeur variable, tantôt bonne, tantôt mauvaise

D'être stressé(e)

D'avoir une envie incontrôlable de sucré

D'avoir du mal à vous endormir, ou de mal dormir

De mal supporter l'absence de soleil, de lumière

Total S

INTERPRÉTATION

Pour chaque axe DN ou S le total sera compris entre 0 et 21.

En fonction de ce score, on peut proposer les protocoles de traitement suivants.

Score < 10

Pas de signe clinique de carence en neuromédiateurs apparents.

Si l'interrogatoire laisse néanmoins penser à des troubles de l'humeur ou du comportement alimentaire :

- rechercher d'autres causes telles qu'une carence en Magnésium, en Vitamines, en Fer, en

Oméga3 EPA, ...

- faire un traitement d'épreuve avec les produits spécifiques des neuromédiateurs Inovance.

Score > 10

Résultat pathologique évoquant une carence au niveau des neuromédiateurs concernés.

AXE DOPAMINERGIQUE et NORADRENERGIQUE :

- instaurer un traitement avec Dynovance ou Dynatone pour une durée de 1 à 3 mois et réévaluer.
- appliquer les conseils nutritionnels de la Rythmonutrition pour la Tyrosine.
- en complément, si nécessaire, supplémenter en Magnésium, Vitamines, Fer, Oméga 3 EPA,...

AXE SEROTONINERGIQUE :

- instaurer un traitement avec Sérovance ou Sérotone pour une durée de 1 à 3 mois et réévaluer.
- appliquer les conseils nutritionnels de la Rythmonutrition pour le Tryptophane.
- en complément, si nécessaire, supplémenter en Magnésium, Vitamines, Fer, Oméga3 EPA,...

AUTEUR : NOM : DOS SANTOS

PRENOM : Jonathan

Date de Soutenance : Jeudi 2 avril 2015

Titre de la Thèse : Qualité du diagnostic de l'anorexie mentale chez l'adolescent auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais.

Thèse-Médecine-Lille 2015

Cadre de classement : DES de médecine générale

Mots clés : Anorexie mentale, Adolescent, Diagnostic, Médecins généralistes, troubles du comportement alimentaire, étude.

Résumé :

Contexte : L'anorexie mentale se caractérise par la gravité de son pronostic, le diagnostic clinique doit être précoce afin d'éviter les complications. Le médecin traitant est en première ligne afin d'élaborer au plus vite une prise en charge adaptée pluridisciplinaire. Notre travail a cherché à analyser les pratiques professionnelles des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais concernant le diagnostic de l'anorexie mentale chez l'adolescent.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et transversale sur les méthodes et modes de fonctionnement propres à chaque médecin pour établir ce diagnostic au cabinet. Un questionnaire a été envoyé par voie postale à 200 médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais tirés au sort. Les réponses, anonymes, ont été retranscrites en variables et analysées par le logiciel R version 3.1.2.

Résultats : La majorité des médecins n'ont pas eu de formation complémentaire sur l'anorexie mentale. Les motifs de consultation amenant l'adolescent anorexique au cabinet selon les médecins étaient les problèmes de poids et d'alimentation pour 39% des médecins, suivis des troubles digestifs et des malaises. L'asthénie était la 1^{ère} symptomatologie répétitive évocatrice de la pathologie parmi celles faisant partie du ressenti des praticiens avec 73%. L'état dépressif majeur et la bipolarité étaient les pathologies chroniques amenant en priorité à rechercher une anorexie mentale. Avec 43,5%, les médecins ont évoqué, en premier lieu, les pathologies endocriniennes devant une cassure de courbe staturo-pondérale. Pour établir le diagnostic, il fallait en moyenne 3,821 consultations et 16,828 jours avant de re-convoquer le patient (consultation initiale avec l'adolescent accompagné de ses parents dans 53% des réponses). Les outils diagnostiques n'étaient pas utilisés par les médecins de l'étude.

Conclusion : Les réponses des praticiens comparées aux données de la littérature ont permis de mettre en avant les signes d'alerte à rechercher en médecine générale. Enfin, nous avons proposé quelques éléments afin de faciliter le diagnostic de l'anorexie mentale.

Composition du jury :

Président : Professeur Pierre DELION

Assesseurs : Professeur Raymond GLANTENET

Professeur Frédéric GOTTRAND

Directeur de thèse : Docteur Pascale GRONNIER