

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2011

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**MODALITES DE PRISE EN CHARGE
DE L'ANOREXIE MENTALE RESTRICTIVE PURE :
ENQUETE RETROSPECTIVE AUPRES DE
545 MEDECINS GENERALISTES EXERÇANT
EN CABINET DE VILLE DANS LE BASSIN LILLOIS**

**Présentée et soutenue publiquement le 16 février 2011
par Marc DOUCET**

Jury

Président : Monsieur le Professeur Michel GOUEMAND

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET
Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN
Monsieur le Professeur Vincent DODIN
Monsieur le Docteur Jean VIGNAU
Madame le Docteur Pascale GRONNIER**

Directeur de thèse : Madame le Docteur Pascale GRONNIER

*« Ce qui n'a pu se mettre en larmes et en mots
s'exprime ensuite par des maux,
faute de mots pour le dire. »*

(Anne Ancelin-Schutzenberger, psychothérapeute)

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont pu me soutenir et m'aider au cours de ce long travail de préparation de thèse.

Et en particulier les membres du jury, ainsi que ma famille.

A mon directeur de thèse,

Madame le Docteur Pascale Gronnier

Praticien Hospitalier

Pédiatre, service de pédiatrie de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul à Lille

Vous avez accepté d'être mon directeur de thèse, et je vous en remercie de tout cœur.

Je suis très sensible à votre aide, à vos précieux conseils, et au temps que vous m'avez consacré tout au long de ce travail préparatoire.

Vous qui m'avez dispensé votre enseignement et votre aide lorsque j'étais interne dans votre service, je vous prie de recevoir l'expression de ma reconnaissance et de mes sentiments respectueux.

A mon président de thèse,

Monsieur le Professeur Michel Goudemand

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Chef du service de Psychiatrie Générale, à la clinique Michel Fontan à Lille

Vous me faites l'honneur d'être président de thèse, et je vous en remercie vivement.

Vos conseils ont contribué à l'élaboration d'une thèse de qualité.

Veillez recevoir l'expression de ma grande considération.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Raymond Glantenet

Professeur des Universités en Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Lille
Directeur du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Lille
Coordinateur Interrégional du DES de Médecine Générale

Vous avez été l'un de mes enseignants à la faculté, et surtout mon maître de stage lors de mon cursus d'interne, en stage autonome supervisé en cabinet libéral.

Vous m'avez formé, transmis votre intérêt pour la Médecine Générale, et vous vous êtes toujours montré disponible.

Je vous prie de recevoir l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Vincent Dodin

Professeur agrégé à la Faculté Libre de Médecine de l'Université Catholique de Lille
Chef du service de la clinique médicopsychologique de l'adulte du Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille
Coauteur du livre : "Comprendre l'anorexie"

Je suis touché par l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse.

Soyez assuré de ma gratitude pour le temps que vous me consacrez ; et je vous prie d'accepter l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Olivier Cottencin

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Service d'addictologie, clinique de la Charité à Lille

Service de Psychiatrie Générale, clinique Michel Fontan à Lille

Je vous remercie pour votre aide lors des moments opportuns, alors que j'étais interne dans le service d'addictologie, à la clinique de la Charité.

En remerciement pour vos enseignements, en souvenir des moments passés à discuter, je souhaite que ce travail soit témoin de ma gratitude et de mon profond respect.

A mon juge,

Monsieur le Docteur Jean Vignau

Psychiatre

Chef du service d'addictologie

Centre d'Information et de Traitement des Dépendances, à la clinique de la Charité, Lille

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et je vous en remercie.

Lorsque j'étais interne dans votre service, j'ai apprécié les moments partagés à discuter des cas rencontrés, et je suis sensible à l'aide que vous m'avez apportée.

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon estime.

Un GRAND merci également à tous les praticiens qui ont pris un peu de leur temps pour répondre avec attention au questionnaire que je leur ai envoyé.

C'est grâce à vous que le recueil des données a été possible.

De tout cœur, je remercie également tous les membres de ma famille, qui m'ont toujours soutenu au cours de mes études médicales.

*A ma mère, **Jade***

Médecin généraliste

*A mon père, **Jean-François***

Ophthalmologiste

*A mon frère aîné, **Christian***

Ophthalmologiste

*A mon frère cadet, **Guy***

Ingénieur d'études

*Et enfin, à ma chère femme **Magali**, infirmière, qui a choisi de partager sa vie avec moi.*

PLAN DE LA THÈSE

<u>INTRODUCTION</u>	12
<u>ETAT DES LIEUX</u>	15
1) GÉNÉRALITÉS SUR L'ANOREXIE MENTALE EN MÉDECINE GÉNÉRALE	16
Épidémiologie	16
Principales étiologies	17
Définition et tableau clinique	18
Problématique familiale et environnement psychosocial	10
Complications	22
2) PRISE EN CHARGE DE L'ANOREXIE MENTALE EN MÉDECINE GÉNÉRALE	27
Recommandations	27
Traitements envisagés	29
Rôle du médecin généraliste	35
<u>OBJECTIFS DE L'ETUDE</u>	36
1) OBJECTIF PRINCIPAL	37
2) OBJECTIF SECONDAIRE	37
<u>MATERIEL ET METHODES</u>	38
1) TYPE D'ÉTUDE	39
2) RECUEIL DE DONNÉES	39
Exemplaire du questionnaire envoyé aux médecins	40
3) PROTOCOLE D'ÉVALUATION	45
4) ANALYSES DES DONNÉES	46

<u>RESULTATS ET ANALYSE</u>	48
1) CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE	49
2) RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES ET ANALYSE	49
3) SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	68
<u>DISCUSSION</u>	70
1) BIAIS DE L'ÉTUDE	71
2) INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE	72
3) OUVERTURE SUR D'AUTRES QUESTIONS	72
4) RÉFLEXION PERSONNELLE	73
<u>CONCLUSION</u>	76
<u>ANNEXE</u>	78
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	89

INTRODUCTION

L'anorexie mentale est un trouble débutant le plus souvent à l'**adolescence**, dont l'expression clinique est **somatique** (amaigrissement et aménorrhée) et alimentaire (restriction alimentaire et troubles des conduites alimentaires), mais qui est en fait classé parmi les affections **psychiatriques**. Cette affection fut décrite dès 1694 par Richard Morton, sous le nom de « phtisie nerveuse ». En 1883, Huchard lui donne son nom actuel d' « anorexie mentale ». [1]

Dans la population féminine du monde occidental, les troubles alimentaires prennent insidieusement les proportions d'une épidémie. Ils constituent un défi pour les secteurs de soins en général et de la santé mentale en particulier.

Il est particulièrement important d'en reconnaître les symptômes et de les traiter à temps, si l'on veut prévenir de profondes souffrances.

L'anorexie mentale, nouveau fléau des temps modernes des sociétés occidentales, ne cesse d'interroger les spécialistes et notamment les psychiatres quant aux motivations qui poussent ces jeunes filles à s'astreindre au jeûne, parfois même jusqu'à la mort.

En allant un peu plus loin, on peut y rechercher une crise existentielle. De nos jours, c'est l'explosion des comportements de dépendance regroupés sous la dénomination des conduites addictives qui stigmatise l'évolution de notre société et ses dérives. [2]

Il s'agit d'une pathologie qui existe depuis très longtemps et qui pourtant reste toujours aussi difficile.

En France, au Canada, en Suisse et en Belgique, **0,5% à 1% des adolescentes et des jeunes femmes** souffrent d'anorexie mentale. La cause de cette affection reste inconnue, mais on sait qu'une de ses caractéristiques principales est une pulsion morbide à maigrir : on reconnaît ces patientes à leur maigreur extrême.

De tous les troubles psychiatriques, les troubles alimentaires sont ceux qui entraînent le plus grand nombre de décès : les études de follow-up nous apprennent que 15% environ des anorexiques finissent par décéder des suites de leur affection. Et nombre d'entre elles semblent ne jamais guérir. Il s'agit donc d'un problème particulièrement grave. [3]

En moyenne, la prévalence pour l'anorexie mentale est estimée à 0,5 % chez les jeunes filles et l'incidence la plus élevée a été trouvée entre l'âge de 10 à 19 ans. Chez les femmes, la prévalence pour l'anorexie mentale est estimée de 0 à 1,5 %. La prévalence au cours de la vie pour l'anorexie mentale varie entre 0,6 et 4 %. [4] Le sex ratio est de 9 filles pour 1 garçon. [5]

Il s'agit à proprement parler d'une pathologie **addictive**. En effet dans une perspective psychanalytique, les conduites de dépendance, quel que soit l'objet d'addiction, peuvent être

vues comme l'expression d'une vulnérabilité de certains sujets liée à des aspects tant neurobiologiques, psychopathologiques, que culturels et sociaux.

Dans cette optique, les troubles des conduites alimentaires appartiennent bien au domaine de la pathologie addictive, d'autant que la structure psychopathologique sous-jacente à ces troubles est voisine de celle des autres addictions, que la place de la dépression y est également centrale et que l'évolution vers d'autres addictions toxiques (drogue, alcool, psychotropes) y est possible. [6]

Il s'agit d'une pathologie **difficile à prendre en charge**. D'ailleurs, une étude intitulée « Anorexia nervosa : Physicians' and psychiatrists' opinions and practice » [7] suggère que les psychiatres ont autant de difficultés à prendre en charge cette pathologie.

Afin de déterminer la proportion des anorexiques traitées dans le cadre de la médecine générale et de déterminer si les médecins psychiatres diffèrent dans leurs points de vue sur le diagnostic, les facteurs déclenchants et de traitement de l'anorexie mentale, des questionnaires ont été envoyés à 200 médecins généralistes et 200 psychiatres. Plus de 50% ont été retournés. Les réponses suggèrent que les deux groupes voient un nombre de cas similaire et que leurs points de vue sur le diagnostic et les conséquences sont largement similaires. La plupart des répondants a préconisé l'admission à l'hôpital. Un plus grand pourcentage de psychiatres a préconisé antidépresseurs, tranquillisants majeurs, et diverses formes de psychothérapie. Dans le cas de patients dont l'admission a été demandée par des médecins généralistes, les hospitalisations ont tendance à être plus courtes et suivies par des taux de rechute plus faibles. Ces résultats sont discutés et suggèrent des recherches plus poussées. [7]

Lors de mon cursus en tant qu'interne en médecine générale, j'ai eu l'occasion d'effectuer un stage en service d'addictologie, à la clinique de la Charité à Lille, auprès de patientes et de patients souffrant d'anorexie mentale ; j'ai pu ainsi constater toute la difficulté à prendre en charge cette pathologie, malgré les efforts de toute une équipe de prise en charge multidisciplinaire.

Cette thèse se propose donc d'évaluer les difficultés de prise en charge de l'anorexie mentale, par les médecins généralistes exerçant en cabinet libéral.

Mes recherches bibliographiques m'ont en effet amené à constater que très peu d'études ont été menées sur ce sujet, surtout en France d'ailleurs.

ETAT DES LIEUX

1) GENERALITES SUR L'ANOREXIE MENTALE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Épidémiologie

En moyenne, la prévalence pour l'anorexie mentale est estimée à **0,5 %** chez les jeunes filles et l'incidence la plus élevée a été trouvée entre l'âge de 10 à 19 ans. Chez les femmes, la prévalence pour l'anorexie mentale est estimée de 0 à 1,5 %. La prévalence au cours de la vie pour l'anorexie mentale varie entre 0,6 et 4 %. [4]

L'anorexie mentale touche essentiellement des **jeunes femmes de 15 à 24 ans**. Son incidence est de 1 à 2% de la population générale des adolescentes. Le sex-ratio est de 9 filles pour 1 garçon. [5]

Cette pathologie se déclenche le plus souvent après la puberté. Le début le plus fréquent se situe à 13-14 ans ou 16-17 ans, périodes correspondant aux moments où la dépendance vis-à-vis de la famille est la plus importante. Ces troubles seraient en augmentation dans les pays économiquement développés depuis une vingtaine d'années. Sont concernés environ 1 % des adolescentes (soit 30 000 à 40 000 au total en France).

Aux États-Unis, l'anorexie est la troisième maladie chronique après l'obésité et l'asthme chez l'adolescente, avec une prévalence de 0,48 % dans la tranche des 15-19 ans. La prédominance féminine est nette : 8 à 9 cas sur 10. [6]

Peu de données sont disponibles pour estimer la prévalence des troubles de l'alimentation dans la population mondiale. Une étude [8] présente des données sur les services d'urgence obtenus dans le cadre du projet ESEMeD, visant à étudier la prévalence de troubles mentaux non psychotiques dans six pays européens (Belgique, France, Allemagne, Italie, Pays-Bas et Espagne), en utilisant une nouvelle version de « Composite International Diagnostic Interview ». L'étude a consisté en une enquête transversale auprès de ménages dans la population générale. Au total, 21 425 répondants âgés de 18 ans ou plus ont fourni des données pour la période allant de janvier 2001 à août 2003. Un sous-échantillon (N = 4139) a subi une enquête approfondie dans le cadre de services d'urgence. La prévalence de l'anorexie mentale a été évaluée à 0,48%, et elle était 3 à 8 fois plus élevée chez les femmes pour tous les services d'urgence.

Toutefois, puisque les personnes de moins de 18 ont été exclues de cette étude, cette prévalence devrait être prise comme estimation de la limite inférieure des fréquences réelles. En effet, la majorité des troubles de l'alimentation surviennent entre 10 et 20 ans. [8]

Principales étiologies

Elles restent **inconnues**. Il existe de probables facteurs génétiques, soupçonnés sur les formes familiales et chez les jumeaux. [9]

La pathogénie reste un mystère et depuis plus d'un siècle s'affrontent des hypothèses psychogénétiques et organogénétiques. Les progrès de la biologie moléculaire apporteront peut-être un jour la solution à cette controverse et plusieurs équipes sont à la recherche des gènes de prédisposition. [10]

On peut cependant mettre en évidence des facteurs de risque pour les troubles alimentaires.

Les facteurs de risque individuels

On peut mentionner le **sexe**, la **vulnérabilité génétique**, les **antécédents familiaux** de troubles psychiatriques, l'**obésité** prémorbide, une **famille dysfonctionnelle**, le **trouble obsessionnel-compulsif** précédant les troubles dépressifs, les troubles de la personnalité **borderline**, et des **antécédents d'abus sexuel**. Nous pouvons également signaler la susceptibilité à des commentaires en relation avec la forme de son corps, la **baisse de l'estime de soi** conduisant à un régime alimentaire, le fait de **quitter la maison**, le début de la **puberté**, la **maladie**. [11]

De plus, notons les **activités** qui favorisent la minceur, comme la danse classique, le fitness et le sport. On doit aussi évoquer certains **traits de personnalité**, comme une faible estime de soi, des difficultés à exprimer des émotions négatives, la difficulté à résoudre les conflits, le fait d'être perfectionniste ou obsessionnel.

Les troubles alimentaires sont particulièrement fréquents chez les jeunes femmes présentant un **diabète de type 1**. Jusqu'à un tiers de ces femmes peuvent avoir des troubles alimentaires, et ces femmes sont particulièrement à risque de complications microvasculaires et métaboliques.

Le rôle de l'histoire de la famille

Il n'est **pas clairement établi**. Certaines études de jumeaux montrent un lien étroit, et d'autres ne démontrent pas de corrélation. Des antécédents familiaux de troubles de l'humeur chez un parent au premier degré peuvent également s'avérer être un facteur de risque. [12]

Les données de la littérature sur l'environnement psychosocial de l'adolescente anorexique suggèrent l'existence d'un profil où l'altération des relations intrafamiliales et de la communication, la maltraitance, les troubles affectifs et alimentaires parentaux, les pressions parentales inappropriées, les séparations et les adversités chroniques, les pressions culturelles et sociales sont des éléments clés. L'étude « Anorexie mentale et situations psychosociales anormales » extraite des « Annales de psychiatrie » (2000, volume 15, numéro 3) [13] s'est proposée d'étudier l'axe V de la CIM-10, les perturbations de l'environnement psychosocial associées à l'anorexie mentale et d'évaluer leurs spécificités par rapport à un autre trouble psychiatrique. Sur 5923 dossiers de patients hospitalisés, 41 dossiers d'adolescentes souffrant d'anorexie mentale ont été retenus et comparés à 41 dossiers d'adolescentes présentant un épisode dépressif majeur. Les deux groupes étaient appariés sur l'âge et le statut socio-économique. Les résultats de cette étude sont en faveur de l'existence d'une anomalie de l'environnement familial et d'un trouble mental parental dans le groupe de patientes anorexiques, Toutefois, cette anomalie semble non spécifique du trouble anorexie mentale en comparaison avec un groupe de patientes déprimées. [13]

Définition et Tableau clinique selon le **DSM-IV** :

A : refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille (perte de poids conduisant au maintien du poids < 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance, conduisant à un poids < 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 actuelle.

D : chez les femmes postpubères, aménorrhée, c'est-à-dire 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 des œstrogènes).

On distingue deux types d'anorexie mentale :

Type restrictif : 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 (laxatifs, diurétiques, lavements).

Type avec crise de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs : 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.

On retient donc la **triade anorexie – amaigrissement – aménorrhée**.

Le diagnostic est souvent difficile chez les enfants, et une étude suggère que les médecins ne sont pas toujours bien conscients que ces troubles débutent dans l'enfance. [14]

Le document « Anorexie mentale : prise en charge », [15] qui est en fait une synthèse des recommandations de bonne pratique réalisé par la Haute Autorité de Santé en Juin 2010, mentionne clairement les signes évocateurs d'une anorexie mentale :

Signes évocateurs d'une anorexie mentale

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
- Hyperinvestissement 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
- Hyperinvestissement intellectuel
- Infertilité

Problématique familiale et environnement psychosocial

Dès l'identification de l'anorexie mentale, au XIX^e siècle, les parents ont été jugés responsables de cette maladie chez leur fille adolescente, et le XX^e siècle a vu émerger des théories dont la caractéristique essentielle est de véhiculer une **vision pathologique de la famille** ou de certains de ses membres. Les mères, puis les pères, puis les familles entières ont ainsi été successivement impliqués dans la survenue des troubles du comportement alimentaire. Ce "folklore professionnel", comme certains psychiatres anglo-saxons l'appellent, s'est autorenforcé au fil des décennies pour déboucher sur un certain nombre de pratiques thérapeutiques consistant soit à tenir la famille à l'écart de la jeune patiente (hospitalisation assortie d'une séparation du milieu familial), soit à l'impliquer dans un travail familial destiné à réparer ses défaillances (thérapie familiale). Ces pratiques entraînent malheureusement en résonance avec le doute et la culpabilité des familles, renforçant une atmosphère d'inquiétude et d'incompétence peu propice à la mobilisation des ressources de la famille.

Depuis les années 1980, les travaux scientifiques qui ont cherché à vérifier l'existence de ces particularités familiales n'ont pas pu les confirmer. Les familles d'anorexiques se caractérisent par une grande diversité de fonctionnements, souvent non pathologiques, même si elles tendent à montrer plus d'insatisfaction et de détresse que les familles dites normales. En revanche, il a été démontré que la qualité du fonctionnement familial est un facteur de guérison non négligeable et que la manière dont la famille réagit à l'anorexie après sa survenue influence beaucoup l'évolution de la maladie).

La notion de cause familiale doit donc être remplacée par celle, plus nuancée, de facteurs familiaux de risque ou de protection, de maintien ou d'amélioration, dans un continuum de fonctionnement allant d'optimal à très perturbé. La plupart des familles se situent vraisemblablement au milieu de ce continuum (ni exceptionnelles ni délétères), avec des dysfonctionnements inévitablement amplifiés par la crise de l'anorexie mais aussi avec des compétences pouvant contribuer à la guérison. Ce sont ces ressources que l'accompagnement familial doit chercher à mobiliser, tout en aidant les familles à résoudre les dysfonctionnements risquant de pérenniser ou d'aggraver le trouble. [16]

L'étude « Do doctors recognize eating disorders in children ? », extraite des « Archives of Disease in Childhood », volume 67 de 1992 [14], a pour objectif de comparer les familles de jeunes femmes souffrant d'anorexie mentale de type restrictif à des familles témoins. L'analyse comparative portait sur la présence de désordres des conduites alimentaires et de psychopathologie chez les parents ainsi que sur les perceptions des relations parents-enfant et du fonctionnement familial. 28 jeunes femmes souffrant d'anorexie restrictive et 27 jeunes

femmes sans antécédents psychiatriques, et leurs deux parents, furent rencontrées individuellement pour répondre à une série de questionnaires et participer à une entrevue semi-structurée. Les résultats révèlent que les parents des jeunes femmes anorexiques ne démontrent pas plus de troubles des conduites alimentaires que les parents des jeunes femmes témoins. Ils rapportent cependant avoir plus de problèmes de consommation d'alcool que les parents témoins. Par ailleurs, les parents des deux types de familles ont des perceptions similaires du fonctionnement de leur famille et des relations qu'ils ont eues avec leur fille. Les jeunes femmes anorexiques, quant à elles, rapportent avoir vécu plus de surprotection et de contrôle parental que les jeunes femmes témoins, mais décrivent le fonctionnement de leur famille en termes similaires. Enfin, les résultats révèlent que les jeunes femmes anorexiques font un lien entre le bon fonctionnement de leur famille et les attitudes et comportements des deux parents tandis que les jeunes femmes témoins n'associent le bon fonctionnement familial qu'aux attitudes et comportements de leur père. En général, les pères ne font pas d'associations entre leurs attitudes et leurs manières d'agir avec leur fille et la santé émotionnelle de leur famille. [17]

L'étude psychopathologique de l'anorexie mentale selon les théories psychodynamiques a enrichi l'étude des facteurs ou critères familiaux. On peut ainsi citer une étude tirée d'une thèse [18], qui traite des facteurs familiaux de l'anorexie mentale selon trois approches : sociologique, psychodynamique et systémique.

L'approche sociologique s'est imposée car l'anorexie mentale est particulièrement liée à la société, puisqu'elle survient quasiment électivement dans les pays industrialisés, et la famille constitue une sorte d'interface entre l'individu et la société.

L'abord psychanalytique et l'abord systémique se sont imposés comme il s'agit des deux modes d'approche pour théoriser sur le groupe et la famille.

Il s'agit en effet de considérer la famille intrapsychique constituée au fil des interactions avec l'environnement, et la famille dans la réalité de ses interactions dans le présent, mais aussi dans le passé, par l'étude de ses mythes fondateurs, de ses croyances, et de ses modes de communication.

Il faut donc entrevoir une **approche plurifactorielle de processus pathologiques**. [18]

Complications

Les dérèglements physiques peuvent, à terme, menacer la vie de la personne. La **mortalité** est estimée à un peu moins de 6% par décade dans la maladie. [19]

Une thèse très fournie datant de 1981, et qui se propose d'étudier l'évolution à court terme de l'anorexie mentale [20], expose le chiffre de 5 à 10% en moyenne, d'après les statistiques de différents auteurs.

L'anorexie mentale est une pathologie qui expose à de nombreuses complications. Elles sont entre autres bien détaillées l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale [1], mais aussi dans de nombreuses revues.

Parmi ces complications, citons entre autres :

La présentation générale des patients anorexiques

Le faciès est émacié, anguleux, ridé, avec peau sèche, ongles cassants, membres squelettiques. Les formes féminines sont effacées. On peut noter un lanugo et une hypertrichose.

Dans les cas sévères, on peut observer une impossibilité de passer de la position assise à la position debout sans s'aider des mains, en raison de l'importante fonte musculaire, ainsi qu'une pâleur importante, une fatigue, une intolérance au froid, une acrocyanose, voire des troubles trophiques, des œdèmes de carence. [1]

Les complications endocrinologiques

On notera essentiellement un arrêt de la croissance, une hypothermie, une aménorrhée, une perte de la libido. L'apparition d'une dénutrition sévère avant la fin de la puberté provoque un arrêt de la croissance avec un risque de déficit sur la taille finale.

Résumons en 4 points : [21]

- Axe somatotrope : GH normale ou augmentée, IGF1 effondrée, d'où freinage de la croissance.
- Axe thyroïdien : T3 abaissée, avec pour conséquence une hypothyroïdie
- Axe corticotrope : cortisolémie augmenté
- Axe gonadotrope : LH, FSH, E2, T effondrés, d'où hypoestrogénie, aménorrhée et

absence de grossesse. Ces anomalies peuvent être corrélées à une baisse de la fertilité, et à l'apparition d'ovaires polykystiques, avec une absence de développement folliculaire à l'échographie. [1]

Les complications métaboliques

Les manœuvres purgatives (vomissements provoqués, abus de laxatifs ou de diurétiques, conduites polydipsiques), volontiers inavouées voire niées, sont responsables de la perte de l'homéostasie, et peuvent induire de graves désordres métaboliques, susceptibles à eux seuls d'engager le pronostic vital.

Eh particulier, l'hypokaliémie, qui peut être responsable à elle seule de divers troubles du rythme, jusqu'à l'arrêt cardiaque par fibrillation ventriculaire.

Notons aussi l'hypophosphorémie, qui peut s'aggraver lors de la phase initiale de réalimentation.

L'hypocalcémie et l'hypomagnésémie sont possibles.

L'hypoglycémie est possible, et est sévère chez l'adulte.

Enfin, une hypercholestérolémie portant sur le LDL est fréquente, le plus souvent modérée.

[21]

Les complications osseuses et dentaires

L'anorexie mentale survient au cours d'une période d'accroissement rapide du volume squelettique et de la masse minérale osseuse. Cette pathologie se complique souvent d'une ostéopénie détectable par **ostéodensitométrie**. Le risque d'ostéopénie est corrélé à la durée de l'anorexie mentale et au degré de perte de masse corporelle. Il est majoré si le trouble du comportement alimentaire est survenu précocement, avant les premières règles. Le caractère prépondérant de la carence oestrogénique dans la genèse de l'ostéopénie est actuellement remis en cause, au profit d'autres facteurs étiologiques telle la baisse des facteurs de croissance et en particulier de l'IGF-1. [22]

On estime qu'environ 20 à 50% des femmes atteintes d'une anorexie mentale ont une ostéoporose. Le risque de fractures notamment non vertébrales est élevé. L'atteinte osseuse de l'anorexie mentale représente donc un problème clinique important nécessitant une évaluation systématique. [23] Ceci est confirmé par l'étude intitulée « Retentissement osseux de l'anorexie

mentale », parue dans la « Revue du rhumatisme » de décembre 2005, qui montre que la perte osseuse de l'anorexie mentale est d'autant plus grande que la maladie apparaît précocement dans l'adolescence et que la durée de l'aménorrhée est importante. [24]

Le mécanisme de cette perte osseuse semble complexe, et nous n'entrerons pas dans les détails

A noter également un état dentaire précaire : caries, déchaussements dentaires. [1]

.Les complications cardiaques

Classiquement, on observe un pouls ralenti, une tachycardie de renutrition. La tension artérielle est basse, et le patient est souvent sujet à une hypotension orthostatique.

De façon quasi-constante à l'**électrocardiogramme**, on observe une bradycardie sinusale, un allongement du QT avec inversion de l'onde T, divers troubles du rythme et de la conduction. Notons également des signes d'hypokaliémie et de péricardite.

De plus, l'**échographie cardiaque** peut clairement montrer un prolapsus de la valve mitrale, et plus rarement de la valve tricuspide, avec évidemment une diminution de la masse ventriculaire gauche. Dans certains cas même, un épanchement péricardique. [1]

Ces complications sont fréquentes et seraient à l'origine d'un tiers des décès. Certains auteurs ont rapporté un allongement de l'intervalle QT et des cas de mort subite chez ces patients.

L'étude « Conséquences cardiaques de l'anorexie mentale de l'adolescence », extraite des « Archives des maladies du cœur et des vaisseaux » datant de 2001, volume 94, a pour but d'évaluer ces complications et d'apprécier leur devenir après renutrition en milieu hospitalier. Il s'agit d'une étude prospective de 48 patients consécutifs (dont 45 filles), d'âge moyen 14 ± 2 ans, hospitalisés en pédopsychiatrie et répondant aux critères DSM-IV de l'anorexie mentale.

Sans entrer dans les détails, cette étude confirme que les complications cardiaques de l'anorexie mentale sont fréquentes, généralement bénignes et toujours réversibles après renutrition hospitalière. Ainsi, la plupart des anomalies électriques se normalisent, ainsi que la fréquence cardiaque et les anomalies échographiques avec une amélioration des conditions de charge. [25]

Les complications digestives (gastro-intestinales et hépatiques)

Les troubles fonctionnels digestifs sont **pratiquement constants** au cours de l'anorexie mentale, et constituent une gêne majeure pour les patients et un frein à la réalimentation. Ils se présentent sous forme de douleurs abdominales, et tous les étages du tube digestif peuvent être touchés : régurgitations, troubles de la vidange gastrique, météorisme intestinal et constipation de transit ou distale, voire diarrhée. Plus rarement, une pancréatite peut être observée.

Les troubles digestifs sont un motif fréquent de consultation pour les patients anorexiques et peuvent parfois retarder le diagnostic du trouble du comportement alimentaire en raison d'explorations digestives multiples et de la méconnaissance fréquente de l'anorexie mentale par les gastroentérologues. La physiopathologie des troubles digestifs au cours de l'anorexie mentale reste mal connue, mais pourrait impliquer la dénutrition, les dérèglements neuropeptidergiques observés au cours de l'anorexie mentale ou des modifications immunologiques. Les symptômes digestifs doivent être systématiquement recherchés au cours de l'anorexie mentale. Inversement, il faut savoir suspecter un trouble du comportement alimentaire devant un tableau dyspeptique ou un syndrome de l'intestin irritable avec perte de poids. [26]

L'insuffisance hépatique aiguë est une complication beaucoup plus inhabituelle, dont les mécanismes ne sont pas parfaitement compris.

Chez les malades atteints d'anorexie mentale, une dénutrition sévère et des hypoglycémies profondes peuvent engendrer des lésions hépatocytaires importantes et une insuffisance hépatique aiguë. [27] Ainsi, on observe parfois une hypertransaminasémie (parfois lors de la renutrition) avec stéatose hépatique.

L'étude « Cytolyse hépatique au cours des dénitritions sévères chez les patients atteints d'anorexie mentale », extraite de la revue « Nutrition Clinique et Métabolisme » de Novembre 2007, confirme la perturbation des tests hépatiques au cours de l'anorexie mentale, et observe leur évolution au cours de la renutrition entérale.

La conclusion est que près de la moitié des patients souffrant de dénutrition sévère, atteints d'anorexie mentale et admis pour renutrition entérale, présentent une augmentation systématique des transaminases, et ont à l'admission faible poids. L'évolution est le plus souvent rapidement favorable dès la première semaine d'hospitalisation, avec normalisation des transaminases parallèlement à la prise de poids, au terme d'un mois d'alimentation entérale progressive associée à une supplémentation en vitamines et oligo-éléments. [28]

Les complications hématologiques

L'anémie explique la pâleur importante de ces patients.

On note aussi une leuconeutropénie avec hyperlymphocytose relative, une thrombopénie, et exceptionnellement une dégénérescence graisseuse de la moëlle. [1]

Les complications urologiques et néphrologiques

Le plus souvent, il s'agit d'un diabète insipide infraclinique. Exceptionnellement, on peut observer une néphrolithiase, une pollakiurie, une incontinence urinaire.

Dans certains cas, la pathologie peut évoluer vers une insuffisance rénale fonctionnelle. [1]

Les complications nerveuses

On peut observer un syndrome confusionnel, rarement des convulsions, voire une neuropathie sensitivomotrice par compression. L'imagerie par résonance magnétique dévoile une atrophie du tissu cérébral (substance blanche et grise) réversible. [1]

Les complications psychiatriques

Raimbault écrivait que l' « anorexique avait un avenir rarement indemne au point de vue mental ».

Kay retrouve des symptômes névrotiques dans 68% des cas.

On note également des cas de psychoses graves.

Notons que 50% des cas de décès liés à l'anorexie mentale sont dus à un suicide. [1]

La liste de ces complications n'est pas exhaustive.

Il est donc de première importance de pouvoir les déceler.

Il n'est pas toujours facile d'évaluer ces troubles, d'autant plus qu'un recul suffisant est nécessaire. C'est ce que montre une thèse intitulée « Evolution à court terme de l'anorexie

mentale » [20], qui affirme clairement qu'il est critiquable de vouloir préciser le pronostic à court terme des anorexies mentales avec un recul de 1 à 2 ans seulement.

Ces complications sont telles qu'on peut observer **5 à 10% de décès** à cause d'elles :

- 50% de ces décès ont pour origine une complication **somatique** de l'anorexie mentale.
- 50% ont pour origine un **suicide**. [1]

2) PRISE EN CHARGE DE L'ANOREXIE MENTALE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Recommandations

Mes recherches bibliographiques m'ont amené à considérer le fait que **très peu de références sont disponibles** sur ce point, que ce soit au travers de recommandations officielles, d'études ou de thèses.

Sur le site de la Haute Autorité de Santé (<http://www.has-sante.fr>), on ne trouve pas de recommandations quant à la prise en charge de l'anorexie mentale.

Justement, une synthèse des recommandations de bonne pratique a été réalisée très récemment :

« Prise en charge de l'anorexie mentale (partenariat avec l'AFDAS-TCA) »

Elle est demandée par la DGS, Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées des Troubles du Comportement Alimentaire (AFDASTCA), en partenariat avec l'Inserm et la Haute Autorité de Santé.

Date de début : 4^{ème} trimestre 2008

Le 30 septembre 2010, il y a eu publication des recommandations de bonne pratique de la prise en charge de l'anorexie mentale sur le site <http://www.anorexiéboulimie-afdass.fr/>

Ces recommandations ont été validées par le Collège de la **Haute Autorité de Santé** en juin 2010. [15]

Les objectifs de ces recommandations sont définis en quatre points :

- repérer plus précocement l'anorexie mentale
- améliorer l'accompagnement du patient et de son entourage
- améliorer la prise en charge et l'orientation initiale des patients
- améliorer la prise en charge hospitalière lorsqu'elle est nécessaire et la prise en charge post-hospitalière

Si nous reprenons ces recommandations, nous constatons qu'elles sont en accord avec les propositions que nous allons étudier. En particulier, la notion de prise en charge ambulatoire ou bien hospitalière (à temps plein ou bien partiel), et la notion de multidisciplinarité dans cette prise en charge : diététique et somatique, psychologique et sociale

Nous allons donc mentionner ces recommandations en comparaison avec d'autres références.

Une fois posé le diagnostic d'anorexie mentale, le médecin doit offrir un cadre de suivi initial aux parents, dans lequel il leur demande de prendre en charge l'alimentation et l'exercice de l'enfant. Les deux parents (lorsqu'ils sont disponibles) doivent travailler de concert à s'assurer que tous les repas et toutes les collations soient supervisés, que l'exercice physique ne soit pas excessif et que le patient se présente aux visites régulières. [29]

Lorsqu'il est disponible, l'aiguillage doit être orienté vers des services spécialisés de troubles de l'alimentation en pédiatrie.

Les visites médicales doivent être régulières (toutes les semaines ou toutes les deux semaines) et inclure le patient et sa famille. Ces visites devraient comprendre une entrevue seul à seul avec l'enfant ou l'adolescent, suivie d'un examen physique et d'un examen de laboratoire (s'il y a lieu) afin d'évaluer l'état physique du patient.

Les parents devraient profiter d'un ajustement à chaque visite. Si le jeune ne prend pas de poids, le médecin, conjointement avec les parents et le patient, doit tenter d'en établir les raisons. Il faudra peut-être mettre un terme à une activité excessive ou se mettre à superviser toute période d'alimentation non supervisée jusque-là.

Dans le cas des patients et des familles qui ne réagissent pas aux interventions en consultations externes, le médecin devrait prôner un traitement intensif du trouble de l'alimentation pédiatrique, ce qui peut inclure une hospitalisation ou des soins hospitaliers de jour.

De plus, notons que les visites médicales en consultations externes sont d'une importance capitale dans la prise en charge précoce de l'enfant ou de l'adolescent anorexique. L'un des principaux aspects des visites consiste à établir une relation thérapeutique ouverte avec l'enfant et sa famille. Une fois le diagnostic posé et le soutien aux parents entrepris pour qu'ils assument la responsabilité des habitudes du patient en matière d'alimentation et d'exercice, les visites de suivi médical doivent être très fréquentes et régulières, allant jusqu'à une fois par semaine selon la gravité de la maladie et des complications médicales.

Le principal objectif des visites chez les médecins consiste à aider la famille, qui aide le patient à prendre du poids. Il faut discuter de l'objectif de prise de poids continue (de 0,2 kg à 0,5 kg par semaine) avec les parents et l'enfant.

Si ce suivi en consultations externes n'entraîne pas de prise de poids, il convient de demander un aiguillage vers des services spécialisés dans les troubles de l'alimentation. [29]

Traitements envisagés

Principes généraux

Les guides thérapeutiques actuels de l'anorexie mentale insistent tous sur un élément crucial sans lequel la guérison somatique et psychiatrique ne peut être obtenue : la restauration du poids. Toutefois, ceci doit s'associer à une évaluation et à la prise en charge des difficultés psychopathologiques et relationnelles concomitantes si l'on veut espérer avoir une action durable sur la conduite symptomatique. [1]

L'anorexie mentale est un trouble potentiellement mortel qui implique des problèmes psychosociaux complexes. Une forte relation thérapeutique entre le médecin et le patient est nécessaire pour évaluer les facteurs psychosociaux et médicaux utilisés pour déterminer le niveau approprié de soins. La plupart des patients peuvent être traités efficacement en ambulatoire par une équipe de soins de santé qui comprend un médecin, un diététicien et un psychologue. Une relation thérapeutique entre le médecin et le patient est au centre du traitement d'un trouble de l'alimentation. [30]

Les traitements médicamenteux

Il n'existe pas de traitement médicamenteux ayant prouvé une quelconque efficacité dans cette maladie. [31]

C'est ce que confirme clairement l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, qui affirme que seules les approches psychothérapeutiques, relationnelles et institutionnelles ont fait la preuve de leur efficacité, tandis que les médicaments psychotropes occupent une place marginale. [1]

De nombreux essais, rarement contrôlés et effectués sur un trop petit nombre de patients, ont été réalisés, mais souvent sans grand succès.

D'après des études (thèses [10] et [32]), nous pouvons distinguer :

- Les **orexigènes** (opiacés endogènes, GABA, cyproheptadine, divers antagonistes des peptides opioïdes, divers peptides intervenant dans la régulation de l'appétit)
- Les **prokinétiques** (métoclopramide, dompéridone) agissant sur la vidange gastrique et le tractus intestinal
- Les **psychotropes** (antidépresseurs type tricycliques, IMAO et IRS ; neuroleptiques, lithium, anxiolytiques, levodopa)

Bien qu'intéressant, ces différentes chimiothérapies s'avèrent souvent inefficaces.

Il semble donc que la psychothérapie apparaisse, encore de nos jours, comme la dimension fondamentale malgré les découvertes pharmacologiques du XX^e siècle.

C'est ce que tend à montrer la thèse intitulée « L'anorexie mentale : aspects physiopathologiques et thérapeutiques » [32]

L'hospitalisation

Si la prise en charge en ambulatoire se révèle insuffisante, on peut avoir recours à des centres spécialisés, avec hospitalisation.

En effet, l'atteinte peut être classée comme bénigne, modérée, ou sévère sur la base de la combinaison de la gravité de la distorsion de l'image corporelle, la présence de complications somatiques, et un net décalage entre le poids idéal et le poids actuel.

Aucune étude contrôlée n'a été réalisée pour définir lorsque l'hospitalisation est indiquée.

On peut cependant retenir les indications suivantes, bien référencées dans l'ouvrage « Anorexies et boulimies à l'adolescence » (ouvrage coordonné par Patrick Alvin) [21] :

- Un amaigrissement supérieur à 30% du poids du corps ou un IMC inférieur à 13 kg/m²
- Une bradycardie inférieure à 40/min
- Une aphagie devenue quasi-totale avec chute pondérale rapide et non maîtrisable, accompagnée de malaises de type orthostatique
- Des signes de fatigabilité mal dissimulables, et a fortiori un épuisement aux activités physiques ou scolaires
- L'apparition d'un ralentissement du débit verbal et idéique
- Tout symptôme évocateur d'autre complication : douleurs rétrosternales ou abdominales chez une vomisseuse, céphalées chez une potomane, etc.

- Des perturbations biologiques : hypoglycémie, acétonurie, hypokaliémie, hypophosphorémie, signes d'insuffisance rénale fonctionnelle, etc.

A titre indicatif, voici les recommandations de la HAS, extraites du document « Anorexie mentale : prise en charge » datant de Juin 2010 [15] :

(Rappelons qu'il s'agit des recommandations les plus récentes)

- L'indication d'hospitalisation ne repose pas sur un seul critère, mais sur leur association et leur évolutivité.
- L'hospitalisation sous contrainte ne doit être utilisée que lorsque le risque vital est engagé et que des soins consentis sont impossibles.

Critères somatiques d'hospitalisation

Chez l'enfant et l'adolescent	
Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine • Refus de manger : aphasie totale • Refus de boire • Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique • Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • IMC < 14 kg/m² au-delà de 17 ans, ou IMC < 13,2 kg/m² à 15 et 16 ans, ou IMC < 12,7 kg/m² à 13 et 14 ans • Ralentissement idéique et verbal, confusion • Syndrome occlusif • Bradycardies extrêmes : pouls < 40/min quel que soit le moment de la journée • Tachycardie • Pression artérielle systolique basse (< 80 mmHg) • PA < 80/50 mmHg, hypotension orthostatique mesurée par une augmentation de la fréquence cardiaque > 20/min ou diminution de la PA > 10-20 mmHg • Hypothermie < 35,5°C • Hyperthermie
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie < 0,6 g/L • Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères, en particulier : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie (seuils non précisés chez l'enfant et l'adolescent) • Élévation de la créatinine (> 100 µmol/L) • Cytolyse (> 4 x N) • Leuconéutropénie (< 1 000 /mm³) • Thrombopénie (< 60 000 /mm³)
Chez l'adulte	
Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none"> • Importance et vitesse de l'amaigrissement : perte de 20 % du poids en 3 mois • Malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance • Vomissements incoercibles • Échec de la renutrition ambulatoire
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Signes cliniques de déshydratation • IMC < 14 kg/m² • Amyotrophie importante avec hypotonie axiale • Hypothermie < 35 °C • Hypotension artérielle < 90/60 mmHg • Fréquence cardiaque : <ul style="list-style-type: none"> ▶ bradycardie sinusale FC < 40/min ▶ tachycardie de repos > 60/min si IMC < 13 kg/m²

Critères somatiques d'hospitalisation (suite et fin)

Chez l'adulte (suite et fin)	
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none">• Anomalies de l'ECG en dehors de la fréquence cardiaque• Hypoglycémie symptomatique < 0,6 g/L ou asymptomatique si < 0,3 g/L• Cytolyse hépatique > 10 x N• Hypokaliémie < 3 mEq/L• Hypophosphorémie < 0,5 mmol/L• Insuffisance rénale : clairance de la créatinine < 40 mL/min• Natrémie :<ul style="list-style-type: none">• < 125 mmol/L (potomanie, risque de convulsions)• >150 mmol/L (déshydratation)• Leucopénie < 1 000 /mm³ (ou neutrophiles < 500 /mm³)

Critères psychiatriques d'hospitalisation

Risque suicidaire	<ul style="list-style-type: none">• Tentative de suicide réalisée ou avortée• Plan suicidaire précis• Automutilations répétées
Comorbidités	Tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation : <ul style="list-style-type: none">• dépression• abus de substances• anxiété• symptômes psychotiques• troubles obsessionnels compulsifs
Anorexie mentale	<ul style="list-style-type: none">• Idéations obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes• Renutrition : nécessité d'une renutrition par sonde naso-gastrique, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire• Activité physique : exercice physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation)• Conduites de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul des conduites de purge intenses
Motivation, coopération	<ul style="list-style-type: none">• Échec antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite• Patient peu coopérant, ou coopérant uniquement dans un environnement de soins très structuré• Motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires

Critères environnementaux d'hospitalisation

Disponibilité de l'entourage	<ul style="list-style-type: none">• Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires• Épuisement familial
Stress environnemental	<ul style="list-style-type: none">• Conflits familiaux sévères• Critiques parentales élevées• Isolement social sévère
Disponibilité des soins	<ul style="list-style-type: none">• Pas de traitement ambulatoire possible par manque de structures (impossibilité du fait de la distance)
Traitements antérieurs	<ul style="list-style-type: none">• Échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation)

- Il est recommandé que le patient stabilise le poids atteint au sein du service hospitalier avant sa sortie, afin de diminuer le risque de rechute.

Toutefois, la décision d'hospitaliser les patients doit être **soigneusement délibérée**, parce qu'il s'agit d'hospitalisations souvent longues, et de ce fait susceptibles d'interférer avec le potentiel de récupération à long terme. [33]

On peut d'ailleurs mentionner les résultats d'une thèse intitulée « Evolution à court terme de l'anorexie mentale » [20], qui montre que paradoxalement, il ne semble pas qu'une hospitalisation prolongée influence positivement le résultat pronostiqué.

En même temps, il est difficile d'en tirer des conclusions, puisque l'on comprend bien que le plus souvent, ce sont les cas graves qui ont bénéficié d'une hospitalisation.

Une alternative peut consister à proposer des suivis ambulatoires intensifs. Ce cadre thérapeutique se conçoit en complémentarité avec les médecins généralistes et psychiatres traitants et également avec d'autres institutions, ce qui suppose un travail d'articulation et de différenciation des places des uns et des autres.

Il s'agit en pratique de contrats d'hospitalisation de jour, régulièrement réévalués, dont les objectifs sont évolutifs : bien souvent décalés du comportement alimentaire dans les premiers temps (par exemple axés sur la prise en charge de l'hyperactivité et des ressentis corporels), puis dans un second temps exprimés en terme de poids, quand l'alliance thérapeutique est bien établie.

L'objectif essentiel est avant tout d'accompagner les patientes, en prévenant le risque de mort. [34] Le contrat de poids s'avère ici d'un grand secours.

Faut-il encore isoler les patients ?

L'**isolement**, condition sine qua non du traitement (comme disait Charcot), est encore utilisé un siècle et demi plus tard. On peut encore s'interroger sur le bien-fondé de cette pratique ancienne, à la lumière des travaux récents et des possibilités d'alternatives thérapeutiques. En effet, des études montrent que ce n'est pas toujours la meilleure solution. [35]

On préférera souvent la **thérapie familiale**, très tôt été identifiée comme étant particulièrement efficace dans le traitement de l'anorexie mentale de l'adolescent et de l'enfant. [36]

Il est actuellement établi que la famille, y compris la fratrie, doit toujours être impliquée dans la prise en charge du jeune anorexique. Il ne s'agit plus de rechercher un problème familial à réparer mais au contraire de construire un partenariat solide avec la famille, qui lui donne un rôle de "cothérapeute" plutôt que de "copatiente". [37]

Au cours du traitement de jeunes adolescentes hospitalisées pour anorexie mentale dans le service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent du professeur Dugas à l'hôpital Hérold, il a été constaté qu'il fallait nécessairement inclure les parents dans le projet thérapeutique pour qu'une amélioration survienne. [38]

De plus, on peut discuter une **thérapeutique multifamiliale**, c'est-à-dire reposant sur le fait de regrouper plusieurs familles (généralement de 4 à 7) autour d'une même pathologie (psychiatrique ou somatique) dans l'optique de créer un cadre et un réseau social thérapeutiques. Cette modalité combine des approches de thérapie de groupe et de thérapie familiale, ainsi que des éléments de thérapie psychoéducative. [39]

En conclusion

Les troubles alimentaires de l'enfant et du préadolescent sont essentiellement de type restrictif et placent **le médecin généraliste au cœur de l'approche thérapeutique**. Quand la restriction est à l'origine d'une stagnation de la croissance staturale ou d'un retard du développement pubertaire, il faut proposer une prise en charge pluridisciplinaire associant somaticiens, psychiatres et psychothérapeutes.

Il n'existe aucune mesure médicamenteuse ayant prouvé son efficacité dans le traitement de l'anorexie mentale. C'est donc l'approche psychosomatique et la thérapie familiale qui seront utilisés. On peut retenir que les médicaments psychotropes sont rarement indiqués car ils peuvent avoir un impact dangereux si le statut nutritionnel n'est pas stabilisé.

L'évolution des troubles sélectifs et restrictifs de l'enfance est en majorité positive, mais il faut surveiller les petits mangeurs en raison du risque de développement ultérieur d'une anorexie mentale à l'adolescence. L'évolution des jeunes anorexiques prépubères semble meilleure que celle des anorexiques pubères, à l'inverse des très jeunes anorexiques de moins de 10 ans. [40]

Le traitement de l'anorexie mentale, long et difficile, a considérablement évolué ces dernières décennies avec un développement important des soins ambulatoires comme alternative à l'hospitalisation temps plein. Le contrat de soin constitue en France un outil thérapeutique fréquemment utilisé dans les soins aux anorexiques, tant en ambulatoire qu'en hospitalisation. [41]

Nous allons justement étudier cette prise en charge ambulatoire, au travers des soins prodigués par les médecins généralistes exerçant en cabinet libéral.

Le rôle du médecin généraliste

Il a un triple rôle [42] :

La prévention **primaire**

Elle est fondamentale pour éviter son incidence. Elle se déroule aussi bien à l'école, que dans la famille et la communauté.

La prévention **secondaire**

Elle a pour but d'éviter les récurrences.

Elle est basée sur le diagnostic précoce.

La prévention **tertiaire**

Elle vise à réduire les graves conséquences des mesures de réhabilitation, en vue d'atténuer les complications et éviter les risques pour la vie

Nous retiendrons les quatre éléments de succès du traitement [43] :

- 1 – la **reconnaissance du trouble** et le rétablissement de la stabilité physiologique
- 2 – l'établissement d'une **relation de confiance**, le partenariat thérapeutique avec l'adolescent
- 3 – l'implication de la **famille** dans le traitement
- 4 – la prise en charge **pluridisciplinaire**

Le médecin de soins primaires a donc un rôle crucial.

Et parce que les patients nient la gravité de leur maladie, il peut tarder à recourir à un traitement psychiatrique. Il doit être qualifié pour reconnaître ce trouble, ainsi que déterminer le traitement efficace des complications médicales, tout en informant le patient à ce sujet.

Le médecin de soins primaires est également impliqué dans l'organisation et la coordination d'un programme global et multidisciplinaire.

De plus, il joue un rôle central dans le maintien de la continuité des soins.

Car en réalisant tôt le diagnostic et la prise en charge, il conditionne le pronostic. [44]

On se rend bien compte que cette prise en charge est difficile.

OBJECTIFS DE L'ETUDE

1) OBJECTIF PRINCIPAL

Il consiste à **évaluer les modalités et les difficultés de prise en charge** de l'anorexie mentale par les médecins généralistes exerçant en cabinet de ville.

Malgré la formation des médecins généralistes, il est légitime de penser que l'anorexie mentale reste une pathologie difficile à prendre en charge. En effet, nous avons pu constater que très peu d'études ont été menées sur ce sujet.

2) OBJECTIF SECONDAIRE

Il s'agit d'**identifier des besoins de formation** concernant la prise en charge de cette pathologie, en tenant compte des difficultés de prise en charge.

Comme nous avons pu le voir au cours du chapitre précédent, il s'agit d'une pathologie pour laquelle peu de recommandations ont été établies.

D'ailleurs, au moment où le travail de cette thèse a été débuté, la Haute Autorité de Santé n'avait pas encore publié ses recommandations de juin 2010.

MATERIEL ET METHODES

1) TYPE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude **rétrospective**, portant sur la pratique de médecins généralistes.
Cette étude est **qualitative**.

Elle repose sur un **questionnaire** de 5 pages, présenté sous forme de des QCM (Questionnaires à Choix Multiples) ; au total : 36 questions, dont 3 questions à réponses ouvertes.

2) RECUEIL DE DONNÉES

Au total, **545 questionnaires** ont été envoyés par voie postale, fin janvier 2010, aux médecins généralistes exerçant en cabinet libéral dans le bassin lillois.

Chaque questionnaire était accompagné d'une lettre de présentation, ainsi que d'une enveloppe affranchie, pour le retour.

Tous les questionnaires retournés ont été pris en compte, de fin janvier 2010 à fin avril 2010 inclus.

En annexe se trouve une copie de la lettre de présentation.

Voici un exemplaire du questionnaire :

QUESTIONNAIRE « ANOREXIE MENTALE RESTRICTIVE

Pour la thèse de Marc DOUCET

A retourner à : **Marc DOUCET 21 rue d'Auch, 59167 LALLAING (enveloppe timbrée jointe)**

Par avance, je vous remercie MILLE fois !

Merci de cocher les bonnes réponses (une réponse par question)

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Vous êtes : un homme une femme

Votre âge : < 30 ans 30 à 40 ans 40 à 50 ans 50 à 60 ans > 60 ans

L'un de vos proches est-il atteint de cette pathologie ? OUI NON

Avez-vous changé votre pratique médicale en raison de cela ? OUI NON

VOTRE FORMATION

Dans quelle région avez-vous effectué vos études médicales ?

Estimez-vous que votre formation en tant qu'étudiant ait été suffisante pour vous permettre de prendre en charge correctement ce type de pathologie ? OUI NON

Avez-vous été amené à prendre en charge personnellement un patient pour cette pathologie, durant vos stages hospitaliers en tant qu'étudiant ou interne ? OUI NON

Appréciez-vous de prendre en charge ce type de pathologie dans votre cabinet médical ?

- 0 : non, et je m'arrange pour écarter ce type de patients !
- 1 : non, mais il faut bien le faire
- 2 : pas plus ni moins qu'un autre patient
- 3 : oui, parfois seulement
- 4 : oui, je m'y intéresse beaucoup
- 5 : oui, énormément !

PRATIQUE

Disposez-vous d'une balance (pèse-personne) dans votre cabinet médical ? OUI NON

Disposez-vous d'une toise ou d'un mètre-ruban dans votre cabinet médical ? OUI NON

Si oui, pesez-vous les patient(e)s anorexiques lors de chaque consultation ? OUI NON

Si non, merci de ne pas répondre à la question suivante.

Définissez-vous systématiquement un contrat de poids ? OUI NON

Environ combien de patients voyez-vous par jour plein en consultation ?

< 10 /j 10 à 20 /j 20 à 30 /j 30 à 40 /j > 40 /j

Combien de patient(e)s souffrant de cette pathologie suivez-vous spécifiquement en consultation ?

- 0 : aucun ou presque
- 1 : un patient tous les 6 mois
- 2 : un patient tous les 4 mois
- 3 : un patient tous les 2 mois
- 4 : un patient par mois
- 5 : plusieurs patients par mois

Trouvez-vous ces patient(e)s difficiles à prendre en charge ?

- 0 : facile ou très facile
- 1 : moyennement facile
- 2 : un peu difficile
- 3 : difficile
- 4 : très difficile
- 5 : extrêmement difficile, voire non possible

Pour les patient(e)s chroniques difficiles à prendre en charge avec un IMC inférieur à 15, quelle est la fréquence moyenne des rendez-vous que vous proposez ?

- 0 : tous les 3 mois ou plus
- 1 : tous les 2 mois
- 2 : tous les mois
- 3 : toutes les 3 semaines
- 4 : toutes les 2 semaines
- 5 : toutes les semaines

Pour les patients présentant un IMC inférieur à 15, pratiquez-vous systématiquement une enquête alimentaire complète, où il doit noter et peser tout ce qu'il mange ? OUI NON

Un patient présentant un IMC inférieur à 15 vient vous voir en consultation.

Quels examens complémentaires allez-vous prévoir ?

Dans quel délai ?

Merci de détailler le bilan biologique si vous le prescrivez.

Pour ce même patient (IMC à 15), à quelle fréquence allez-vous recontrôler le bilan biologique ?
(sachant qu'il ne présente pas d'hypokaliémie, ou d'anomalies notables)

- 0 : tous les ans ou plus
- 1 : tous les 6 mois
- 2 : tous les 3 mois
- 3 : tous les 1 à 2 mois
- 4 : toutes les 2 semaines
- 5 : toutes les semaines

Quand proposez-vous une prise en charge spécialisée (hospitalisation, suivi psychiatrique et nutritionnel) ?

- 0 : dès qu'un tel type de patient se présente à vous
- 1 : très souvent, lorsque vous voyez que vos premières tentatives ne donnent rien
- 2 : parfois, seulement pour les patients présentant des signes de gravité
- 3 : peu souvent, en fonction d'un délai que vous avez fixé, ou bien selon la gravité
- 4 : très rarement, lorsque vous estimez avoir tout essayé, quel que soit le délai
- 5 : jamais

Dans les deux années précédentes, avez-vous déjà eu recours à une demande d'hospitalisation à la demande d'un tiers (ou des parents) pour l'un(e) de ces patient(e)s ? OUI NON

Et dans l'année précédente ?

OUI NON

Estimez-vous que votre rôle de médecin généraliste soit très utile ?

- 0 : non, pas du tout, il faut avoir recours aux spécialistes
- 1 : rarement
- 2 : parfois, pour certains patients
- 3 : souvent
- 4 : très souvent, on peut se passer des spécialistes
- 5 : toujours, les spécialistes sont quasiment toujours inutiles

Estimez-vous que les prises en charge par des spécialistes soient d'un grand secours ?

- 0 : non, pas du tout
- 1 : rarement
- 2 : parfois, pour certains patients ou selon les spécialistes
- 3 : souvent
- 4 : très souvent, il faut donc toujours adresser les patients aux spécialistes
- 5 : toujours, les spécialistes sont indispensables !

Estimez-vous que la famille d'un patient atteint se sente responsable et concernée par la prise en charge ?

- 0 : non, pas du tout**
- 1 : rarement**
- 2 : parfois**
- 3 : souvent**
- 4 : très souvent**
- 5 : toujours, l'entourage du patient est au premier plan**

Arrivez-vous facilement à convaincre la famille ou les patients de l'utilité de la prise en charge ?

- 0 : non, pas du tout**
- 1 : rarement**
- 2 : parfois, ça dépend des familles**
- 3 : souvent**
- 4 : très souvent, ces patients et leur entourage sont à l'écoute**

PROJETS DE FORMATION

Vous arrive-t-il de discuter avec des confrères qui expriment des difficultés à gérer cette pathologie ?

- 0 : non, pas du tout**
- 1 : rarement**
- 2 : parfois, pour des cas intéressants**
- 3 : souvent**
- 4 : très souvent, c'est une pathologie qui nous préoccupe**

Exprimez-vous un besoin de formation complémentaire vis-à-vis de cette pathologie ? **OUI** **NON**

Seriez-vous prêt(e) à participer à un ou plusieurs séminaires de formation médicale continue dans l'année qui va suivre ? **OUI** **NON**

Et dans les trois années ? **OUI** **NON**

Ou bien au moins une fois dans votre carrière ? **OUI** **NON**

Estimez-vous qu'il s'agisse d'une pathologie à réévaluer régulièrement au cours des formations médicales continues ?

- 0 : non, pas du tout**
- 1 : rarement**
- 2 : parfois, tous les cinq ans**
- 3 : oui, mais pas plus qu'une autre pathologie**
- 4 : souvent, il s'agit d'un problème difficile**
- 5 : très souvent, chaque année**

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

Avez-vous des contacts avec eux ? **OUI** **NON**

Connaissez-vous l'existence du réseau « Troubles du Comportement Alimentaire Nord-Pas-de-Calais » ? **OUI** **NON**

AUTRES

Avez-vous des remarques particulières ?

Merci pour votre attention !

L'ensemble des réponses a été soigneusement consigné dans un fichier Excel, en vue de l'étude de ces données.

3) PROTOCOLE D'ÉVALUATION

Critères d'inclusion :

545 médecins ont reçu le questionnaire par voie postale, fin janvier 2010.

Les médecins ont été sélectionnés selon leur proximité géographique depuis la ville de Lille ; ils ont tous été pris en compte selon l'annuaire.

Les envois ont été répartis comme suit :

VILLE CONCERNEE	NOMBRE MEDECINS
LILLE + HELLEMMES	220
EMMERIN	3
FACHES-THUMESNIL	17
HALLENES-LEZ-HAUBOURDIN	3
HAUBOURDIN	14
LA MADELEINE	26
LAMBERSART	30
LESQUIN	6
LEZENNES	6
LOMME	27
LOMPRET	1
LOOS	18
MARCQ-EN-BAROEUL	31
MARQUETTE-LEZ-LILLE	7
MONS-EN-BAROEUL	24
RONCHIN	14
SEQUEDIN	4
VILLENEUVE D'ASCQ	52
WAMBRECHIES	11
WASQUEHAL	15
WATTIGNIES	16

Critères d'exclusion :

Ils concernent les questionnaires qui auraient été remplis de façon très incomplète ou inadaptée.

Bien qu'il y ait de nombreux questionnaires ne comportant pas de réponses à toutes les questions, toutes les réponses ont été enregistrées.

Pour des raisons pratiques (parce que l'analyse des données et les calculs de pourcentage étaient déjà entamés), les questionnaires retournés après fin avril 2010 n'ont pas été pris en compte. Ils sont très minoritaires (deux seulement).

4) ANALYSE DES DONNÉES

Toutes les réponses ont été consignées dans un fichier Excel.

Un calcul de pourcentage a été effectué sur toutes ces réponses.

En ce qui concerne la taille de l'échantillon attendu, nous déterminons comme suit son importance, à l'aide de la formule :

$$n = \frac{t^2 \times p(1-p)}{e^2}$$

n = taille de l'échantillon attendu.

t = niveau de confiance déduit du taux de confiance (traditionnellement 1,96 pour un taux de confiance de 95%) - loi normale centrée réduite.

p = proportion estimative de la population présentant la caractéristique étudiée dans l'étude. Lorsque cette proportion est ignorée, une pré-étude peut être réalisée ou sinon $p = 0,5$ sera retenue.

e = marge d'erreur (traditionnellement fixée à 5%).

Nous avons donc, en supposant que $p = 0,20$ (si l'on suppose qu'un médecin généraliste sur cinq éprouve des difficultés à prendre en charge l'anorexie mentale) :

$$N = \frac{(1,96)^2 \times 0,20 (1 - 0,20)}{0,05^2} = 246 \text{ (arrondi à l'unité supérieure)}$$

Cela signifie qu'il nous faut donc au moins 246 questionnaires retournés pour que l'étude soit significative, c'est-à-dire avec un taux de confiance de 95%, et une marge d'erreur de 5%.

Or, 296 questionnaires ont été retournés (soit 54%, un excellent taux) ; l'objectif est donc atteint.

Si l'on refait les calculs avec $p = 0,10$ (soit 10% de médecins exprimant des difficultés à prendre en charge l'anorexie mentale), on obtient 139 questionnaires.

Avec $p = 0,30$, on obtiendrait 323 questionnaires.

RESULTATS & ANALYSE

1) CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

Les médecins :

Parmi les médecins répondants, on compte 219 hommes et 75 femmes.

Soit environ 74,5% d'hommes pour 25,5% de femmes.

Près du tiers d'entre eux ont entre 40 et 50 ans, et près d'un autre tiers entre 50 et 60 ans.

Les patients :

Dans le questionnaire, il était précisé de s'intéresser aux patients atteints d'anorexie mentale restrictive pure, c'est-à-dire sans conduite de boulimie associée.

Les praticiens ont donc pris en considération les patients présentant cette pathologie, parmi leur propre patientèle.

Rappelons qu'il s'agit d'une étude rétrospective, qui a donc intéressé les patients atteints de cette pathologie et déjà traités avant janvier 2010, date d'envoi des questionnaires.

2) RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES ET ANALYSE

Au total, **296 questionnaires sur 545 ont été retournés.**

Ils ont tous été pris en compte.

Nous avons donc un retour de 54,31%, ce qui s'avère bon.

Voici les résultats, exprimés en pourcentage, concernant chaque question.

Egalement, ces résultats seront commentés.

Attention :

Il y a des questions auxquelles tous les 296 médecins concernés par l'enquête **n'ont pas répondu**. C'est pourquoi lorsque l'on fait le total des réponses à certaines questions, on obtient moins de 296.

De plus, les pourcentages s'appliquent sur le total des médecins **ayant répondu** à chaque question séparément, non sur le nombre total des 296 médecins.

QUESTION 1 : Êtes-vous un homme ou une femme ?

Parmi les médecins répondants, on compte 219 hommes et 75 femmes (2 n'ont pas répondu). Soit environ 74,50% d'hommes pour 25,50% de femmes (parmi les répondants, précisons-le).

QUESTION 2 : Quel âge avez-vous ?

Moins de 30 ans : aucun

De 30 à 40 ans : 41 (13,85%)

De 40 à 50 ans : 96 (32,43%)

De 50 à 60 ans : 110 (37,16%)

Plus de 60 ans : 49 (16,55%)

Si l'on fait une moyenne, l'âge moyen des praticiens répondants est d'environ 55 ans.

Il s'agit donc de médecins ayant une longue expérience professionnelle.

Cependant, ils n'ont sans doute pas bénéficié des mêmes enseignements en faculté que leurs confrères plus jeunes, en ce qui concerne la prise en charge de l'anorexie mentale.

QUESTION 3 : L'un de vos proches est-il atteint de cette pathologie ?

Oui : 31 réponses, soit 10,54% des répondants

Non : 263 réponses, soit 89,46%

Ici, on constate qu'il existe tout de même une forte proportion de patient(e)s anorexiques : ce chiffre est de loin supérieur à la prévalence de cette pathologie dans la population générale.

On peut supposer le simple fait du hasard, ou bien émettre d'autres hypothèses.

En effet, il se peut que les médecins interrogés établissent relativement facilement ce diagnostic d'anorexie mentale parmi leurs proches, il se peut même que certains des médecins répondants aient en commun certains proches concernés.

Etant donné que la prévalence de l'anorexie mentale est plus importante au sein des populations d'un niveau socioculturel élevé, on peut aussi supposer qu'il y a plus d'anorexiques dans l'entourage des médecins.

QUESTION 4 : Avez-vous changé votre pratique médicale en raison de cela ?

Oui : 9 réponses, soit 5,03%

Non : 170 réponses, soit 94,97%

Relativement peu de personnes ont répondu à cette question.

Et on peut en conclure que peu de médecins ont donc changé leur pratique médicale.

Sans doute que la question a été mal posée, il aurait fallu mettre : « Si vous avez répondu oui à la question précédente... »

QUESTION 5 : Dans quelle région avez-vous effectué vos études médicales ?

Sur les 289 réponses, nous notons :

Faculté de Lille / Nord : 276 réponses (94,20%)

Autres facultés : 13 réponses (4,50%)

Outre le fait que cette thèse porte sur la pratique des médecins généralistes installés dans le Nord, cette question montre clairement que la très grande majorité d'entre eux a été formée à la faculté de Médecine de Lille.

QUESTION 6 : Estimez-vous que votre formation en tant qu'étudiant ait été suffisante pour vous permettre de prendre en charge correctement ce type de pathologie ?

Oui : 35 réponses, soit 11,99% des 292 répondants

Non : 257 réponses, soit 88,01%

Ainsi, presque neuf praticiens sur dix avouent que leur formation a été insuffisante !

Les réponses suivantes vont permettre d'étayer cet élément de réponse.

QUESTION 7 : Avez-vous été amené à prendre en charge personnellement un patient pour cette pathologie, durant vos stages hospitaliers en tant qu'étudiant ou interne ?

Oui : 59 réponses (20%)

Non : 236 réponses (80%)

Seulement un médecin sur cinq a, au cours de son cursus à la faculté de médecine, pris en charge personnellement un patient atteint d'anorexie mentale lors de ses stages hospitaliers. Encore une fois, ceci tend à montrer que peu de médecins généralistes ont été formés à prendre en charge cette pathologie.

QUESTION 8 : Appréciez-vous de prendre en charge ce type de pathologie dans votre cabinet médical ?

Voici comment ont été réparties les réponses, sur les 283 répondants :

Non, et je m'arrange pour écarter ce type de patients ! : 9 réponses (3,06%)

Non, mais il faut bien le faire : 54 réponses (18,38%)

Pas plus ni moins qu'un autre patient : 132 réponses (46,64%)

Oui, parfois seulement : 63 réponses (22,26%)

Oui, je m'y intéresse beaucoup : 36 réponses (12,72%)

Oui, énormément ! : 0 réponses

L'anorexie mentale est une pathologie difficile à prendre en charge. Et on voit bien que peu de gens aiment prendre en charge une pathologie difficile !

Dans l'ensemble, ces statistiques montrent que les médecins n'éprouvent ni goût ni aversion particulière.

De plus, il ne faut pas oublier que le temps de consultation en cabinet de ville est souvent limité, alors que la prise en charge des patients anorexiques est chronophage.

QUESTION 9 : Disposez-vous d'une balance (pèse-personne) dans votre cabinet médical ?

Oui : 296 réponses (100%)

Non : 0 réponses

Honnêtement, on se demande si une réponse contraire aurait été envisageable.

QUESTION 10 : Disposez-vous d'une toise ou d'un mètre-ruban dans votre cabinet médical ?

Oui : 292 réponses (98,65%)

Non : 4 réponses (1,35%)

Encore une fois, la réponse était attendue.

On peut cependant constater que tous les médecins ne possèdent pas de ruban-mètre.

On peut donc en déduire que la mesure du périmètre abdominal et du tour de poitrine ne fait pas partie des éléments de surveillance qu'ils ont retenu.

QUESTION 11 : Si oui, pesez-vous les patient(e)s anorexiques lors de chaque consultation ?

Oui : 192 réponses (67,61%)

Non : 92 réponses (32,39%)

Près d'un tiers des patients ne sont pas pesés lors de chaque consultation.

Cela peut paraître étonnant ; mais il est compréhensible que certains patients qui se présentent fréquemment en consultation n'aient pas besoin de pesée hebdomadaire systématique.

C'est surtout le cas si de tels patients sont traités pour des pathologies ou comorbidités associées, lors de cadre d'entretiens familiaux, lorsqu'il s'agit de réévaluer la stratégie de prise en charge alors que le poids reste stationnaire.

QUESTION 12 : Définissez-vous systématiquement un contrat de poids ?

Oui : 98 réponses (46,45%)

Non : 113 réponses (53,55%)

Etonnamment, 85 médecins (soit 28,72%) se sont abstenus de répondre à cette question.

On peut donc déduire d'après cette réponse que le contrat de poids est loin d'être systématique, puisqu'il ne représente que moins de 50% des choix des répondants.

Or, il est souvent dit que le contrat de poids représente l'un des éléments fondamentaux de la prise en charge, comme nous avons pu le voir dans le chapitre précédent.

QUESTION 13 : Environ combien de patients voyez-vous par jour plein en consultation ?

Moins de 10 par jour : 7 (soit 2,41%)

De 10 à 20 par jour : 68 (soit 23,45%)

De 20 à 30 par jour : 152 (soit 52,41%)

De 30 à 40 par jour : 51 (soit 17,59%)

Plus de 40 par jour : 13 (soit 4,48%)

Simple question informative, qui montre qu'avec une moyenne de 20 à 30 patients par jour, on peut s'attendre chaque mois à quelques patients souffrant d'anorexie mentale.

QUESTION 14 : Combien de patient(e)s souffrant de cette pathologie suivez-vous spécifiquement en consultation ?

Aucun ou presque : 100 (35,71% des cas)

Un patient tous les 6 mois : 104 (37,14% des cas)

Un patient tous les 4 mois : 33 (11,79% des cas)

Un patient tous les 2 mois : 20 (7,14% des cas)

Un patient par mois : 23 (8,21% des cas)

Plusieurs patients par mois : 14 (4,73% des cas)

Ici, les réponses sont très variées.

Dans les deux tiers des cas, les médecins généralistes voient peu de patients anorexiques : à peine un par semestre.

Cependant, on peut observer qu'à l'inverse, près de 10% d'entre eux en voient au moins un par mois.

Seulement 5% des praticiens voient plusieurs patients anorexiques par mois.

On peut même supposer qu'ils aiment prendre en charge cette pathologie et qu'ils en ont l'habitude, d'où leurs fréquences de consultations plus élevées en ce qui concerne l'anorexie mentale. Certains ont peut-être des compétences en tant que médecins nutritionnistes.

Mais en conclusion, on peut tout de même affirmer que l'anorexie mentale est dans l'ensemble une pathologie peu fréquemment rencontrée en médecine générale.

QUESTION 15 : Trouvez-vous ces patient(e)s difficiles à prendre en charge ?

Facile ou très facile : 0 réponses

Moyennement facile : 9 réponses (3,07%)

Un peu difficile : 35 réponses (11,95%)

Difficile : 114 réponses (38,91%)

Très difficile : 122 réponses (41,64%)

Extrêmement difficile, voire non possible : 13 réponses (4,44%)

Comme on pouvait s'y attendre, l'anorexie mentale est une pathologie difficile à prendre en charge, disons même très difficile. Aucun ne trouve cette pathologie facile à prendre en charge, plus de 9 médecins sur 10 affirment l'inverse.

Cette question traduit le relatif peu d'optimisme qu'éprouvent les praticiens, ce qui est chose normale.

QUESTION 16 : Pour les patient(e)s chroniques difficiles à prendre en charge avec un IMC inférieur à 15, quelle est la fréquence moyenne des rendez-vous que vous proposez ?

Tous les 3 mois ou plus : 5 réponses (1,87%)

Tous les 2 mois : 22 réponses (8,24%)

Tous les mois : 111 réponses (41,57%)

Toutes les 3 semaines : 28 réponses (10,49%)

Toutes les 2 semaines : 85 réponses (31,84%)

Toutes les semaines : 16 réponses (5,99%)

Ici, la répartition des réponses ne suit pas une courbe de Gauss.

En fait, on peut supposer que l'item « toutes les 3 semaines » ne convient pas aux praticiens qui ont répondu à cette question.

La majorité des réponses est centrée autour d'une fréquence de consultation de deux ou quatre semaines.

Clairement, les médecins sont conscients que ces patients compliqués exigent une prise en charge régulière – au moins mensuelle – mais ils ne sont pas prêts à recevoir ces patients de façon hebdomadaire (seulement 6% des réponses). Or, cela peut souvent s'avérer nécessaire.

QUESTION 17 : Pour les patients présentant un IMC inférieur à 15, pratiquez-vous systématiquement une enquête alimentaire complète, où il doit noter et peser tout ce qu'il mange ?

Oui : 89 réponses (soit 32,13%)

Non : 188 réponses (soit 67,87%)

Seulement un tiers des patients son soumis à enquête alimentaire.

Ce pourcentage semble vraiment faible, lorsque l'on considère que l'enquête alimentaire est l'un des fondements de la prise en charge.

Cependant, on peut objectiver que cette question a été mal posée. En effet, les termes « systématiquement » et « tout ce qu'il mange » peuvent avoir modifié les décisions de réponses.

QUESTION 18 : Un patient présentant un IMC inférieur à 15 vient vous voir en consultation.

Quels examens complémentaires allez-vous prévoir ?

Dans quel délai ?

Merci de détailler le bilan biologique si vous le prescrivez.

Il ne s'agissait pas d'un contrôle de connaissances.

Volontairement, il s'agissait d'une question à réponse ouverte, ce qui permettait de prendre connaissance des examens que prescrivent les médecins généralistes, et ce sans restriction particulière. Je n'ai donc pas mentionné un quelconque item, afin de ne pas influencer les réponses à cette question.

Nous avons 272 répondants, soit 91,89%.

Les réponses sont classées comme suit :

Bilans biologiques simples : 10 (3,68 %)

(Il s'agit des prescriptions qui portent la mention « bilan biologique » sans mention détaillée)

Bilans biologiques détaillés : 157 (57,72%)

Délai précisé inférieur à 1 semaine : 44 réponses (16,18%)

Délai précisé de 1 à 3 semaines : 10 réponses (3,68%)

Délai précisé supérieur à 3 semaines : 10 réponses (3,68%)

Autres examens prescrits : 32 cas (11,76%)

Dont :

Consultations auprès de spécialistes (cf commentaire ci-dessous)

Consultation en psychiatrie : 9 réponses (3,31%)

Consultation avec un psychothérapeute : 2 réponses (0,74%)

Consultations auprès d'un gastro-entérologue : 1 réponse (0,37%)

Consultations auprès d'un stomatologue : 2 réponses (0,74%)

Consultations auprès d'un cardiologue : 1 réponse (0,37%)

Consultations auprès d'un endocrinologue : 3 réponses (1,10%)

Consultations auprès d'un nutritionniste : 6 réponses (2,21%)

Examens d'imagerie

- Electrocardiogramme : 8 réponses (2,94%)
- Radiographie thoracique : 7 réponses (2,57%)
- Ostéodensitométrie : 10 réponses (3,68%)
- Echographie abdominale : 7 réponses (2,57%)
- Echographie pelvienne : 2 réponses (0,74%)
- Echographie thyroïdienne : 1 réponse (0,37%)
- Scanner abdominal : 1 réponse (0,37%)
- Scanner de la selle turcique : 1 réponse (0,37%)

Hospitalisation directe sans demande de bilan : 2 réponses (0,74%)

Quelques remarques sur ces réponses.

C'est sans doute dans cette question que nous observons les avis les plus divergents.

On se rend aussi compte que les médecins généralistes prescrivent relativement peu d'examens complémentaires dans un premier temps, et n'adressent pas tout de suite les patients concernés à des spécialistes (seulement 24 réponses, soit 8,82%).

Concernant les demandes de consultations auprès de spécialistes, il ne s'agissait pas d'examens complémentaires, mais les réponses ont été quand même retranscrites. Le nombre de réponses observées est vraiment très faibles, il reflète les quelques réponses de médecins qui ont cru bon de mentionner les consultations auprès de spécialistes comme des examens complémentaires.

D'ailleurs, on constate une importante diversité dans le choix de ces spécialistes, ce qui montre qu'il n'y a pas vraiment de terrain d'entente dans leur choix.

Le bilan biologique arrive largement en tête des prescriptions médicales, ce qui semble logique. 60% des praticiens prescrivent un bilan biologique.

Viennent ensuite les examens d'imagerie : 37 réponses (soit 13,60%)

Moins d'1 praticien sur 4 a mentionné le délai de ses prescriptions.

Il est clair qu'il n'y a pas de consensus portant sur les obligations de prescription, et c'est ce qui explique la grande hétérogénéité de l'ensemble des réponses. C'est sans doute sur ce point qu'une formation médicale permet d'éclairer le bon sens des prescripteurs.

QUESTION 19 : Pour ce même patient (IMC à 15), à quelle fréquence allez-vous reconstrôler le bilan biologique ?

(sachant qu'il ne présente pas d'hypokaliémie, ou d'anomalies notables)

Tous les ans ou plus : 10 réponses (3,76%)

Tous les 6 mois : 66 réponses (24,81%)

Tous les 3 mois : 95 réponses (35,71%)

Tous les 1 à 2 mois : 80 réponses (30,08%)

Toutes les 2 semaines : 9 réponses (3,38%)

Toutes les semaines : 6 réponses (2,26%)

Clairement, les réponses suivent une répartition gaussienne.

Cette courbe est centrée sur la réponse « tous les 3 mois », avec un penchant pour tous les 2 mois.

La fréquence de ce contrôle paraît raisonnable, et montre que dans l'ensemble les praticiens sont en accord dans leur pratique.

QUESTION 20 : Quand proposez-vous une prise en charge spécialisée (hospitalisation, suivi psychiatrique et nutritionnel) ?

Dès qu'un tel type de patient se présente à vous : 117 (41,64%)

Très souvent, lorsque vous voyez que vos premières tentatives ne donnent rien : 126 (44,84%)

Parfois, seulement pour les patients présentant des signes de gravité : 31 (11,03%)

Peu souvent, en fonction d'un délai que vous avez fixé, ou bien selon la gravité : 7 (2,49%)

Très rarement, lorsque vous estimez avoir tout essayé, quel que soit le délai : 0

Jamais : 0

La conclusion que l'on peut tirer est claire.

Presque tous les praticiens s'accordent à penser qu'un avis spécialisé s'avère nécessaire.

Cela montre à quel point les médecins généralistes sont conscients du fait qu'ils ne peuvent prendre seuls en charge cette pathologie.

QUESTION 21 : Dans les deux années précédentes, avez-vous déjà eu recours à une demande d'hospitalisation à la demande d'un tiers (ou des parents) pour l'un(e) de ces patient(e)s ?

Oui : 53 réponses (18,67%)

Non : 231 réponses (81,34%)

QUESTION 22 : Et dans l'année précédente ?

Oui : 41 réponses (14,75%)

Non : 237 réponses (85,25%)

Si l'on compare ces deux dernières réponses, on peut comprendre que le nombre d'hospitalisations à la demande d'un tiers a été relativement important (près d'un cas sur cinq au cours des deux années précédentes). De plus, l'essentiel de ces hospitalisations a eu lieu dans l'année précédente (un patient sur sept).

La fréquence des hospitalisations demandées par les médecins généralistes est donc relativement importante.

QUESTION 23 : Estimez-vous que votre rôle de médecin généraliste soit très utile ?

Non, pas du tout, il faut avoir recours aux spécialistes : 9 réponses (3,20%)

Rarement : 18 réponses (6,41%)

Parfois, pour certains patients : 104 réponses (37,01%)

Souvent : 141 réponses (50,18%)

Très souvent, on peut se passer des spécialistes : 7 réponses (2,49%)

Toujours, les spécialistes sont quasiment toujours inutiles : 2 réponses (0,71%)

Une fois de plus, les médecins semblent en accord, autour du fait que leur rôle soit souvent utile. Et ils ont bien raison, comme le montrent les éléments de bibliographie précédemment cités. Cependant, certains persistent à penser que leur rôle soit inutile, ou au contraire que le rôle des spécialistes le soit.

QUESTION 24 : Estimez-vous que les prises en charge par des spécialistes soient d'un grand secours ?

Non, pas du tout : 0 cas

Rarement : 5 cas (1,76%)

Parfois, pour certains patients ou selon les spécialistes : 66 cas (23,24%)

Souvent : 98 cas (34,51%)

Très souvent, il faut donc toujours adresser les patients aux spécialistes : 74 cas (26,06%)

Toujours, les spécialistes sont indispensables ! : 41 cas (14,44%)

Avec encore une distribution des réponses qui suit une courbe de Gauss, on peut en déduire que les médecins généralistes estiment que la prise en charge par des spécialistes est souvent utile. Certains l'estiment même indispensable, mais cet avis est loin d'être partagé de tous.

QUESTION 25 : Estimez-vous que la famille d'un patient atteint se sente responsable et concernée par la prise en charge ?

Non, pas du tout : 1 réponse (0,34%)

Rarement : 10 réponses (3,44%)

Parfois : 47 réponses (16,15%)

Souvent : 81 réponses (27,84%)

Très souvent : 92 réponses (31,62%)

Toujours, l'entourage du patient est au premier plan : 60 réponses (20,62%)

Cette question montre assez clairement que les médecins généralistes ont bien compris l'importance de l'implication familiale et de l'entourage dans la prise en charge des patients souffrant d'anorexie mentale.

Ce point est fondamental. Pour un médecin sur cinq, il n'est pas contestable : l'entourage du patient est au premier plan.

Cependant, cet avis n'est tout de même pas partagé par près d'un médecin sur cinq, qui estime que la famille du patient n'entre pas ou que peu souvent dans la prise en charge du patient.

QUESTION 26 : Arrivez-vous facilement à convaincre la famille ou les patients de l'utilité de la prise en charge ?

Non, pas du tout : 1 réponse (0,35%)

Rarement : 11 réponses (3,82%)

Parfois, ça dépend des familles : 111 réponses (38,54%)

Souvent : 107 réponses (37,15%)

Très souvent, ces patients et leur entourage sont à l'écoute : 58 réponses (20,14%)

Cette réponse montre clairement que les praticiens s'attachent à impliquer la famille dans la prise en charge des patients, et que celle-ci comprend assez souvent l'utilité de cette prise en charge, étant donné la forte interaction de l'entourage et de la famille avec le patient concerné. Rappelons que celle-ci est au premier plan dans la prise en charge.

QUESTION 27 : Vous arrive-t-il de discuter avec des confrères qui expriment des difficultés à gérer cette pathologie ?

Non, pas du tout : 74 réponses (27,61%)

Rarement : 96 réponses (35,82%)

Parfois, pour des cas intéressants : 71 réponses (26,49%)

Souvent : 22 réponses (8,21%)

Très souvent, c'est une pathologie qui nous préoccupe : 5 réponses (1,87%)

Dans l'ensemble, les praticiens discutent peu de la prise en charge de l'anorexie mentale. Il faut dire qu'il s'agit d'une pathologie qu'ils rencontrent peu fréquemment en consultation, par rapport à leur patientèle totale.

QUESTION 28 : Exprimez-vous un besoin de formation complémentaire vis-à-vis de cette pathologie ?

Oui : 182 réponses (69,73%)

Non : 79 réponses (30,27%)

Nous abordons une partie très importante du questionnaire, puisqu'elle va contribuer à répondre à la deuxième question que pose la thèse : la nécessité de formation des médecins généralistes en ce qui concerne la prise en charge de l'anorexie mentale.

En effet, c'est justement l'objet de la dernière page du questionnaire.

Très clairement, sept médecins sur dix avouent la nécessité de mieux se former.

Lorsqu'on observe le résultat des réponses précédentes, cela semble logique.

Nous allons donc voir si ces mêmes répondants sont effectivement prêts à suivre une ou plusieurs formations.

QUESTION 29 : Seriez-vous prêt(e) à participer à un ou plusieurs séminaires de formation médicale continue dans l'année qui va suivre ?

Oui : 120 réponses (47,06%)

Non : 135 réponses (52,94%)

QUESTION 30 : Et dans les trois années ?

Oui : 139 réponses (58,90%)

Non : 97 réponses (41,10%)

QUESTION 31 : Ou bien au moins une fois dans votre carrière ?

Oui : 175 réponses (78,48%)

Non : 48 réponses (21,53%)

Malgré le résultat de la question 28, on se rend compte que relativement peu de praticiens sont prêts à suivre une session de formation dans l'année qui va suivre. Bien sûr, il y a également d'autres formations intéressantes et nécessaires à envisager.

Cependant, près de quatre praticiens sur cinq souhaiteraient être formés à la prise en charge de l'anorexie mentale au moins une fois au cours de leur carrière.

Cette réponse rejoint clairement la réponse à la question 28 (près de 7 médecins sur 10 avouant la nécessité d'une formation).

On notera que 73 praticiens (soit 24,67%) se sont abstenus de répondre à cette dernière question. Certes, on peut objectiver que parmi ceux-ci, certains n'ont pas répondu à l'ensemble de la dernière page du questionnaire ; c'est justement cette constatation qui se montre significative : la question de la nécessité d'une formation est délicate.

QUESTION 32 : Estimez-vous qu'il s'agisse d'une pathologie à réévaluer régulièrement au cours des formations médicales continues ?

Non, pas du tout : 4 réponses (1,52%)

Rarement : 19 réponses (7,22%)

Parfois, tous les cinq ans : 46 réponses (17,49%)

Oui, mais pas plus qu'une autre pathologie : 146 réponses (55,51%)

Souvent, il s'agit d'un problème difficile : 47 réponses (17,87%)

Très souvent, chaque année : 1 réponse (0,38%)

L'ensemble des réponses suit une distribution gaussienne, centrée sur la réponse : « Oui » ; il faut s'agit d'une pathologie à réévaluer régulièrement au cours des formations médicales continues, mais sans que cela soit une priorité sur les autres pathologies.

QUESTION 33 : Savez-vous à quel(s) réseau(x) prenant en charge les troubles du comportement alimentaire vous adresser en cas de besoin ?

Oui : 124 réponses (46,44%)

Non : 143 réponses (53,56%)

QUESTION 34 : Avez-vous des contacts avec eux ?

Oui : 78 réponses (30,23%)

Non : 180 réponses (69,77%)

Un médecin sur deux estime savoir à qui adresser un patient atteint d'anorexie mentale en cas de besoin.

Et près d'un sur trois y a recours.

Observons donc maintenant la réponse à la question suivante.

QUESTION 35 : Connaissez-vous l'existence du réseau « Troubles du Comportement Alimentaire Nord-Pas-de-Calais » ?

Oui : 38 réponses (14,29%)

Non : 228 réponses (85,71%)

Paradoxalement, alors que les praticiens estiment savoir à quel réseau adresser quelques uns de leurs patients souffrant d'anorexie mentale, seulement un sur sept connaît l'existence du réseau « TCA Nord-Pas-de-Calais » (faisant partie de l'AFDAS-TCA : Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées des Troubles du Comportement Alimentaire).

C'est vraiment très peu.

On peut alors se demander si une formation médicale continue ne permettrait justement pas de faire mieux connaître ce réseau, et de pouvoir ainsi s'y fier.

QUESTION 36 : Avez-vous des remarques particulières ?

Pour cette question, 61 praticiens (soit 1 sur 5) ont répondu par l'affirmative.

Dans la partie « Annexe » se trouvent les détails de leurs réponses, intégralement retranscrites.

Voici une synthèse de ces réponses. Le résumé qui suit a été établi en reprenant les termes des réponses relevées.

Tous les praticiens s'accordent à dire que l'anorexie mentale est une pathologie très difficile à prendre en charge, de par sa complexité. Cette constatation apparaît dans presque toutes les réponses. Quelques praticiens émettent même de sérieux doutes sur la curabilité dans le cas de nombre des patients concernés

Cette prise en charge est particulièrement chronophage, et c'est pourquoi elle n'est pas vraiment réalisable en cabinet de ville.

De plus, il faut reconnaître que cette pathologie est relativement peu fréquemment rencontrée en médecine de ville, ce que soulignent quelques praticiens.

Ces arguments amènent à penser que le recours à des spécialistes est indispensable. C'est l'avis de la quasi-totalité des intervenants.

Cependant, le rôle du médecin généraliste reste en première ligne, afin d'établir le diagnostic et d'assurer le suivi. C'est d'ailleurs sur ce point que des divergences d'opinion entre les répondants apparaissent. En effet, beaucoup pensent que le rôle du médecin généraliste est essentiellement d'éviter les complications organiques de l'anorexie mentale, mais beaucoup pensent que le médecin généraliste doit avant tout s'exercer à prendre en charge le côté psychologique, qui reste le fond du problème.

Ceci est d'autant plus difficile en fonction des difficultés relationnelles familiales.

De plus, l'anorexie mentale est véritablement une pathologie culturelle, soumise au phénomène de mode.

Remarquons aussi que beaucoup des praticiens interrogés désignent les cas concernés comme des patientEs, ce qui est logique puisque le sex ratio penche fortement du côté féminin.

Parlons de la prise en charge hospitalière.

Certains praticiens affirment à juste titre ne pas être vraiment convaincus de son efficacité.

En effet, trop souvent l'hôpital s'attache à un chiffre, celui du poids, sans traiter le véritable problème de fond.

De plus, l'entrée dans le circuit d'hospitalisation a tendance à écarter le médecin généraliste de cette prise en charge.

Il va sans dire que les réseaux de prise en charge sont difficiles d'accès, avec souvent beaucoup d'attente, même pour une simple consultation auprès d'un psychiatre...

Enfin, assez étonnamment les praticiens ne parlent que très peu d'une éventuelle formation continue à ce sujet, même s'ils l'expriment dans les questions précédentes (où il suffisait de cocher des cases).

Cependant, quelques uns reconnaissent ne pas bien être renseignés sur les réseaux de prise en charge, et se disent intéressés par des informations supplémentaires.

Une petite précision pour terminer...

L'un des praticiens a justement fait remarquer que les médecins généralistes sont des spécialistes (spécialistes en médecine générale).

3) SYNTHÈSE DES RESULTATS

L'analyse des réponses nous permet de mettre assez clairement en évidence certaines constatations.

En ce qui concerne la **formation des médecins généralistes**, 12% d'entre eux l'estime insuffisante pour pouvoir prendre en charge correctement des patients souffrant d'anorexie mentale.

Seulement un cinquième d'entre eux a véritablement pris en charge l'un de ces patients au cours de ses stages hospitaliers.

Pour la **pratique en cabinet de ville**, même si presque tous les praticiens disposent d'une balance et d'un ruban mètre, seulement un tiers d'entre eux pèse les patients à chaque consultation.

De plus, une enquête alimentaire n'est proposée que dans un tiers des cas chez les nouveaux patients, et un contrat de poids n'est défini que dans la moitié des cas chez ces patients.

Dans l'ensemble, on peut dire que la fréquence de ces patients en consultations est relativement faible, ce qui les rend d'autant plus difficile à prendre en charge. D'ailleurs, quatre médecins sur cinq avouent trouver cette pathologie difficile à prendre en charge.

Si l'on prend le cas d'un patient se présentant avec un IMC inférieur à 15, on note que le bilan biologique est prescrit par la majorité des praticiens, dans 60% des cas.

Mais pour les autres examens, seulement 12% des praticiens les proposent, et avec des avis très divergents sur leurs modalités.

Finalement, près de quatre praticiens sur cinq préconisent une prise en charge rapide par un spécialiste, qu'ils jugent très souvent utile. Et l'hospitalisation à la demande d'un tiers est relativement fréquemment demandée : environ 19% des cas sur les deux dernières années, et 15% sur la dernière année.

Les praticiens s'accordent à dire que l'interaction avec la famille et son implication dans la prise en charge est presque toujours indispensable.

En conclusion, les médecins généralistes estiment leur rôle souvent utile, d'où l'importance de leur bonne **formation**.

Cependant, on constate qu'ils discutent assez peu souvent de cette pathologie avec leurs confrères.

Deux tiers des praticiens estiment avoir besoin d'une formation à cette pathologie, et quatre praticiens sur cinq serait prêts à l'entamer une fois au cours de leur carrière.

Moins d'un praticien sur deux sait à quel réseau s'adresser en cas de besoin, et seulement un sur sept (14,29%) connaît le réseau AFDAS-TCA (Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées des Troubles du Comportement Alimentaire).

Certes, l'anorexie mentale est relativement peu rencontrée par les médecins généralistes en cabinet de ville ; mais il n'en reste pas moins que ceux-ci expriment des difficultés à adresser leurs patients pour un suivi spécialisé.

Tous ces résultats tendent à montrer les difficultés de prise en charge de l'anorexie mentale par les médecins généralistes, mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une pathologie difficile, même pour les spécialistes.

Et de plus, on peut observer le rôle majeur joué par les praticiens généralistes exerçant en cabinet de ville, qui orientent, conseillent et soignent ces patients. Ils sont bien souvent en première ligne, et déploient ici toute leur efficacité, en manifestant le maximum d'intérêt.

DISCUSSION

1) BIAIS DE L'ÉTUDE

Divers biais sont attendus.

En premier, rappelons que 296 questionnaires ont été retournés, sur 545. Il faut donc tenir compte des questionnaires qui n'ont pas été retournés. Ceux-ci auraient éventuellement pu modifier quelque peu les résultats. Cependant, le nombre de cas à inclure était largement atteint, comme nous l'avons vu.

Il a aussi été constaté que certains praticiens n'avaient pas répondu à une ou plusieurs pages du questionnaire.

Cette omission a sans doute modifié un peu les répartitions des différentes réponses ; mais sans doute pas les courbes de réponses et donc les conclusions.

En ce qui concerne la prise en charge de certains patients par leur médecin généraliste, il faut souligner un possible recul insuffisant en raison du temps de prise en charge relativement restreint.

Il se peut en effet que la prise en charge certains patients dont il est question ne soit qu'à peine entamée.

Les résultats ont été consignés dans un fichier Excel.

Un calcul de pourcentage leur a été appliqué. Ces pourcentages ont été arrondis à 0,01 près.

En fait , cette approximation ne modifie pas les conclusions.

Enfin, on peut penser que la taille de l'échantillon (545 médecins interrogés, 296 réponses) soit insuffisante pour permettre des conclusions définitives.

De plus, l'étude a volontairement été limitée à une région, ce qui s'avère déjà très contributif, même si une étude à l'échelle nationale, plus difficilement réalisable, serait souhaitable.

2) INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE

L'étude permet de démontrer la difficulté de prise en charge de l'anorexie mentale, particulièrement auprès des médecins généralistes exerçant en cabinet libéral, et ce malgré leur formation et leur expérience.

Nous avons pu mettre en évidence de nombreux **questionnements** de médecins vis-à-vis de la prise en charge de cette pathologie.

Les réponses des différents praticiens ont montré qu'ils s'estiment dans l'ensemble assez peu formés pour prendre en charge cette pathologie, et qu'ils se disent prêts à suivre une ou plusieurs sessions de formation.

Nous pouvons donc en déduire la nécessité d'une formation des médecins généralistes concernant cette pathologie.

3) OUVERTURE SUR D'AUTRES QUESTIONS

De ce fait, nous pouvons aussi nous poser les questions suivantes :

Faut-il mieux former les médecins généralistes, en ce qui concerne la prise en charge de l'anorexie mentale ?

Faut-il confier plus facilement ce type de patients à des spécialistes en psychiatrie, ou en nutrition ?

Eventuellement, une étude à l'échelle nationale pourrait s'avérer intéressante.

4) RÉFLEXION PERSONNELLE

Au cours de mon cursus en tant qu'interne en médecine générale, il m'a été donné d'effectuer un stage en service d'addictologie. Mon travail essentiel consistait à voir en consultation des patients atteints d'anorexie mentale. En fait, ce travail représentait plus de quatre-vingt-dix pour cent de mon activité.

Je fixais librement les modalités et les fréquences des consultations.

En cas de soucis, je pouvais demander conseil à des praticiens plus expérimentés, et je bénéficiais de l'appui d'une équipe pluridisciplinaire, d'autant plus que chaque semaine, un staff était organisé pour parler de tous les patients posant d'éventuels problèmes.

Voici les conclusions que j'ai pu tirer de ce stage très instructif.

Il m'a été donné de constater par moi-même que l'anorexie mentale est une pathologie particulièrement **difficile** à prendre en charge.

Tout d'abord, je dois avouer qu'au cours de ces six mois de stage, j'ai vu très peu de patients guérir véritablement. Il est clair que devant cette pathologie difficile à traiter, notre formation d'interne en médecine générale est plutôt insuffisante pour pouvoir traiter tous les cas. Et de plus, six mois ont été trop courts pour observer un nombre satisfaisant de guérisons.

Lors de chaque consultation, j'insistais pour qu'il y ait à chaque fois une pesée, et j'insistais pour que cette pesée s'effectue dévêtu. Il faut savoir que tandis que certains patients trichaient lors de cette pesée, d'autres espéraient profiter d'un moment de répit lors d'une consultation sans pesée.

Je fixais librement les fréquences des consultations. J'ai pu me rendre compte qu'il fallait les rapprocher d'une à trois semaines selon les cas. Au-delà, on ne pouvait pas vraiment assurer un suivi correct, car celui-ci devait régulièrement réévaluer les apports alimentaires.

Bien que j'effectuais les consultations seul, sans contrôle extérieur, je me suis rapidement rendu compte qu'une **aide** s'avérait nécessaire. Justement, un staff hebdomadaire permettait de faire le point sur les dossiers les plus problématiques. Nous parlions beaucoup de l'évolution du poids, de l'attitude des patients et des possibilités thérapeutiques. Honnêtement, je constatais qu'il était plutôt utopique de penser qu'à chaque fois nous trouverions des solutions définitives.

En plus de l'examen clinique, des **examens paracliniques** s'avéraient parfois nécessaires. A commencer par un bilan biologique, prescrit à fréquences régulières, environ tous les trois à quatre mois pour les patients présentant un sous-poids manifeste.

Dans certains cas, d'autres examens pouvaient être utiles, tels qu'une ostéodensitométrie, un électrocardiogramme (particulièrement important en cas d'hypokaliémie, de bradycardie, troubles fréquemment rencontrés chez ce type de patients).

Ces examens étaient relativement fréquemment prescrits aux patients présentant un IMC inférieur à 15. En milieu spécialisé, je constate qu'il est plus facile d'effectuer une demande pour ce genre d'examens.

En tant qu'interne en médecine générale, je me devais ainsi de surveiller aussi bien l'état **physique** que **psychologique** des patients, ce que certains praticiens ne font pas toujours.

De plus, les patients bénéficiaient régulièrement, le plus souvent les mêmes jours que mes consultations, d'une consultation auprès d'une **diététicienne**, et d'une consultation auprès d'une **psychologue**.

La durée moyenne des consultations était de vingt à trente minutes, parfois plus, parfois moins. Il s'agit de consultations plus chronophages que celles qui sont ordinairement réalisées en cabinet de ville. Je pense que cet investissement en temps est absolument nécessaire pour une prise en charge adaptée.

De plus, il faut souligner que certains patients n'adhéraient pas à la prise en charge, ils étaient envoyés par la famille. Le déni de la pathologie était très fréquent, ce qui compliquait énormément la prise en charge.

Les consultations s'effectuaient avec les patients seuls, ou bien accompagnés d'un ou plusieurs membres de leur famille. De nombreuses discussions ont ainsi eu lieu, au cours desquelles l'entourage du patient s'est montré très impliqué dans la prise en charge. Je fais donc partie de ceux qui pensent que l'entourage et la famille du patient sont au premier plan dans le traitement de l'anorexie mentale. Je n'ai pas eu à les convaincre de leur utilité.

J'estime, par expérience personnelle, que le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge de l'anorexie mentale est très important, disons-même au premier plan.

On pourra objectiver qu'au cours de ce stage, je n'ai pas mené beaucoup de patients à la guérison. Mais sans les consultations que j'ai régulièrement assurées, les patients se seraient tout simplement laissés aller sans contrôle de leur alimentation et de leur poids.

Le rôle du praticien, quel qu'il soit, est donc d'assurer la continuité de la prise en charge.

En conclusion, l'anorexie mentale est une pathologie difficile à prendre en charge, et non pas moins intéressante, qui de ce fait justifie une formation médicale continue au besoin.

Il ne faut pas hésiter à s'adresser à des confrères pour leur demander de l'aide.

CONCLUSION

Il est unanimement reconnu que l'anorexie mentale est une pathologie difficile à prendre en charge, que ce soit par le médecin généraliste en cabinet de ville, ou même par des réseaux de prise en charge spécialisés.

Le rôle du médecin généraliste est au premier plan, dans le cadre du diagnostic et du suivi. Cependant, ce rôle est souvent insuffisant, et une **prise en charge spécialisée** s'avère alors nécessaire.

Cette thèse démontre clairement les difficultés de prise en charge de l'anorexie mentale par les médecins généralistes dans le bassin lillois. En fait, il faudrait honnêtement rajouter que cette pathologie est tout simplement très difficile à prendre en charge, quel que soit le médecin ou le réseau de soins qui s'en charge, à l'échelle régionale et même nationale.

Moins d'un praticien sur deux sait à quel réseau s'adresser en cas de besoin, et seulement un sur sept (14,29%) connaît le réseau AFDAS-TCA (Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées des Troubles du Comportement Alimentaire). Certes, l'anorexie mentale est relativement peu rencontrée par les médecins généralistes en cabinet de ville ; mais il n'en reste pas moins que ceux-ci expriment des difficultés à adresser leurs patients pour un suivi spécialisé.

Les médecins généralistes discutent peu souvent de cette pathologie entre eux.

Presque 9 sur 10 d'entre eux estiment que leur formation en tant qu'étudiant a été insuffisante pour prendre en charge cette affection, et à l'heure actuelle 7 sur 10 expriment un besoin de formation complémentaire. Ils se disent également prêts à participer à un ou plusieurs séminaires de formation médicale continue, et ce dans l'année qui va suivre pour presque 1 sur 2 des répondants.

Nous avons donc répondu à la deuxième question que soulevait cette thèse : la nécessité d'une formation complémentaire, permettant aux médecins généralistes, et même à tout médecin, de mieux connaître cette pathologie pour mieux la prendre en charge, aussi difficile qu'elle le soit.

ANNEXE

Voici en annexe deux documents :

- La lettre envoyée aux 545 médecins généralistes
- Les réponses aux questions ouvertes

Lettre envoyée aux médecins :

Marc DOUCET
21 rue d'Auch
59167 LALLAING
06.67.07 61 26
doucetmarc80@gmail.com

LALLAING, le 1^{er} Janvier 2010

Chère Consœur, Cher Confrère,

Dans le cadre de la préparation de ma thèse concluant mon cursus de Médecine Générale, je réalise une enquête auprès de médecins généralistes exerçant en cabinet de ville dans le bassin Lillois.

Cette thèse a pour objectif d'évaluer les modalités et les difficultés de prise en charge de l'anorexie mentale restrictive pure, et de mettre en évidence des besoins de formation concernant la prise en charge de cette pathologie.

Le recueil de données s'effectue sous forme de questionnaires anonymisés, et je me suis donc permis de vous en joindre un exemplaire.

Il se présente sous forme de QCM, il est très simple à remplir et ne prend que deux à trois minutes.

Et ces trois minutes que vous me consacrez me seront d'un immense secours.

Aussi, je vous joins une enveloppe timbrée à mon nom, afin que vous puissiez me retourner le questionnaire rempli.

Par avance, je vous remercie beaucoup pour ce que vous pourrez faire pour moi et vous prie d'agréer, chère Consœur, cher Confrère, l'expression de mes sentiments distingués.

Bien Confraternellement,

A handwritten signature in blue ink that reads "Marc Doucet". The signature is written in a cursive style with a horizontal line underneath the name.

PS : Si vous me transmettez également votre adresse postale ou e-mail, je serais ravi de vous transmettre un compte-rendu de ma thèse achevée.

Réponses aux questions ouvertes :

Questionnaire n°2 :

Qu'est-ce qu'une FMC (Formation Médicale Continue) ?

Qu'est-ce qu'une anorexie mentale restrictive « pure » ?

Questionnaire n°6 :

Je me sens plus concerné professionnellement depuis que je le suis familialement.

Très peu informé si on ne cherche pas à l'être...

Difficulté +++ de trouver des spécialistes.

Pathologie rare, mais dramatique parfois (avant-hier a été enterrée à l'âge de 12 ans une jeune fille anorexique, camarade de classe d'un de mes enfants).

Il existe des cas où je doute sérieusement de leur curabilité.

Consultations chronophages (eh oui, les anorexiques mangent du temps...) => prise en charge impossible par le généraliste seul.

Pathologie trop complexe pour se passer du spécialiste.

Problème de responsabilité si la pathologie s'aggrave.

Suivi : hospitalisation obligatoire et irremplaçable.

Questionnaire n°13 :

Je travaille en tant que médecin généraliste dans une clinique de psychiatrie et nous sommes confrontés très régulièrement à ce type de pathologie.

Questionnaire n°14 :

Très déçue par l'approche hospitalière du problème qui ne s'attache qu'au poids alors que le problème se trouve bien en amont.

Questionnaire n°15 :

Je pense qu'il est important de garder notre rôle conseil de médecin de famille, mais qu'il faut rapidement se faire aider de spécialistes qui auront plus de recul que nous par rapport à l'histoire familiale et personnelle.

Questionnaire n°20 :

J'ai eu un cas d'anorexie mentale il y a quelques années.

J'ai eu un mal de chien à convaincre la mère qui amenait parfois sa fille à consultation.

Questionnaire n°21 :

Je ne suis pas habituellement ce genre de pathologie au cabinet. Je fais plutôt appel à un spécialiste (psy en ville ou hospitalisation).

Questionnaire n°23 :

Je pense que nous avons un rôle important à jouer, un rôle d'écoute, de conseil et d'accompagnement si l'on connaît bien le patient et la famille surtout. Cependant c'est une pathologie difficile à prendre en charge.

Questionnaire n°28 :

Pathologie difficile à prendre en charge car patients « manipulateurs ».

Il s'agit souvent de jeunes filles brillantes scolairement, et qui souvent ont un projet professionnel de diététicienne ou endocrinologue...

Questionnaire n°34 :

Il fallait une réponse à chaque question. Je l'ai fait mais les choix peuvent être multiples en fonction du caractère individuel de chaque patient, de son passé, de son environnement familial et social... Je pense que le médecin traitant est important dans le suivi si le patient en exprime le souhait. En bref, ma conduite sera différente selon le patient.

Questionnaire n°38 :

Formation en pédopsychiatrie enfant – adolescent

2 DU... Anorexie fréquente chez l'enfant avec sa prise en charge pédopsychiatrique.

Questionnaire n°54 :

Il s'agit d'un sujet délicat et difficile pour lequel le médecin généraliste est souvent exclu (c'est souvent un problème d'adolescent !)

Questionnaire n°57 :

Suivi psychologique et psychiatrique pas souvent adapté (structures : manque de place, suivi pas assez rapproché). Par exemple : rendez-vous en psychiatrie tous les deux mois !

Questionnaire n°60 :

Courage pour cette thèse, le sujet est sensible !

Questionnaire n°61 :

A mon avis, une prise en charge très spécialisée systématique s'impose pour ce type de patient.

Questionnaire n°72 :

Pas de suivi régulier des malades au CHU de Lille. Contact très difficile à établir entre les médecins généralistes et les spécialistes du CHU.

Questionnaire n°75 :

Je m'intéresse beaucoup à l'addictologie.

Je crois beaucoup à la prise en charge pluridisciplinaire. Le médecin généraliste est irremplaçable. Il faut aussi des consultations en psychiatrie, ou un suivi en centre, au centre médicopsychologique... si le patient l'accepte !

Questionnaire n°76 :

Je préfère la formation par internet ou directement par utilisation de livres spécialisés.

Questionnaire n°77 :

Importance du déni du patient +++

Importance de savoir à quel niveau de connaissance, de reconnaissance vis-à-vis de la maladie sont les parents.

Questionnaire n°78 :

Beaucoup de réseaux sont d'essence hospitalière. Et je me méfie de l'hospitalocentrisme.

Questionnaire n°83 :

Pathologie grave et de prise en charge difficile.

Questionnaire n°85 :

Pathologie difficile à prendre en charge actuellement.

J'ai recours très rapidement aux services hospitaliers.

Questionnaire n°87 :

Quelle attitude adopter devant un anorexique pour le médecin généraliste ?

Questionnaire n°94 :

C'est un problème difficile pour tous les intervenant et pour les familles concernées, avec souvent un antécédent chez l'un des parents, aggravant la culpabilité et donc l'agressivité.

Questionnaire n°99 :

La plupart des réponses découlent de la réponse « non mais il faut bien le faire » ; C'est une pathologie que je vais rediriger vers un service hospitalier spécialisé : IMC < 15.

Je me suis vraiment pas formé à cela et manque de temps à consacrer à cette lourde prise en charge. Aussi non sensibilisation pendant les études.

Questionnaire n°100 :

Peu de patients souhaitent intégrer un réseau.

Il faut une grande force de persuasion pour les en convaincre...

Questionnaire n°105 :

Effectivement, grande difficulté à prendre en charge cette pathologie, qui est complexe, et les patients le sont également !

Questionnaire n°114 :

C'est la pathologie psy avec laquelle j'ai le plus de difficultés, pourtant j'attache une attention particulière à la psy dans mon activité, mais cette prise en charge est trop complexe et surtout chronophage en médecine libérale.

Questionnaire n°116 :

Je pratique en secteur III, donc je passe trois-quarts d'heure avec chaque patient, au minimum.

Mes réponses sont donc un peu différentes d'un autre confrère.

Ma sœur a déclenché une anorexie à 15 ans.

J'ai suivi quatre mois de stage en psychiatrie, et quatre mois en endocrinologie, d'où mes réponses aux questions de formation.

Questionnaire n°119 :

Pathologie relativement rare, nécessitant surtout une prise en charge spécialisée en raison de l'entourage (souvent lui aussi pathologique), rôle du généraliste certainement plus dans le dépistage précoce.

Questionnaire n°124 :

Comme toute conduite addictive, les troubles du comportement alimentaire relèvent d'un travail de longue haleine, le plus souvent en partenariat avec d'autres spécialistes. C'est une idée originale d'aborder ce sujet pour une thèse de médecine générale.

Questionnaire n°131 :

Questionnaire intéressant.

Questionnaire n°145 :

Pathologie rare dans ma patientèle. Prise en charge difficile.

Questionnaire n°149 :

Pathologie rarement rencontrée. Patients plus ou moins chroniques, il est difficile de les voir régulièrement.

Questionnaire n°150 :

Le rôle du médecin traitant est tout aussi important que celui des spécialistes. C'est le travail de groupe et la communication qui améliorera les résultats. Le binôme généraliste / spécialiste est pour moi la base de la réussite.

Questionnaire n°159 :

Toute anorexie avérée doit rapidement bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire en structure !! C'est un trouble psychiatrique mortel méconnu.

Questionnaire n°172 :

J'adresse systématiquement mes patientes au CH Saint-Vincent.

Questionnaire n°174 :

Les rendez-vous en urgence font partie du rêve.

Questionnaire n°181 :

La difficulté est de trouver un spécialiste qui va bien prendre en charge cette pathologie : endocrinologue ? psychiatre ? C'est pas toujours évident.

Questionnaire n°184 :

Je ne sais pas si les réseaux prenant en charge les troubles du comportement alimentaire sont différents du CMP. Consultation et hospitalisations du secteur public sont considérées comme réseaux pour votre thèse.

Questionnaire n°191 :

Pathologie du domaine de la spécialité. Notre rôle devrait s'arrêter à exclure une pathologie organique.

Questionnaire n°192 :

Je participe aux réunions du centre médicopsychologique dépendant de ma ville (Mons-en-Baroeul), et c'est lors de ces réunions que j'ai pu échanger avec d'autres professionnels de santé, et j'ai l'occasion de connaître des réseaux de suivi hospitaliers.

Questionnaire n°193 :

Je pense que ma prise en charge personnelle de l'anorexie n'est pas adaptée, c'est pourquoi j'adresse systématiquement les patientes aux spécialistes (mais elles ne sont pas toujours d'accord...)

Questionnaire n°194 :

Pathologie complexe qui annonce un trouble du comportement.
Influence considérable de la mode, pathologie culturelle.

Questionnaire n°197 :

Je suis plus axé sur la prise en charge psychologique que sur l'aspect somatique de la maladie.

Questionnaire n°207 :

J'ai participé à une soirée de formation, et confirme l'idée de gravité de cette affection.

Questionnaire n°212 :

Je suis médecin nutritionniste, je vois régulièrement des patients anorexiques sur le plan nutritionnel, mais le suivi psy est incontournable, par des spécialistes. C'est une pathologie très difficile, on pourrait quelques fois être découragé !

Questionnaire n°227 :

Les deux questions ayant trait à la prise en charge médecine générale – spécialiste d'organe ne permettent pas d'explorer tous les champs possibles.

Merci de noter que le médecin généraliste est désormais un spécialiste au même titre que nos confrères spécialistes d'organe !

Questionnaire n°228 :

Je participe au réseau addiction et trouble du comportement alimentaire

Questionnaire n°243 :

Un manque cruel de formation et de temps pour une pathologie si difficile à prendre en charge...

Questionnaire n°247 :

Certaines questions mal posées.

Questionnaire n°251 :

Depuis mon installation en 2000, je n'ai eu qu'un cas d'anorexie mentale à prendre en charge.

Questionnaire n°254 :

Pathologie peu fréquente en médecine de ville (notamment IMC < 15), et qui relève à mon sens d'une prise en charge spécialisée.

Questionnaire n°260 :

J'ai plutôt des patients avec un BMI entre 15 et 18, mais rarement inférieur à 15.

Questionnaire n°261 :

J'aimerais bien avoir des informations sur les différents réseaux pour orienter les patients.

Questionnaire n°265 :

Pathologie féminine essentiellement, plus ou moins visible. Prévalence en médecine générale variable.

Questionnaire n°270 :

Merci pour l'aide à la diffusion d'une info avec éventuels interlocuteurs à connaître (spécialistes, services).

Questionnaire n°282 :

Cas difficiles

Questionnaire n°285 :

Merci de ce questionnaire. Il est difficile de ne pas culpabiliser sur ces patients là, car l'anorexie dans notre société reste un problème de fond...

J'ai un mode d'exercice particulier qui fait que j' « aborde autrement » ce type de patients.

Questionnaire n°287 :

Les réseaux prennent en charge les troubles du comportement alimentaire sont d'accès encore difficile (CHRU, Saint Philibert, etc.)

Il faudrait un travail en réseau local et accessible.

Questionnaire n°291 :

Le plus souvent, j'ai eu affaire à des suites d'hospitalisations pour des patientes que je ne connaissais pas auparavant. Il s'agit d'une pathologie s'intriquant dans les troubles psychologiques de l'adolescence.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Godart N, Lamas C, Nicolas I, Corcos M
Anorexie mentale à l'adolescence
Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Pédiatrie, 4-002-U-50
2010, Elsevier Masson
- [2] Redureau Nicolas
Anorexie mentale : une approche au travers de l'histoire
Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine, Lille 2, soutenue le 10 avril 2003
- [3] Vanderlinden Johan
Vaincre l'anorexie mentale
Editions De Boeck
p. 7-9
- [4] Simon Y
Épidémiologie et facteurs de risque psychosociaux dans l'anorexie mentale
Nutrition clinique et métabolisme
Décembre 2007, volume 21, numéro 4, p. 137-142
- [5] Bochereau D, Clervoy P, Corcos M, Girardon N
L'anorexie mentale de l'adolescence
La Presse médicale
ISSN : 0755-4982 CODEN : PRMEEM
1999, volume 28, numéro 2, p. 89-99 (29 ref.)
- [6] Corcos Maurice
Approche psychosomatique des conduites addictives alimentaires
Dialogue
Mars 2005, numéro 169, p. 97-109.
- [7] Bhanji Sadrudin
Anorexia nervosa : Physicians' and psychiatrists' opinions and practice
Journal of Psychosomatic Research
1979, volume 23, numéro 1, p. 7-11
- [8] Preti Antonio, De Girolamo Giovanni, Vilagut Gemma, Alonso Jordi, De Graaf Ron, Ronny Bruffaerts, Koen Demyttenaere, Alejandra Pinto-Meza, Josep Maria Haro, Morosini Piero, and the ESEMeD-WMH Investigators
The epidemiology of eating disorders in six European countries : Results of the ESEMeD-WMH project
Journal of Psychiatric Research
Septembre 2009, volume 43, numéro 14, p. 1125-1132

- [9] Bulik CM, Slob-Op't Landt MCT, Van Furth EF, Sullivan PF
The genetics of anorexia nervosa
Annual Review of Nutrition,
2007 ; volume 27, p. 263-275
- [10] Gallicet Delphine, Dumez Adèle
Anorexie mentale : pathologie et prise en charge
Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Pharmacie, Lille 2,
soutenue le 02 octobre 2002
- [11] Kay A Wilhelm, Simon D Clarke
Eating disorders from a primary care perspective
MJA Practice Essentials
Chapitre 12, p. 71-76
- [12] Pritts Sarah D, Susman Jeffrey
Diagnosis of Eating Disorders in Primary Care
American Family Physician
15 janvier 2003, volume 67, numéro 2
- [13] Chambaud-Peycher C, Doyen C, Mouren-Simeoni MC
Anorexie mentale et situations psychosociales anormales
Annales de psychiatrie
ISSN : 0768-7559 CODEN : ANPSEM
2000, volume 15, numéro 3, p. 200-213 (51 ref.)
- [14] Bryant-Waugh Rachel J, Lask Bryan D, Shafran Rosamund L, Fosson Abe R
Do doctors recognize eating disorders in children ?
Archives of Disease in Childhood
1992 ; volume 67, p. 103-105
- [15] Anorexie mentale : prise en charge
Recommandations validées par le Collège de la Haute Autorité de Santé en juin 2010
Travail réalisé par l'AFDAS-TCA
(Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées des
Troubles du Comportement Alimentaire)
Avec la participation de l'Inserm
- téléchargeable sur <http://www.anorexiéboulimie-afdass.fr/>
- et sur : <http://www.has-sante.fr>
- [16] Cook-Darzens Solange
Les familles face à l'anorexie
La santé de l'homme
Mars-Avril 2008, numéro 394, p. 35-36

- [17] Laporte L, Marcoux V, Guttman HA
Caractéristiques des familles de femmes présentant un trouble d'anorexie mentale restrictive comparées à celles de familles témoins
L' Encéphale
ISSN : 0013-7006 CODEN : ENCEAN
2001, volume 27, numéro 2, p. 109-119 (53 ref.)
- [18] Dufresne Marie-Dominique
Les facteurs familiaux de l'anorexie mentale
Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine, Lille 2, soutenue le 28 juin 2001
- [19] Sullivan PF
Mortality in anorexia nervosa
American Journal of Psychiatry
1995, volume 152, p. 1073-1074
- [20] Chevalier Bénédicte
Evolution à court terme de l'anorexie mentale : résultants d'une enquête portant sur 193 cas des 2 sexes
Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine, Lille 2, soutenue le 12 juin 1981
- [21] Alvin Patrick
Anorexies et boulimies à l'adolescence
Editions Doin, Collection Conduites, 3e édition
p. 107 : hospitalisation dans l'anorexie mentale
p. 26 : complications de l'anorexie mentale
- [22] Brihaye Abadie I, De Tournemire R, Alvin P
Anorexie mentale : conséquences sur la croissance et la minéralisation osseuse
Archives de Pédiatrie
Septembre 2003, volume 10, numéro 9, p. 836-840
- [23] Trombetti A, Richertn R, Rizzoli R
Anorexie mentale et ses conséquences osseuses : une prise en charge difficile
Revue Médicale Suisse
13 juin 2007, numéro 115, article numéro 32332
- [24] Legroux-Gerot Isabelle, Vignau Jean, Collier Francis, Cortet Bernard
Retentissement osseux de l'anorexie mentale
Revue du Rhumatisme
Décembre 2005, volume 72, numéro 12, p. 1256-1262

- [25] Lupoglazoff JM, Berkane N, Denjoy I, Maillard G, Leheuzey MF, Mouren-Simeoni MC, Casasoprana A
Conséquences cardiaques de l'anorexie mentale de l'adolescence
Archives des maladies du cœur et des vaisseaux
ISSN : 0003-9683 CODEN : AMCVAN
2001, volume 94, numéro 5, p. 494-498 (17 ref.)
- [26] Déchelotte Pierre, Grigioni Sébastien, Fetissov Serguei
Conséquences digestives de l'anorexie mentale
Nutrition Clinique et Métabolisme
Décembre 2007, volume 21, numéro 4, p. 166-171
- [27] Rautou PE, Cazals-Hatem D, Francoz C, Guelfi JD, Melchior JC, Bernuau J, Valla D, Durand F
L'anorexie mentale : une cause inhabituelle d'insuffisance hépatique aiguë
Gastroentérologie Clinique et Biologique
Août 2005, volume 29, numéros 8-9
- [28] Guidoum M, Crenn P, Cournède N, De Truchis P, Melchior JC
Cytolyse hépatique au cours des dénutritions sévères chez les patients atteints d'anorexie mentale
Nutrition Clinique et Métabolisme
Novembre 2007, volume 21, supplément 2, p. 64-65
- [29] Findlay S, Pinzon J, Taddeo D, Katzman DK
Le traitement familial des enfants et des adolescents anorexiques : des lignes directrices pour le médecin communautaire
Paediatric Child Health
2010, volume 15, numéro 1, p. 36-40
Numéro de référence : AH10-01
- [30] Pamela M, Williams, Goodie Jeffrey, Motsinger Charles D
Treating Eating Disorders in Primary Care
American Family Physician,
Janvier 2008, volume 77, numéro 2, p. 187–195, 196–197
- [31] Attia E, Mayer L, Killory E
Medication response in the treatment of patients with anorexia nervosa
Journal of Psychiatric Practice
2001, volume 7, p. 157-162
- [32] Faustin Laurence
L'anorexie mentale : aspects physiopathologiques et thérapeutiques
Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Pharmacie, Lille 2,
soutenue le 21 février 1992

- [33] Mehler Philip S.
Diagnosis and Care of Patients with Anorexia Nervosa in Primary Care Settings
Annals of Internal Medicine
5 juin 2001, volume 134, numéro 11, p. 1048 - 1059
- [34] Venisse JL, Mammar N
Un exemple de prise en charge ambulatoire des anorexies difficiles : l'anorexie
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence
ISSN : 0222-9617 CODEN : NEADDF
1999, volume 47, numéros 7-8, p. 330-333 (4 ref.)
- [35] Le Heuzey MF
Faut-il encore isoler les jeunes anorexiques mentales ?
Annales médico-psychologiques
Mai 2002, volume 160, numéro 4, p. 327-331
- [36] Russell GF, Sz mukler GI, Dare C, Eisler I
An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa
Archives of General Psychiatry
1987, volume 44, numéro 12, p. 1047-1056
- [37] Londres : National Institute of Clinical Excellence
Eating disorders : core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders
2004
- [38] Maltese MT, Halfon O
Réflexions sur les interactions familiales dans l'anorexie mentale
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence
ISSN : 0222-9617 CODEN : NEADDF
1990, volume 38, numéros 8-9, p. 470-478 (9 ref.)
- [39] Cook-Darzens Solange et al.
Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique
Thérapie Familiale
Mars 2005, volume 26, p. 223-245.
- [40] Doyen Catherine, Asch Muriel
Troubles des conduites alimentaires de l'enfant et du préadolescent
La Revue du praticien
ISSN : 0035-2640 CODEN : REPRA3
2008, volume 58, numéro 2, p.. 173-176 (8 ref.)

- [41] Guisseau-Gohier Mickaëlle, Grall-Bronnec Marie, Lambert Sylvain, Venisse Jean-Luc
Pertinence des contrats de soin dans le traitement de l'anorexie mentale
Information psychiatrique
ISSN : 0020-0204 CODEN : IPSYBI
2007, volume 83, numéro 5, p. 389-395 (23 ref.)
- [42] Miján de la Torre A, Pérez-García A, Martín de la Torre E, de Mateo Silleras B
Is an integral nutritional approach to eating disorders feasible in primary care ?
US National Library of Medicine
British Journal of Nutrition
Août 2006, volume 96, supplément 1, S82-5
- [43] Kreipe RE, Yussman SM
The role of the primary care practitioner in the treatment of eating disorders
US National Library of Medicine
Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine
Février 2003, volume 14, numéro 1, p. 133-47.
- [44] Mehler PS
Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care settings
US National Library of Medicine
Annals of Internal Medicine
5 Juin 2001, volume 134 numéro 11, p. 1048-1059

Page d'après : **Quatrième de couverture**

AUTEUR : Marc DOUCET

Date de soutenance : 16 février 2011

Titre de la Thèse : Modalités de prise en charge de l'anorexie mentale restrictive pure : enquête rétrospective auprès de 545 médecins généralistes exerçant en cabinet de ville dans le bassin lillois.

Thèse, Médecine, Lille, 2011

Cadre de classement : Médecine Générale

Mots-clés : enquête, anorexie mentale, prise en charge, thérapeutique, médecine générale, soins primaires

Résumé

Contexte : Dans la population du monde occidental, les troubles alimentaires prennent insidieusement les proportions d'une épidémie. Ils constituent un défi pour les secteurs de soins en général et de la santé mentale en particulier.

La prise en charge s'avère très difficile, y compris pour les spécialistes.

Le médecin généraliste exerçant en cabinet de ville a un rôle très important, puisqu'il est chargé d'en établir le diagnostic, d'en traiter les complications, de proposer un suivi ambulatoire, en réseau de soins, ou hospitalier.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective, qualitative. Un questionnaire standardisé a été construit, validé puis envoyé par voie postale à 545 médecins généralistes exerçant dans le bassin Lillois. Ces questionnaires (sous forme de QCM avec quelques questions à réponses ouvertes) portent sur la pratique concernant la prise en charge de l'anorexie mentale par les praticiens interrogés. Tous les questionnaires retournés ont été pris en compte, de fin janvier 2010 à fin avril 2010.

Résultats : 296 questionnaires (soit 54,3%) ont été retournés. Leur analyse exprime clairement des difficultés et des divergences de point de vue au sujet de la prise en charge de l'anorexie mentale restrictive ; et beaucoup de répondants estiment nécessaire une meilleure formation et une meilleure connaissance des réseaux de prise en charge. Ainsi, 80,55% des répondants estiment que cette pathologie est difficile à prendre en charge, 78,48% sont prêts à participer à au moins un séminaire de formation médicale continue. Seulement 14,29% des médecins interrogés connaissent l'existence du réseau « Troubles du Comportement Alimentaires Nord Pas-de-Calais ».

Conclusion : Cette thèse démontre clairement les difficultés de prise en charge de l'anorexie mentale par les médecins généralistes exerçant en cabinet de ville, et met en évidence un besoin de formation au sujet de cette pathologie.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Michel GOUDEMAND

Asseseurs : Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET
Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN
Monsieur le Professeur Vincent DODIN
Monsieur le Docteur Jean VIGNAU
Madame le Docteur Pascale GRONNIER

Directeur de thèse : Madame le Docteur Pascale GRONNIER

Adresse de l'auteur : 3 chemin des Meuniers, 62490 VITRY-EN-ARTOIS
doucetmarc80 -@- gmail.com

Tranche imprimée :

LILLE 2010	TITRE.....	Marc DOUCET
-------------------	-------------------	--------------------

Titre :

Modalités de prise en charge de l'anorexie mentale restrictive pure :
enquête auprès de 545 médecins généralistes exerçant en cabinet de ville dans le bassin lillois