

Évaluation des pratiques professionnelles de repérage de l'anorexie mentale face à une aménorrhée secondaire : une enquête déclarative

Déborah Cohendet

▶ **To cite this version:**

Déborah Cohendet. Évaluation des pratiques professionnelles de repérage de l'anorexie mentale face à une aménorrhée secondaire : une enquête déclarative. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03321448

HAL Id: dumas-03321448

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03321448

Submitted on 17 Aug 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de l'archive ouverte DUMAS (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

U.F.R. DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DE REPÉRAGE DE L'ANOREXIE MENTALE FACE À UNE AMÉNORRHÉE SECONDAIRE : UNE ENQUÊTE DÉCLARATIVE

SURVEY OF PROFESSIONNAL PRATICES FOR IDENTIFYING ANOREXIA NERVOSA IN FRONT OF SECONDARY AMENORRHEA: A DECLARATIVE SURVEY

Par : COHENDET Déborah

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 14 juin 2021

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

2021

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

U.F.R. DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DE REPÉRAGE DE L'ANOREXIE MENTALE FACE À UNE AMÉNORRHÉE SECONDAIRE : UNE ENQUÊTE DÉCLARATIVE

SURVEY OF PROFESSIONNAL PRATICES FOR IDENTIFYING ANOREXIA NERVOSA IN FRONT OF SECONDARY AMENORRHEA: A DECLARATIVE SURVEY

Par : COHENDET Déborah

[Données à caractère personnel]

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

[Données à caractère personnel]

2021

Résumé et mots clés

Objectifs

Décrire les pratiques de repérage de l'anorexie mentale chez une patiente présentant une aménorrhée secondaire et un IMC bas.

Méthodes

Étude épidémiologique observationnelle descriptive multicentrique menée sous la forme d'une enquête de pratiques professionnelles à l'aide d'auto-questionnaire auprès des médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes du milieu hospitalier ou libéral. La durée de l'étude était de 5 mois.

Résultats

Les professionnels investiguaient un hypogonadisme hypogonadotrope tout en éliminant les diagnostics différentiels de l'aménorrhée secondaire. Ils recherchaient dans l'interrogatoire des indices pouvant orienter le diagnostic vers une anorexie mentale.

Conclusion

Le diagnostic d'anorexie mentale peut se faire à partir de l'examen clinique et de l'interrogatoire, mais aussi avec la confirmation d'un hypogonadisme hypogonadotrope. Le manque de référentiel sur le repérage de l'anorexie mentale met en difficulté les professionnels pour faire le diagnostic.

Mots clés

Anorexie mentale / aménorrhée secondaire

Abstract and key words

Objectives

Describe spotting practices of anorexia nervosa in a patient with secondary amenorrhea and low BMI.

Methods

Epidemiological observational descriptive multicentric study conducted in the form of survey of professional practices using self-questionnaire among general practitioners, gynecologists and midwives in hospitals and private practice. The duration of the study was 5 months.

Results

Professionals searched an hypogonadotrophic hypogonadism while eliminating differential diagnoses of secondary amenorrhea. They looked for clues in the interview that could point to the diagnosis of anorexia nervosa.

Conclusion

The diagnosis of anorexia nervosa can be done from the clinical examination and the questioning, but also using confirmation of an hypogonadotrophic hypogonadism. The lack of framework for identifying anorexia nervosa makes it difficult for professionals to make the diagnosis.

Key words

Anorexia nervosa / secondary amenorrhea

Remerciements

Je remercie les membres du Jury :

- Président du jury (SFE) : Mr Lionel CURTO, Sage-femme, enseignant au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes

- Co-Président du jury (Médecin invité) : Dr Yoann GABOREAU, Médecin généraliste, MCU au Département de Médecine Générale, Université Grenoble-Alpes

- Sage-femme invité : Mr Laurent GAUCHER, Sage-femme aux Hospices Civils de Lyon

- Sage-femme co-directrice : Mme Claire BAUDON, Sage-femme, enseignante au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes

- Directrice : Dr Marine CHOBERT-BAKOULINE, Médecin endocrinologue au centre de référence des troubles du comportement alimentaire au CHU de Grenoble

Je remercie plus particulièrement :

- Dr Marine CHOBERT-BAKOULINE, Médecin endocrinologue au centre de référence des troubles du comportement alimentaire au CHU de Grenoble, Directrice de ce mémoire ;

Pour son implication, sa disponibilité et sa patience mais également pour son expertise, ses explications et ses conseils avisés qui ont contribué à alimenter ma réflexion ;

- Mme Claire BAUDON, Sage-femme, enseignante au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes, Co-Directrice du mémoire ;

Pour son aide, sa disponibilité, ses conseils et critiques qui ont guidé ma réflexion ;

- Mes amies de promotion : Mandy, Carolane, Eline, Elise, Elisa

Pour leur soutien, leur motivation, leur humour et leur bonne humeur indispensables durant cette année.

TABLE DES MATIERES

RESUME ET MOTS CLES 2

OBJECTIFS 2

METHODES 2

RESULTATS 2

CONCLUSION 2

ABSTRACT AND KEY WORDS 3

OBJECTIVES 3

METHODS 3

RESULTS 3

CONCLUSION 3

KEY WORDS 3

REMERCIEMENTS 4

ABREVIATIONS 10

INTRODUCTION 11

POPULATION (MATERIEL) ET METHODES 14

SCHEMA DE L'ETUDE 14

POPULATION ETUDIEE 14

RECUEIL DE DONNEES 15

CRITERES DE JUGEMENT 16

1 - Objectif principal 16

2 – Objectifs secondaires *17*

QUESTIONNAIRE (CF ANNEXE I) 17

METHODES DE TRAITEMENT STATISTIQUE DES DONNEES 18

RESULTATS 19

TAUX DE REPONSE 20

DESCRIPTION DE LA POPULATION 20

OBJECTIF PRINCIPAL 21

OBJECTIFS SECONDAIRES 24

1 – Thèmes abordés dans l'interrogatoire *24*

2 – Questions personnelles ou questionnaires standardisés (ou scores) *25*

3 – Orientation de la patiente *26*

4 – Situation vécue *27*

5 – Auto-évaluation sur l'anorexie mentale *28*

6 – Auto-évaluation sur les différences entre l'anorexie mentale et la maigreur constitutionnelle *29*

7 – Souhait – ou non – de recommandations *29*

DISCUSSION 30

LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE 30

COMPARAISON DES RESULTATS AVEC DES ETUDES PUBLIEES 32

CONCLUSION 42

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 43

ANNEXES **46**

ANNEXE I – AUTO-QUESTIONNAIRE AUX PROFESSIONNELS EFFECTUE EN LIGNE. 46

ANNEXE II – REPARTITION DES PROFESSIONNELS AYANT PARTICIPE A L'ETUDE. 47

ANNEXE III – BILANS PRESCRITS EN PREMIERE INTENTION FACE A UNE PATIENTE PRESENTANT UNE AMENORRHEE SECONDAIRE ET UN IMC BAS (< 17,5 KG/M²) PAR MODE D'EXERCICE. 48

ANNEXE IV – BILANS PRESCRITS A LA RECHERCHE D'UN HYPOGONADISME HYPOGONADOTROPE PAR MODE D'EXERCICE. ..... **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

ANNEXE V – THEMES ABORDES LORS DE LA CONSULTATION PAR MODE D'EXERCICE. 50

ANNEXE VI – OBJECTIFS SECONDAIRES PAR CATEGORIE PROFESSIONNELLE. 50

ANNEXE VII – OBJECTIFS SECONDAIRES PAR MODE D'EXERCICE. 51

ANNEXE VIII – ORIENTATION DE LA PATIENTE PAR MODE D'EXERCICE 51

ANNEXE IX – AUTO-EVALUATION DES CONNAISSANCES SUR L'ANOREXIE MENTALE PAR MODE D'EXERCICE. 52

ANNEXE X – SCORE SCOFF. 52

RESUME ET MOTS CLES **53**

OBJECTIFS 53

METHODES 53

RESULTATS 53

CONCLUSION 53

ABSTRACT AND KEY WORDS **54**

OBJECTIVES 54

METHODS 54

RESULTS.....54

CONCLUSION.....54

KEY WORDS.....54

Abréviations

DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

FSH : Hormone folliculostimulante (de l'anglais follicle stimulating hormone)

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de masse corporelle

LH : Hormone lutéinisante (de l'anglais luteinizing hormone)

NFS : Numération formule sanguine

PMA : Procréation médicalement assistée

SFE : Société Française d'Endocrinologie

Introduction

Dans notre société occidentale, l'image du corps humain est idéalisée par les différents médias et réseaux sociaux. L'image renvoyée est celle d'un corps svelte, tonique et athlétique. Une exposition excessive à une vision idéalisée du corps humain peut engendrer une altération de la confiance en soi, voire même être une porte d'entrée dans les troubles du comportement alimentaire. Parmi ces troubles, l'un des plus connus est l'anorexie mentale. L'anorexie mentale est définie comme étant une pathologie psychiatrique associant notamment une restriction et sélectivité alimentaire à une altération de l'image corporelle (1). Cette pathologie touche principalement les femmes avec un sex-ratio de 9 femmes pour 10 personnes. La prévalence est estimée à environ 0,3% des femmes en âge de procréer (15 à 35 ans) (2)(3). L'anorexie mentale est l'une des pathologies psychiatriques qui tue le plus, le taux de suicide étant élevé, ajouté à une mortalité importante liée aux complications somatiques (4).

Les effets de l'anorexie mentale sur le corps sont nombreux, les plus graves en situation aiguë étant les troubles métaboliques (5) (hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypoglycémie) et la dénutrition qui peuvent dans les cas extrêmes entrainer un décès brutal. Un déficit nutritionnel chronique peut également engendrer de l'ostéoporose, des infections aiguës graves, ou chroniques (6). Une autre complication d'une restriction énergétique chronique est une altération de la fonction ovulatoire et donc de la fertilité (7). En plus des altérations physiques que peut entrainer la restriction et la sélectivité alimentaire, la présence de comorbidités psychiatriques est très importante dans la population anorexique. Il s'agit principalement de troubles de l'humeur et de troubles anxieux (8). L'anorexie mentale est une maladie psychiatrique avec des atteintes

systémiques globales. Il semble évident, pour des raisons de santé et de sécurité du patient, de dépister au plus tôt ce trouble du comportement alimentaire afin d'en limiter les répercussions cliniques.

Le premier axe hormonal sensible à une dénutrition chronique est l'axe gonadotrope, qui est précocement mis en veille par l'organisme, afin de privilégier les fonctions vitales (7). Néanmoins, l'apparition d'une aménorrhée secondaire peut être un signe d'appel précoce montrant que le corps est en train de s'adapter à ce déficit énergétique. Les autres axes hormonaux peuvent ensuite être affectés à leur tour si le déficit énergétique persiste et avoir des répercussions vitales pour le patient. Ainsi la présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophysaire (9) tels qu'une élévation du cortisol, une baisse de l'IGF-1 et une insuffisance thyréotrope doivent faire suspecter une anorexie mentale si la patiente présente un indice de masse corporelle (IMC) <17,5 kg/m² et une aménorrhée secondaire ou de troubles de la fertilité. (*Pour rappel*) Chez une femme post-pubère, l'aménorrhée secondaire étant définie par une absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (10)(11). C'est pourquoi, après avoir éliminé tout autre diagnostic (10)(12) pouvant expliquer une aménorrhée secondaire (ex : grossesse, adénome…), il faut savoir penser à une anorexie mentale surtout si elle est associée à un IMC diminué ou faible (<17,5 kg/m²).

Ces femmes peuvent être amenées à consulter différents professionnels de santé pour cette aménorrhée secondaire, tels qu'un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme. Il est donc important que ces professionnels soient en mesure de repérer les premiers signes d'une anorexie mentale. Au moment où cette étude a été menée, il n'existait pas de recommandation sur le repérage de l'anorexie mentale, seulement sur sa prise en charge.

Nous avons souhaité mener une étude auprès de ces professionnels de santé visant à décrire les différents moyens de repérage de l'anorexie mentale employés par les praticiens face à une patiente consultant pour aménorrhée secondaire et ayant un IMC faible (<17,5 kg/m²). L'objectif principal de notre étude est de décrire les pratiques de repérage de l'anorexie mentale face à une patiente présentant une aménorrhée secondaire associée à un IMC bas (< 17,5 kg/m²). Les objectifs secondaires sont de décrire les sujets abordés et les questions orientant l'examen clinique des praticiens (ex : l'hyperactivité physique de la patiente, le sentiment de dépression ou d'anxiété, les questions pour rechercher une anorexie mentale) ; d'observer la connaissance d'outils de repérage existants (ex : questionnaires standardisés) ; d'évaluer leurs besoins – ou non – de recommandations sur le repérage de l'anorexie mentale chez les patientes présentant une aménorrhée secondaire ; et enfin, d'observer les connaissances (notamment concernant la maigreur constitutionnelle) des professionnels de santé parmi les réponses obtenues.

Population (Matériel) et Méthodes

Schéma de l'étude

Cette étude était une étude épidémiologique observationnelle descriptive n'impliquant pas la personne humaine menée sous la forme d'une enquête de pratiques professionnelles. Elle était conduite de façon multicentrique au sein de l'Hôpital Couple Enfant (38700 La Tronche), du Centre Hospitalier Métropole Savoie (73000 Chambéry), du Centre Hospitalier Annecy-Genevois (74370 Epagny-Metz-Tessy), du Centre Hospitalier Alpes Léman (74130 Contamines-sur-Arve). Nous avions également réalisé cette enquête auprès de professionnels libéraux. La durée était de 5 mois, du 1er septembre 2020 au 15 février 2021.

Population étudiée

La population de cette étude était les professionnels de santé pouvant être contactés par des femmes jeunes dans le contexte d'une aménorrhée secondaire. Étaient éligibles les professionnels de santé pouvant être amenés à recevoir dans le cadre de consultations gynécologiques (suivi classique, orthogénie ou planning familial) ou lors de consultations de procréation médicalement assistée (PMA), des femmes jeunes en âge de procréer, c'est-à-dire les médecins gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes en activité, quel que soit le mode d'exercice (libéral ou hospitalier). Nous avions exclu les professionnels ne réalisant pas de consultations gynécologiques classiques ou de PMA, c'est-à-dire : les sages-femmes hospitalières n'exerçant qu'en salle de naissances ou suites de couches ; les gynécologues spécialistes de pathologies cancéreuses ; les

médecins généralistes ne pratiquant pas de suivi gynécologique. Les professionnels retraités étaient également exclus, tout comme les internes.

Recueil de données

Les données ont été recueillies auprès des professionnels de santé volontaires par le biais d'un auto-questionnaire en ligne et traitées de façon anonyme. Concernant les professionnels des établissements de santé ; un premier contact avait été établi début septembre 2020 avec les cadres et chefs de service pour avoir leur accord et diffuser le questionnaire à leurs collègues. Celui-ci avait été envoyé sur les adresses électroniques des différents professionnels.

Concernant les professionnels libéraux : ils avaient été contactés de façon aléatoire à partir de l'annuaire disponible sur le site de leurs Ordres respectifs pour les trois professions. Les questionnaires ont été envoyés à tous ces professionnels libéraux par l'intermédiaire de leur adresse électronique professionnelle disponible sur les sites des ordres. Certains professionnels libéraux avaient été contactés par le secrétariat d'une structure privée où ils exerçaient.

Une relance avait été effectuée pour tous le 18 janvier 2021. La fermeture du questionnaire s'était faite le 15 février 2021. Les logiciels utilisés pour diffuser le questionnaire (Annexe I) auprès des professionnels étaient Google Forms et LimeSurvey.

Critères de jugement

1 - Objectif principal

Concernant l'objectif principal, qui était de décrire les pratiques de repérage de l'anorexie mentale chez une patiente présentant une aménorrhée secondaire associée à un IMC bas (< 17,5 kg/m²), nous avions défini la prescription d'examens paracliniques comme étant notre critère de jugement principal. Le but étant d'observer l'ensemble des examens paracliniques prescrits par les professionnels pour savoir si l'anorexie mentale était à l'origine de l'aménorrhée secondaire lorsqu'elle était associée à un IMC bas (< 17,5 kg/m²).

Dans les examens proposés, il y avait une numération formule sanguine (NFS), un bilan hépatique (ASAT/ALAT), un ionogramme, un bilan d'hypogonadisme hypogonadotrope, l'IGF-1 et un bilan thyroïdien (T3-T4-TSH). Puis il était proposé d'investiguer un hypogonadisme hypogonadotrope. Les bilans proposés étaient l'hormone lutéinisante (LH), l'hormone folliculostimulante (FSH), l'œstradiol, la 17-OH-progestérone, la prolactine, la testostérone, la β-HCG, un bilan thyroïdien (T3-T4-TSH), l'IGF-1 et une ostéodensitométrie.

L'hypogonadisme hypogonadotrope (13)(14) est un déficit gonadotrope défini par une synthèse insuffisante des hormones sexuelles due à une diminution de la sécrétion des gonadotrophines LH et FSH. Le diagnostic de l'hypogonadisme hypogonadotrope comprend le diagnostic de l'hypogonadisme et la preuve que celui-ci est dû à un déficit gonadotrope.

Les variables pour l'objectif principal étaient quantitatives et étaient décrites par effectifs, pourcentages et texte libre.

2 – Objectifs secondaires

Plusieurs objectifs secondaires étaient définis dans cette étude. Pour y répondre, les critères de jugement sont : la description des sujets abordés par les praticiens lors de l'interrogatoire ; les connaissances d'outils de repérage (ex : questionnaires standardisés) et les questions éventuellement posées ; les connaissances sur les différences entre l'anorexie mentale et la maigreur constitutionnelle ; une auto-évaluation des connaissances sur l'anorexie mentale ; le souhait – ou non – de recommandations sur le repérage de l'anorexie mentale.

Les variables par rapport à ces objectifs étaient quantitatives et étaient décrites par effectifs, pourcentages et texte libre. Pour l'auto-évaluation des connaissances sur l'anorexie mentale, nous avions défini une échelle numérique allant de 0 à 10. Les variables par rapport à cet objectif étaient quantitatives. L'échelle numérique permettant de décrire une moyenne, une médiane, un étendu, un écart-type, des effectifs et des pourcentages.

Questionnaire (cf Annexe I)

Après avoir demandé le type de profession et le mode d'exercice, une situation était mise en introduction du questionnaire : une jeune femme venant pour aménorrhée secondaire avec un IMC faible (< 17,5 kg/m²). Ensuite, il y avait une série de neuf questions. Les questions étaient à choix

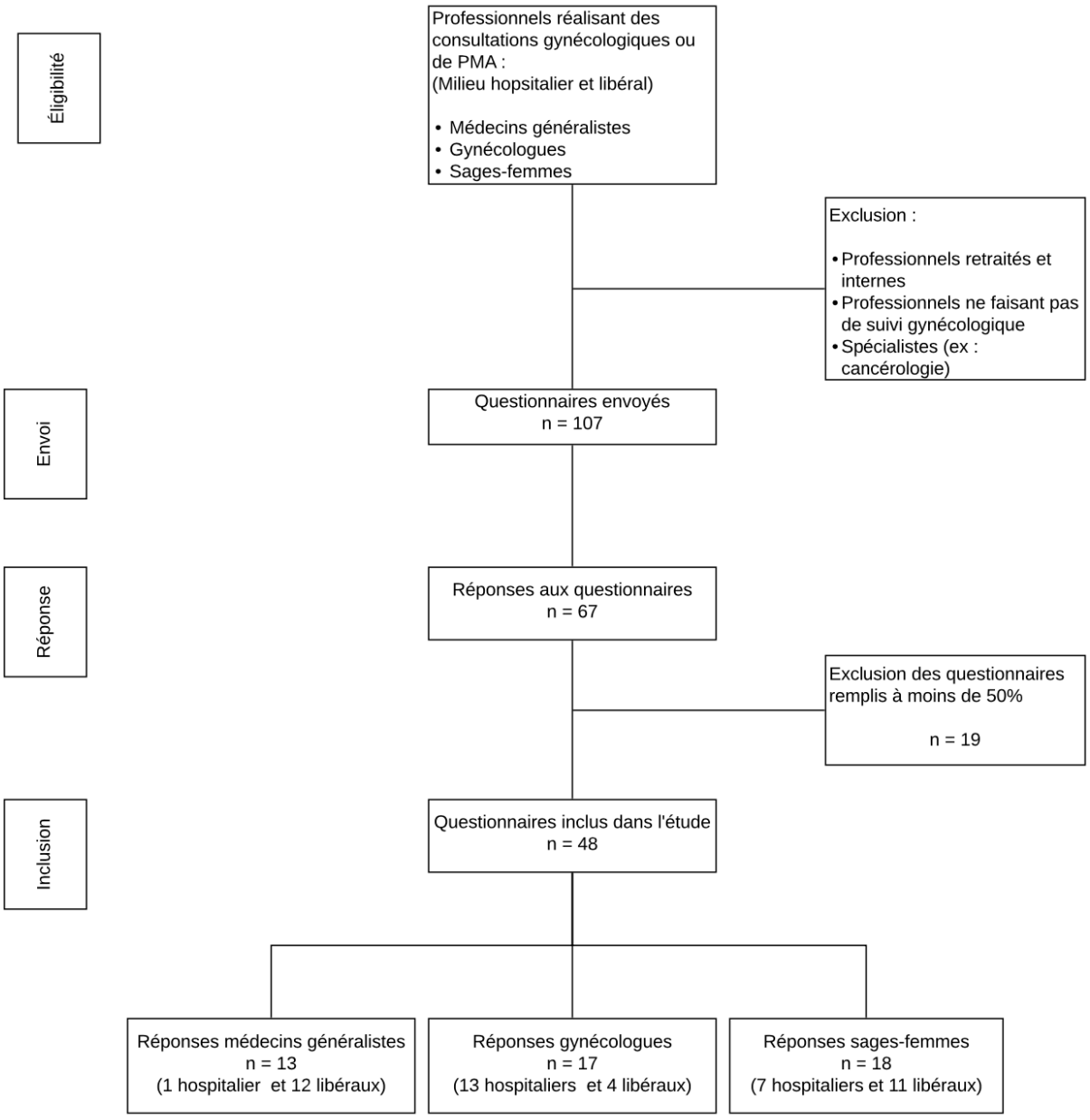
multiple et une possibilité de réponse ouverte avec un texte libre. Les questions étaient orientées sur l'interrogatoire des praticiens, la prescription d'examens paracliniques, l'orientation de la patiente, l'auto-évaluation des connaissances sur l'anorexie mentale et le souhait – ou non – de recommandation sur le repérage de l'anorexie mentale.

Méthodes de traitement statistique des données

Le traitement statistique des données était réalisé avec le logiciel R4Web. Pour les méthodes utilisées, le caractère observationnel et descriptif de l'étude justifiait l'utilisation d'effectifs et de pourcentages pour une grande partie des réponses obtenues. La moyenne, médiane, écart-type, étendu étaient utilisés afin de réaliser un box-plot éclaté.

Résultats

Figure 1 – Flowchart d'inclusion



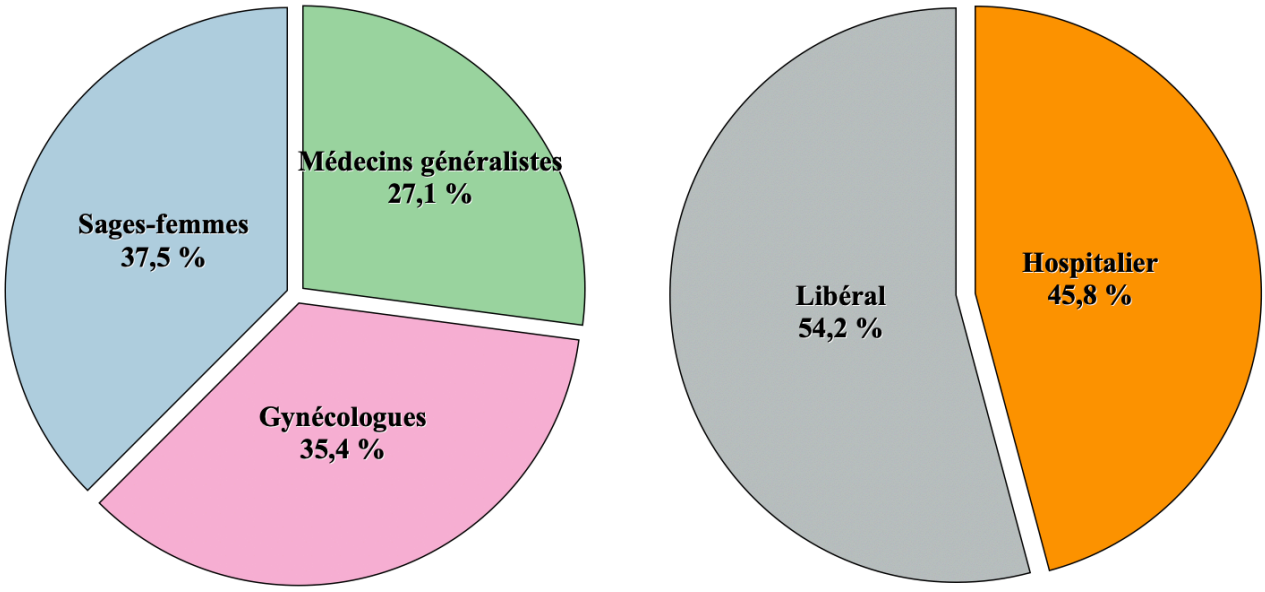
Taux de réponse

Les questionnaires inclus dans l'étude sont ceux qui ont été remplis à plus de 50% répondant ainsi à l'objectif principal. Entre septembre 2020 et janvier 2021, 107 professionnels ont été contactés. Dans un premier temps, nous avons obtenu 49 réponses, dont 12 questionnaires remplis à moins de 50%, soit 37 questionnaires valides. Après une relance effectuée mi-janvier, 18 questionnaires ont été remplis, dont 7 à moins de 50% soit 11 questionnaires valides. Avant l'exclusion des questionnaires non exploitables, le taux de réponse initial est de 62,6% dont 17,7% inexploitables. Le taux de réponse final correspondant aux questionnaires exploitables est de 44,9%.

Description de la population

La population de cette étude était les professionnels réalisant des consultations gynécologiques ou de PMA. Au total, 107 professionnels ont été contactés, et finalement 48 ont été inclus dans l'étude.

Figure 2 – Répartition des professionnels ayant participé à l'étude. (cf Annexe II)



Objectif principal

Les bilans prescrits par plus de 50% des professionnels interrogés étaient une NFS (68,7%), un bilan hépatique avec ASAT/ALAT (54,2%), un bilan d'hypogonadisme hypogonadotrope (62,5%), un ionogramme (75%) et un bilan thyroïdien (58,4%). L'IGF-1 était prescrit par 4,2% des professionnels. Parmi les réponses en texte libre, 27% des professionnels ont proposés d'autres examens comme les β-HCG, la prolactine, la ferritinémie, la CRP, l'albuminémie et la GH. Le tableau I montre la répartition des bilans prescrits en fonction de la profession.

Tableau I – Bilans prescrits en première intention face à une patiente présentant une aménorrhée secondaire et un IMC bas (< 17,5 kg/m²) par catégorie professionnelle.

	NFS	ASAT ALAT	Bilan hypo-gonadisme hypogo-nadotrope	Iono-gramme	IGF-1	T3-T4 TSH	Autres bilans
Médecins généralistes n (%)	12 (92,3)	12 (92,3)	7 (53,8)	11 (84,6)	1 (7,7)	8 (61,5)	4 (30,8)
Médecins gynécologues n (%)	10 (58,8)	8 (47.1)	13 (76,5)	11 (64,7)	1 (5,9)	9 (52,9)	4 (23,5)
Sages-femmes n (%)	11 (61,1)	6 (33,3)	10 (55,6)	14 (77,8)	0 (0)	11 (61,1)	5 (27,8)
Total n (%)	33 (68,7)	26 (54,2)	30 (62,5)	36 (75)	2 (4,2)	28 (58,4)	13 (27)

n = effectif, (%) pourcentage, manquants = 0

Les résultats en fonction du mode d'exercice ne sont pas présentés ici (cf Annexe III).

Les bilans prescrits pour investiguer un hypogonadisme hypogonadotrope étaient principalement la FSH, l'œstradiol (89,6%), la LH (81,2%), la prolactine (66,7%), la T3-T4-TSH (62,5%), et les β-HCG (54 ,2%). Les bilans prescrits par moins de 50% des professionnels sont la 17-OH-Progestérone (45,8%), la testostérone (35,4%), l'ostéodensitométrie (4,2%) et l'IGF-1 (10,4%). Parmi les réponses en texte libre, 14,5% des professionnels ont proposés d'autres examens comme un test de stimulation à la LHRH, un « *bilan d'infertilité de base* ». Le tableau II montre la répartition des prescriptions des différents professionnels.

Tableau II – Bilans prescrits à la recherche d'un hypogonadisme hypogonadotrope par catégorie professionnelle.

	FSH - Œstradiol	17-OH-Proges-térone	Testos-térone	T3-T4-TSH	Ostéodensi-tométrie	Prolactine	LH	β -HCG	IGF-1	Autres bilans
Médecins généralistes n (%)	13 (100)	5 (38,5)	3 (23,1)	11 (84,6)	1 (7,7)	9 (69,2)	11 (84,6)	9 (69,2)	1 (7,7)	3 (23,1)
Médecins gynécologues n (%)	16 (94,1)	7 (41,2)	6 (35,3)	11 (64,7)	1 (5,9)	13 (76,5)	15 (88,2)	10 (58,8)	3 (17,6)	1 (5,9)
Sages-femmes n (%)	14 (77,8)	10 (55,6)	8 (44,4)	8 (44,4)	0 (0)	10 (55,6)	13 (72,2)	7 (38,9)	1 (5,6)	3 (16,7)
Total n (%)	43 (89,6)	22 (45,8)	17 (35,4)	30 (62,5)	2 (4,2)	32 (66,7)	39 (81,2)	26 (54,2)	5 (10,4)	7 (14,5)

n = effectif, (%) pourcentage, manquants = 0

Les résultats en fonction du mode d'exercice ne sont pas présentés ici (cf Annexe IV).

Objectifs secondaires

1 – Thèmes abordés dans l'interrogatoire

Les principaux thèmes abordés dans l'interrogatoire par les professionnels sont les variations pondérales au cours du temps et l'intensité de celles-ci (91,6%), le comportement alimentaire (avec la notion de sélectivité, de restriction alimentaire ou conduites purgatives) (89,5%), l'anxiété ou la dépression (87,5%), des difficultés relationnelles (83,3%) et l'hyperactivité physique (81,2%). L'anosmie est recherchée par 29,2% des professionnels, soit six médecins généralistes, six médecins gynécologues et deux sages-femmes. D'autres sujets ont été proposés par 24,9% des professionnels, parmi eux les sujets étaient la contraception, le risque de grossesse avec la demande d'un test de grossesse (urinaire ou sanguin), un changement de vie, des signes cliniques de dysthyroïdie, d'hyperandrogénie, ou d'adénome hypophysaire.

Tableau III - Thèmes abordés par les professionnels lors de la consultation.

	Comportement Alimentaire	Variations pondérales	Anxiété ou dépression	Difficultés relation-nelles	Hyper-activité physique	Anosmie	Autres sujets
Médecins généralistes n (%)	13 (100)	13 (100)	13 (100)	13 (100)	11 (84,6)	6 (46,2)	4 (30,8)
Médecins gynécologues n (%)	15 (88,2)	15 (88,2)	13 (76,5)	12 (70,6)	15 (88,2)	6 (35,3)	4 (23,5)
Sages-femmes n (%)	15 (83,3)	16 (88,8)	16 (88,8)	15 (83,3)	13 (72,2)	2 (11,1)	4 (22,2)
Total n (%)	43 (89,5)	44 (91,6)	42 (87,5)	40 (83,3)	39 (81,2)	14 (29,2)	12 (24,9)

n = effectif, (%) pourcentage, manquants = 0

Les résultats en fonction du mode d'exercice ne sont pas présentés ici (cf Annexe V).

2 – Questions personnelles ou questionnaires standardisés (ou scores)

Lors de l'interrogatoire, 97,9% des professionnels ont répondu qu'ils utilisaient des questions personnelles, en fonction de leur ressenti avec la patiente. Les questions étant axées sur l'apparition de l'aménorrhée secondaire, l'évolution du poids, les violences (sexuelles ou physiques), le mode de vie (sport, évènement de vie, stress). Seul un professionnel a répondu utiliser un score dans ce genre de situation, le score de Harris Benedict (15), permettant le calcul des dépenses énergétiques. Les résultats sont disponibles en annexes VI et VII.

3 – Orientation de la patiente

Pour la prise en charge de la patiente, les professionnels l'orientaient vers un endocrinologue (70,9%) ou vers un psychiatre (50%). Parmi les sages-femmes, 50% d'entre elles l'orientaient vers un gynécologue.

Tableau V - Orientation par les professionnels de la patiente.

	Orientation vers un gynéco-logue	Orientation vers un endocrino-logue	Orientation vers un nutritionniste	Orientation vers un psychiatre	Orientation vers un médecin traitant	Autres bilans
Médecins généralistes n (%)	1 (7,7)	6 (46,2)	3 (23,1)	4 (30,8)	1 (7,7)	0 (0)
Médecins gynécologues n (%)	2 (11,8)	14 (82,4)	6 (35,3)	13 (76,5)	1 (5,9)	1 (5,9)
Sages-femmes n (%)	9 (50)	14 (77,8)	2 (11,1)	7 (38,9)	5 (27,8)	1 (5,6)
Total n (%)	12 (25,1)	34 (70,9)	11 (22,9)	24 (50)	7 (14,6)	2 (4,2)

n = effectif, (%) pourcentage, manquants = 0

Les résultats en fonction du mode d'exercice ne sont pas présentés ici (cf Annexe VIII).

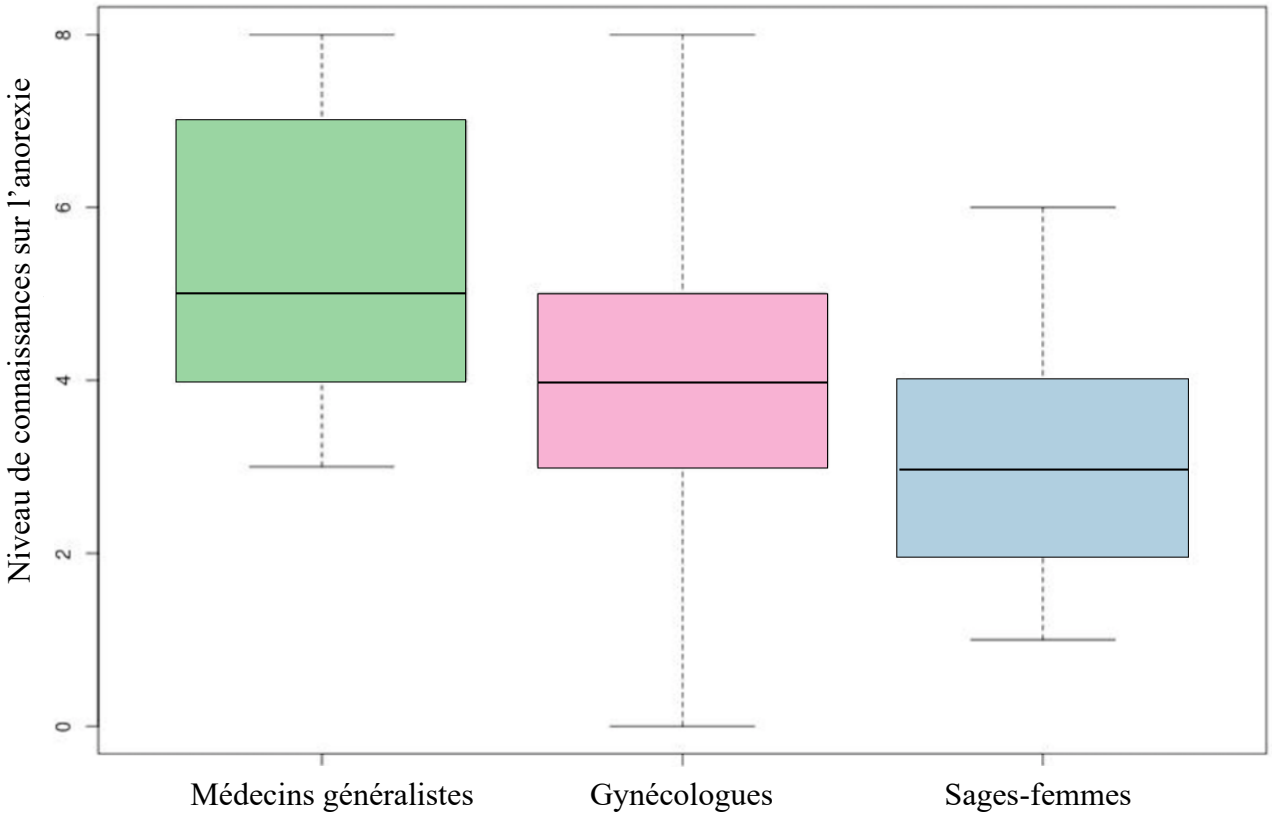
4 – Situation vécue

La moitié des professionnels ayant participé à l'étude déclaraient déjà avoir rencontré une femme jeune avec un IMC faible et une aménorrhée secondaire au cours de leur pratique. La répartition était égale entre le milieu hospitalier et le milieu libéral. Parmi les médecins généralistes ayant répondu à l'étude, 53,8% affirmaient avoir déjà vécue une situation similaire, les médecins gynécologues étaient eux 70,6% et les sages-femmes étaient 27,8% à l'affirmer également. Les résultats sont disponibles en annexes VI et VII.

5 – Auto-évaluation sur l'anorexie mentale

Les professionnels estimaient leurs connaissances sur l'anorexie mentale en moyenne à 4,2/10, soit une médiane à 4 et un écart-type à 1,9. Les notes qu'ils s'étaient attribués allaient de 0 à 8. Pour les médecins généralistes, la moyenne était à 5/10 avec 50% des notes étant comprises entre 4 et 7. Les gynécologues avait une moyenne à 4/10 avec 50% des notes étant comprises entre 3 et 5. Pour les sages-femmes, la moyenne était de 3/10 avec 50% des notes étant comprises entre 2 et 4.

Figure 3 – Auto-évaluation des connaissances sur l'anorexie mentale par les professionnels.



Un box-plot en fonction du mode d'exercice n'est pas présenté ici (cf Annexe IX).

6 – Auto-évaluation sur les différences entre l'anorexie mentale et la maigreur constitutionnelle

L'auto-évaluation des connaissances sur l'anorexie mentale portait sur la capacité du praticien à pouvoir différencier l'anorexie mentale et la maigreur constitutionnelle et une justification était demandée. Parmi les professionnels interrogés, 65,9% connaissaient la différence entre l'anorexie mentale et la maigreur constitutionnelle en justifiant leur réponse. Les médecins généralistes étaient à 76,9% capables de différencier les deux, pour les gynécologues ils étaient 70,6% et pour les sages-femmes elles étaient 50%. Dans le milieu hospitalier, la moitié des praticiens savaient faire la différence entre les deux, et en libéral ils étaient 76,9%. Parmi les justifications proposées, il y avait les courbes de poids depuis l'enfance (IMC antérieur), la relation avec la nourriture (tri, apport, lien, trouble du comportement alimentaire), la représentation de la patiente de son propre corps (notion de dysmorphophobie), un bilan biologique perturbé, un retentissement sur la vie personnelle ou professionnelle de la patiente, l'absence d'anovulation et d'aménorrhée secondaire en cas de maigreur constitutionnelle. Les résultats sont disponibles en annexes VI et VII.

7 – Souhait – ou non – de recommandations

Les praticiens de cette étude étaient 82,9% à souhaiter des recommandations sur le repérage de l'anorexie mentale en cas d'IMC bas. Ce qui représentait 69,2% des médecins généralistes, 82,4% des gynécologues et 88,9% des sages-femmes. Les résultats sont disponibles en annexes VI et VII.

Discussion

Limites et biais de l'étude

Nous avons choisi d'interroger les professionnels par un questionnaire en ligne ce qui induit un biais d'auto-sélection. Le taux de réponse final est de 44,9%, mais ces réponses ne sont pas forcément extrapolables car il est possible que ces professionnels soient mieux renseignés sur le sujet. En effet, les participants à l'étude se sentaient sûrement concernés par le sujet et ont sûrement plus répondu à l'étude. Ceci peut se voir à travers le taux de réponse initial qui était de 62,6% avant l'exclusion des questionnaires incomplets. Ce taux de réponse initial peut montrer que les professionnels qui n'étaient pas forcément intéressés par le sujet n'ont pas poursuivi le questionnaire, soit 17,7%. En contrepartie, ceux qui étaient intéressés sont allés jusqu'au bout de celui-ci. Néanmoins, il est important de prendre en compte l'environnement de travail des professionnels. Dans leur quotidien, ils sont souvent interrompus dans leurs tâches pour diverses raisons. Ceci peut être une explication concernant les questionnaires qui ont été arrêtés et jamais poursuivis. Le taux de réponse final après exclusion montre des proportions équivalentes entre les trois catégories de professionnels, ainsi que pour les modes d'exercice. De plus, en grande majorité les praticiens ayant répondu à cette étude désiraient des recommandations sur le repérage de l'anorexie mentale en cas d'aménorrhée secondaire. Ces éléments nous permettent d'affirmer que les professionnels interrogés étaient intéressés et se sentaient concernés par notre sujet.

Dans notre questionnaire, le profil des participants est également une limite. En effet, nous commencions le questionnaire par la profession et le mode d'exercice du participant. Or cela peut

laisser entendre que leur qualificatif est plus important que leur opinion sur le sujet et peut ne pas les encourager à le poursuivre. Une autre limite émerge alors, nous n'avions pas inclus dans notre questionnaire l'âge et le nombre d'années d'expérience des professionnels. Cette notion aurait été intéressante pour voir s'il existe un lien entre les professionnels qui ont déjà rencontré dans leur pratique des femmes jeunes en aménorrhée secondaire avec un IMC faible et leur âge ou leurs années d'expérience. En effet, la moitié des professionnels interrogés déclaraient avoir déjà vécu une situation similaire (femme jeune en aménorrhée secondaire et IMC bas) indépendamment du mode d'exercice. Ceci montre que cette situation est relativement fréquente, même si elle n'arrive qu'une seule fois pour un professionnel donné. Un biais éventuel est que les professionnels qui ont répondu à cette étude étaient intéressés par le sujet car ils avaient déjà vécu cette situation.

Une limite de notre questionnaire est la population présentée aux praticiens. Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) (1) et une étude sur les modifications de celui-ci évoquent une définition plus large de l'anorexie mentale, avec l'anorexie mentale atypique. (16). En effet, nous étions focalisés sur l'anorexie mentale typique, c'est-à-dire à IMC faible (inférieur à 18,5 kg/m²), et non pas à l'anorexie mentale atypique, c'est-à-dire celle chez une personne ayant une perte de poids importante (supérieure à 10%) en peu de temps mais à IMC normal. Cette limite était voulue afin de focaliser l'attention des professionnels sur l'anorexie mentale. Un axe d'amélioration de l'étude pourrait être d'inclure dans le questionnaire les anorexies mentales atypiques.

Nous nous sommes arrêtés à la description des résultats, nous n'avons pas comparé les différentes catégories de professionnels. Une évolution de cette étude pourrait être une interrogation ouverte, avec un libre champ pour des réponses ouvertes.

Nous nous sommes rendu compte *a posteriori* que les sages-femmes ne peuvent pas prescrire les examens complémentaires en cas de suspicion d'anorexie mentale comme étant à l'origine d'une aménorrhée secondaire. En cas d'aménorrhée secondaire, les sages-femmes ne peuvent prescrire que les β -HCG et une échographie pelvienne, conformément à l'article L4151-4 du Code de la santé publique (17). Néanmoins, il est intéressant de noter que les sages-femmes sont autant confrontées à la situation que les médecins généralistes ou les gynécologues. Il serait intéressant de les interroger différemment, par exemple sur leur façon d'orienter ces patientes.

Comparaison des résultats avec des études publiées

Objectif principal

Les examens prescrits par plus de la moitié des praticiens étaient ceux qui sont facilement réalisables et peu couteux. En effet ces examens (NFS, ASAT/ALAT, ionogramme, bilan thyroïdien, bilan d'hypogonadisme hypogonadotrope) sont pertinents en cas d'anorexie mentale, ce sont des examens qui peuvent étayer un diagnostic positif d'anorexie mentale. L'Haute Autorité de Santé (HAS) (4) et la Société Française d'Endocrinologie (SFE) (6) précisent qu'une NFS peut montrer une anémie par carence d'apport ou une leuconeutropénie, tout comme un bilan hépatique ou un ionogramme permettront d'évaluer la gravité de l'anorexie mentale en fonction de leur

perturbation. L'IGF-1 est une protéine pouvant être utilisée afin d'étayer un diagnostic d'anorexie mentale. En effet, une étude sur les spécificités hormonales de l'anorexie mentale (9) a montré que l'IGF-1 est parfois basse en cas d'anorexie mentale. Ces différents examens (NFS, bilan hépatique, ionogramme et IGF-1) sont des arguments qui peuvent être en faveur d'une anorexie mentale, mais ils ne permettent pas de conclure à celle-ci. Ce sont des arguments qui peuvent être utiles pour les professionnels, toujours en les mettant en lien avec l'examen clinique et l'interrogatoire de la patiente.

Si on regarde plus en détails les pratiques des différents professionnels, les médecins généralistes prescrivaient plus facilement une NFS et un bilan hépatique que les autres professionnels, les gynécologues étaient plus nombreux à proposer un bilan d'hypogonadisme hypogonadotrope. Ce qui semble cohérent avec leur pratique clinique respective. Les médecins généralistes et les sages-femmes proposent plus facilement un ionogramme que les gynécologues. Le bilan thyroïdien est proposé de façon équivalente par les trois professions.

Selon l'HAS (4), le diagnostic positif d'une anorexie mentale est essentiellement clinique, mais aussi biologique avec la mise en évidence d'un hypogonadisme hypogonadotrope expliquant l'aménorrhée secondaire (13)(18). (*Pour rappel*) L'aménorrhée secondaire est un critère diagnostique de l'anorexie mentale, comme le précise l'HAS (4) et une étude sur les changements hormonaux de l'anorexie mentale (19). L'investigation du bilan d'hypogonadisme hypogonadotrope montrait que la grande majorité des professionnels réalisaient un bilan d'hormones sexuelles : LH, FSH, œstradiol. Encore une fois ceux-ci sont facilement réalisables et peu couteux. Des études sur les modifications hormonales dans l'anorexie mentale montrent

(13)(18) qu'un hypogonadisme hypogonadotrope est affirmé quand la LH, FSH et l'œstradiol sont effondrés. Le dosage de ces hormones nous permet d'orienter l'origine de l'aménorrhée secondaire qui peut être centrale ou périphérique. D'après les recommandations de la SFE sur l'aménorrhée (10) et celles du Vidal (12), le diagnostic différentiel à éliminer est une aménorrhée secondaire d'origine périphérique, associant un effondrement de l'œstradiol et une élévation de la FSH, ou une élévation de la LH par rapport à la FSH.

Si on regarde plus en détails les pratiques des différents professionnels, tous les médecins généralistes interrogés ont souhaité doser la FSH et l'œstradiol, ainsi que 94,1% des gynécologues. 88,2% des gynécologues et 84,6% des médecins généralistes souhaitaient prescrire la LH. De façon globale, les sages-femmes étaient moins nombreuses à prescrire la FSH, l'œstradiol (77,8%) et la LH (72,2%) par rapport aux médecins (généralistes ou gynécologues). Étant dans un contexte de pathologie, les sages-femmes ne peuvent pas prescrire ces examens (17).

Les professionnels ont recherché des diagnostics différentiels à l'anorexie mentale. Parmi ceux-ci, il y a une hyperprolactinémie avec le dosage de la prolactine proposé par 66,7% des professionnels, une grossesse avec un dosage de la β-HCG demandé par 54,2% d'entre eux ou encore un bilan thyroïdien proposé par 62,5% des participants afin d'exclure une dysthyroïdie périphérique. Quarante-cinq virgule huit pour cent des professionnels ont souhaité doser la 17-OH-progestérone. D'après le référentiel des examens du CHU de Liège (20), la 17-OH-progestérone est une hormone utilisée dans la recherche de bloc surrénalien, complet ou incomplet, entraînant des signes d'hyperandrogénie clinique. Chez une femme présentant des signes d'hyperandrogénie et une aménorrhée secondaire, la 17-OH-progestérone permet le dépistage d'un bloc surrénalien

incomplet si elle est élevée. Si la 17-OH-Progestérone est normale, le diagnostic différentiel est un syndrome des ovaires polykystiques, comme le précise le site spécialiste des maladies rares Orphanet (21). Et 35,4% des participants ont également souhaité doser la testostérone, dans le but encore une fois d'écarter une hyperandrogénie qui peut provoquer une aménorrhée secondaire. Ainsi, d'après les recommandations sur l'aménorrhée du Vidal (12), la 17-OH-Progestérone et la testostérone sont adaptées en cas de signes d'hyperandrogénie lors de l'examen clinique, ce qui n'était pas précisé dans le questionnaire.

L'HAS (4) évoque l'ostéodensitométrie comme étant un examen utile dans la prise en charge de l'anorexie mentale, et non pas dans le diagnostic. Parmi les professionnels interrogés, 4,2% souhaitaient la prescrire. Cet examen cherche à montrer une anomalie de l'ostéoformation et de l'ostéoremodelage liée à une hypo-oestrogénie et une carence d'apports chronique qui a été démontré dans plusieurs études (18)(22). Cet examen a un intérêt en cas d'aménorrhée secondaire durant depuis plus de 6 mois avec IMC < 17,5 kg/m² afin d'adapter la prise en charge. Or notre questionnaire ne permet pas de savoir si ce délai de 6 mois d'aménorrhée secondaire aurait été respecté par les praticiens souhaitant réaliser une ostéodensitométrie.

L'analyse des pratiques de prescription d'examens complémentaires fait émerger une limite à notre étude. Les sages-femmes ont prescrit moins d'examens que les médecins (généralistes ou gynécologues), mais ceci est en rapport avec l'exercice de leur profession. En effet, en cas de suspicion de pathologies, les sages-femmes doivent orienter la patiente vers un médecin. Leur droit de prescription pour les examens est limité à ceux « *strictement nécessaires à l'exercice de leur profession* » selon l'article L4151-4 du Code de la santé publique (17). Il peut s'agir d'un biais de

formulation, les sages-femmes censurant leurs réponses car elles ne peuvent pas prescrire tous les examens proposés.

Grâce aux questions sur les examens prescrits pour investiguer une aménorrhée secondaire, nous avons pu observer que les professionnels gardaient en tête un esprit ouvert sur l'origine de celle-ci. Ils ne se limitaient pas seulement à l'anorexie mentale, ils recherchaient des diagnostics différentiels, ce qui est couramment fait en pratique clinique, selon les recommandations de la SFE et du Vidal (10)(12).

Objectifs secondaires

Nous avons recherché les thèmes abordés par les professionnels face à une jeune femme ayant un IMC faible et une aménorrhée secondaire. Les principaux thèmes étaient les variations pondérales au cours du temps et l'intensité de celles-ci, le comportement alimentaire (avec la notion de sélectivité, de restriction alimentaire ou de conduites purgatives), l'anxiété ou la dépression, des difficultés relationnelles et l'hyperactivité physique. Tous ces sujets sont évoqués dans le DSM-V (1) et les recommandations de l'HAS sur la prise en charge de l'anorexie mentale (4). Toutes ces questions sont pertinentes afin d'étayer le diagnostic d'anorexie mentale.

Néanmoins, ils recherchaient encore une fois d'autres causes à cette aménorrhée secondaire en dehors de l'anorexie mentale, dans une démarche d'élimination de diagnostics différentiels comme la contraception, le risque de grossesse avec la demande d'un test de grossesse (urinaire ou

sanguin), un changement de vie, des signes cliniques de dysthyroïdie, d'hyperandrogénie, ou d'adénome hypophysaire.

Une anosmie était recherchée par 29,2% des professionnels, toujours dans le but d'éliminer des diagnostics différentiels. L'anosmie permet d'éliminer le diagnostic différentiel d'hypogonadisme hypogonadotrope en dehors de l'anorexie mentale, quel que soit l'IMC de la patiente. Il s'agit du syndrome de Kallmann-De Morsier (14) qui est une maladie génétique rare du développement embryonnaire caractérisée par l'association d'un hypogonadisme hypogonadotrope par déficit en gonadolibérine (appelée GnRH ou LHRH) et d'une anosmie ou hyposmie (avec hypoplasie ou aplasie des bulbes olfactifs). L'anosmie est une notion facilement recherchée dans un contexte de procréation médicalement assistée. Néanmoins, il est intéressant de remarquer que 12 des 14 professionnels qui ont souhaité rechercher une anosmie étaient des médecins (généralistes ou gynécologues). Ici donc émerge une différence entre les professionnels en effet la formation des médecins est axée sur la pathologie et celle des sages-femmes est axée sur la physiologie. Avec le manque de médecins gynécologues dans certains secteurs géographiques, les femmes vont consulter de plus en plus de médecins généralistes ou des sages-femmes pour leur suivi gynécologique. Il parait primordial donc que cette population de professionnels soit formée sur la physiologie mais également le repérage de la pathologie gynécologique, dans notre cas l'aménorrhée secondaire due à une anorexie mentale. Comme évoqué précédemment, les sages-femmes ne possèdent pas les mêmes droits de prescription que les médecins, ainsi certains bilans ne pourront pas être prescrits, d'où l'importance de posséder un réseau d'adressage adapté, avec par exemple des centres spécialisés dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire.

L'orientation vers un autre professionnel pour la prise en charge de la patiente était proposée en grande majorité vers un endocrinologue ou un psychiatre. Les sages-femmes avaient facilement recours à leurs collègues gynécologues, ce qui est en lien avec leurs pratiques cliniques habituelles et leur devoir d'orienter les patientes en cas de découverte ou de suspicion de pathologie. L'important n'est pas la spécialisation du praticien vers lequel la sage-femme oriente la patiente, mais que la patiente entre dans un parcours de soin personnalisé. Posséder un réseau d'adressage et connaître les différents acteurs de celui-ci est primordial pour réorienter une patiente. Partout en France, il existe actuellement des centres spécialisés dans les troubles du comportement alimentaire, permettant une prise en charge multidisciplinaire des patients et personnalisée. En Isère, il s'agit du Centre de Référence des Troubles Alimentaires Arc Alpin (23). Ces centres sont accessibles à tous les professionnels, qu'ils peuvent intégrer à leur réseau d'adressage.

L'HAS (4) préconise d'utiliser le score SCOFF (24)(25), un questionnaire standardisé validé permettant d'évaluer les troubles du comportement alimentaire (cf Annexe X). Il est rapide, facilement reproductible car il comporte 5 questions. Un inconvénient est la formulation « brutale » et directe à l'anglo-saxonne des questions de celui-ci, qui peut ne pas correspondre à la formulation habituelle des professionnels dans leur pratique quotidienne. D'après notre étude les professionnels préféraient employer leurs propres questions. Bien évidemment, il est possible que les professionnels interrogés ne connaissaient pas ce score, mais il en existe d'autres. Le seul score proposé était celui de Harris Benedict (15), qui est une équation qui évalue la dépense énergétique de base d'une personne en fonction de son sexe, de son âge, de son poids et de sa taille, mais n'interroge pas la personne sur son comportement alimentaire.

L'auto-évaluation sur l'anorexie mentale montrait une grande disparité parmi les professionnels, certains étant plus à l'aise que d'autres sur l'anorexie mentale. On constate sur le box-plot (voir page 26) que les sages-femmes se sentent moins à l'aise au sujet de l'anorexie mentale que les gynécologues, eux-mêmes moins à l'aise que les médecins généralistes.

Malgré la faible prévalence de l'anorexie mentale (2) et de la maigreur constitutionnelle, une étude précise qu'il est parfois facile de faire une erreur diagnostique entre les deux (26). Les praticiens ont su pour une grande majorité d'entre eux différencier les deux à partir de leur sens clinique. Ils n'hésitent pas à se baser sur des données simples, comme les courbes de poids depuis l'enfance, ce qui est également évoqué dans une revue systématique sur la maigreur constitutionnelle permettant de la différencier de l'anorexie mentale (27). Ceci nous permet d'aborder l'intérêt de mesurer plus finement la composition corporelle (ratio masse grasse et masse musculaire) évoquée notamment dans les études sur le sujet de la maigreur constitutionnelle (26)(27)(28)(29). La composition corporelle et la masse grasse d'une personne sont à considérer dans l'histoire pondérale d'une personne, en effet une femme sportive de haut niveau peut présenter une masse grasse faible (avec un IMC dans les normes), créant une hypo-oestrogénie et ainsi une aménorrhée secondaire, sans pour autant être causée par une anorexie mentale (29). La notion de masse grasse peut entrer en compte dans les anorexies mentales atypiques (16), ce sont des anorexies mentales à IMC normal mais avec une masse grasse faible pouvant engendrer une aménorrhée secondaire. Nous n'avons pas abordé la notion de masse grasse dans le questionnaire, car elle ne faisait pas partie des objectifs de l'étude.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de recommandations sur le repérage de l'anorexie mentale en cas d'aménorrhée secondaire et d'IMC bas. D'après notre étude, les professionnels de santé souhaiteraient avoir des recommandations sur le sujet. Néanmoins, il faudrait sûrement élargir l'enquête avec une population plus importante afin de voir si autant de professionnels sont intéressés. Selon l'HAS, « *après le repérage de l'anorexie mentale, selon sa compétence et ses capacités à établir une alliance thérapeutique le médecin de premier recours peut se positionner en médecin coordinateur des différents intervenants* » (4). Le praticien qui a diagnostiqué l'anorexie mentale a réussi à créer une relation de confiance avec la patiente ce que permet de développer une alliance thérapeutique pour la suite de la prise en charge. Pour créer un climat de confiance, il est indispensable de prendre le temps lors de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Le diagnostic peut être posé en se basant uniquement sur l'interrogatoire et l'examen clinique. Certains examens complémentaires seront utiles pour évaluer l'impact et la gravité de l'anorexie mentale, mais pas indispensables à son diagnostic. Tous les professionnels interrogés dans cette étude – y compris les sages-femmes – pouvaient investiguer l'aménorrhée secondaire dans l'optique de diagnostiquer une anorexie mentale sans prescription d'examens paracliniques.

Les professionnels interrogés dans cette étude ont un rôle crucial dans le repérage de l'anorexie mentale dans un contexte d'aménorrhée secondaire et d'IMC faible. Ils vont permettre d'initier une prise en charge des patientes. L'HAS (4) précise qu'un repérage précoce permet de lancer au plus tôt une prise en charge et ainsi de favoriser une guérison précoce en limitant les complications à moyen et long terme de l'anorexie mentale (somatiques, psychiatriques et psychosociales).

Pour les objectifs de cette étude, ils ont été atteints. En effet, il s'agissait de décrire les moyens de repérage de l'anorexie mentale que les professionnels utilisaient en cas d'aménorrhée secondaire et d'IMC bas. Nous avons pu constater que les praticiens prescrivaient facilement des examens pouvant étayer le diagnostic d'anorexie mentale (NFS, bilan hépatique, ionogramme, etc…). La recherche de diagnostics différentiels était également fortement présente. Nous pouvons conclure qu'en grande majorité, les professionnels étaient en mesure d'investiguer un bilan d'hypogonadisme hypogonadotrope à l'aide des dosages de LH, FSH et œstradiol (13). Les objectifs sont remplis et plus encore, car la motivation des professionnels à en apprendre davantage sur le sujet ouvre des portes à de futures études. En effet, il serait intéressant de reconduire une étude épidémiologique de type observationnelle descriptive menée sous la forme d'une enquête de pratiques professionnelles auprès de ces mêmes catégories de professionnels, avec un questionnaire peut être plus ouvert, visant à évaluer le repérage et éventuellement le suivi et la prise en charge de l'anorexie mentale, en incluant également les anorexies mentales atypiques, c'est-à-dire une anorexie mentale à IMC normal associée à une masse grasse faible. Une comparaison des difficultés des sages-femmes et de leur limite de leurs pratiques de prescription dans le cadre de l'aménorrhée secondaire peut être une piste à explorer dans cette autre étude.

Conclusion

L'objectif de notre étude était de décrire les pratiques de repérage de l'anorexie mentale chez une patiente présentant une aménorrhée secondaire associée à un IMC bas (< 17,5 kg/m²). Nous avions défini la prescription d'examens paracliniques comme étant notre critère de jugement principal. Nous avons pu observer que les professionnels cherchaient à investiguer cette aménorrhée secondaire, en pensant à l'anorexie mentale mais également aux diagnostics différentiels.

Les éléments cliniques et anamnestiques qu'ils cherchaient à recueillir à l'interrogatoire étaient des éléments primordiaux dans le contexte de suspicion d'anorexie mentale, telles que les variations pondérales au cours du temps et l'intensité de celles-ci, le comportement alimentaire (avec la notion de sélectivité, de restriction alimentaire ou de conduites purgatives), l'anxiété ou la dépression, des difficultés relationnelles et l'hyperactivité physique.

Pour conclure, il convient de rappeler que le diagnostic d'anorexie mentale est essentiellement clinique, mais aussi biologique avec la présence d'un hypogonadisme hypogonadotrope. Même si les sages-femmes ne peuvent pas prescrire les examens (LH, FSH, œstradiol), cela ne les empêche pas de poser un diagnostic à l'aide de l'interrogatoire et de l'examen clinique de la patiente. Chaque professionnel qui peut être sollicité par ces patientes doit garder en tête qu'il possède un rôle crucial dans la création d'une alliance thérapeutique et dans le déclenchement de la prise en charge de la patiente.

Références bibliographiques

1. Crocq M-A, Guelfi JD, American Psychiatric Association. DSM-5 ®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 2016.

2. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. Curr Opin Psychiatry. juill 2006;19(4):389-94.

3. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. Curr Opin Psychiatry. juill 2006;19(4):389-94.

4. Recommandations prise en charge_anorexie_mentale.pdf [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf

5. Sachs KV, Harnke B, Mehler PS, Krantz MJ. Cardiovascular complications of anorexia nervosa: A systematic review. Int J Eat Disord. mars 2016;49(3):238-48.

6. SFE - Poly 2016 - Item 249 - UE8 - Amaigrissement : Causes endocrines [Internet]. Disponible sur : http://www.sfendocrino.org/article/827/poly2016-item-249-ndash-ue-8-amaigrissement-causes-endocrines

7. Lanfranco F, Gianotti L, Destefanis S, Arvat E, Ghigo E, Camanni F. [Endocrine abnormalities in anorexia nervosa]. Minerva Endocrinol. juin 2003;28(2):169-80.

8. Mustelin L, Silén Y, Raevuori A, Hoek HW, Kaprio J, Keski-Rahkonen A. The DSM-5 diagnostic criteria for anorexia nervosa may change its population prevalence and prognostic value. J Psychiatr Res. juin 2016;77:85-91.

9. Krassas GE. Endocrine abnormalities in Anorexia Nervosa. Pediatr Endocrinol Rev PER. sept 2003;1(1):46-54.

10. SFE - Poly 2016 - Item 40 - UE 2 - Aménorrhée [Internet]. Disponible sur : http://www.sfendocrino.org/article/805/poly2016-item-40-ndash-ue-2-amenorrhee

11. CNGOF - Aménorrhée [Internet]. Disponible sur : http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/16-ch09-77-86-9782294715518-amenorrhee.html

12. Recommandations Aménorrhée secondaire [Internet]. VIDAL. Disponible sur : https://www.vidal.fr/

13. Hurd HP, Palumbo PJ, Gharib H. Hypothalamic-endocrine dysfunction in anorexia nervosa. Mayo Clin Proc. nov 1977;52(11):711-6.

14. Roze C, Touraine P, Leger J, de Roux N. Hypogonadisme hypogonadotrope congénital. Ann Endocrinol. mars 2009;70(1):2-13.

15. Frankenfield DC, Muth ER, Rowe WA. The Harris-Benedict studies of human basal metabolism: history and limitations. J Am Diet Assoc. avr 1998;98(4):439-45.

16. Moskowitz L, Weiselberg E. Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. avr 2017;47(4):70-84.

17. Article L4151-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930245

18. Muñoz MT, Argente J. Anorexia nervosa: hypogonadotrophic hypogonadism and bone mineral density. Horm Res. 2002;57 Suppl 2:57-62.

19. Støving RK, Hangaard J, Hansen-Nord M, Hagen C. A review of endocrine changes in anorexia nervosa. J Psychiatr Res. avr 1999;33(2):139-52.

20. 17-OH-Progestérone [Internet]. Site CHU. Disponible sur : https://www.chu.ulg.ac.be/jcms/c_351688/fr/17-oh-progesterone

21. RESERVES IU-TD. Orphanet: Hyperplasie congénitale des surrénales par déficit en 21 hydroxylase classique [Internet]. Disponible sur : https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=FR&Expert=90794

22. Netgen. Anorexie mentale et ses conséquences osseuses : une prise en charge difficile [Internet]. Revue Médicale Suisse. Disponible sur : https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-115/32332

23. Centre Référent des Troubles du Comportement Alimentaire Arc Alpin TC3A [Internet]. CHU Grenoble Alpes. 2016. Disponible sur : https://www.chu-grenoble.fr/content/centre-referent-des-troubles-du-comportement-alimentaire-arc-alpin-tc3a

24. Lähteenmäki S, Aalto-Setälä T, Suokas JT, Saarni SE, Perälä J, Saarni SI, et al. Validation of the Finnish version of the SCOFF questionnaire among young adults aged 20 to 35 years. BMC Psychiatry. 8 févr 2009;9:5.

25. Questionnaire-scoff.pdf [Internet]. Disponible sur : http://testaddicto.fr/tests_pdf/questionnaire-scoff.pdf

26. Estour B, Galusca B, Germain N. Constitutional thinness and anorexia nervosa: a possible misdiagnosis? Front Endocrinol. 2014;5:175.

27. Bailly M, Germain N, Galusca B, Courteix D, Thivel D, Verney J. Definition and diagnosis of constitutional thinness: a systematic review. Br J Nutr. 28 sept 2020;124(6):531-47.

28. Estour B, Marouani N, Sigaud T, Lang F, Fakra E, Ling Y, et al. Differentiating constitutional thinness from anorexia nervosa in DSM 5 era. Psychoneuroendocrinology. oct 2017;84:94-100.

29. Ahima RS. Body Fat, Leptin, and Hypothalamic Amenorrhea [Internet]. http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp048214. Massachusetts Medical Society; 2009

ANNEXES

Annexe I – Auto-questionnaire aux professionnels effectué en ligne.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études de maïeutique, je réalise une enquête auprès des professionnels de santé pouvant être amenés à recevoir des patientes en âge de procréer, consultant pour aménorrhée secondaire.

Vous êtes :

☐ Médecin généraliste
☐ Gynécologue-obstétricien
☐ Sage-femme
☐ De la fonction publique hospitalière
☐ Libéral

Vous recevez une patiente de 23 ans pour aménorrhée secondaire persistante depuis plus de 6 mois. Lors de votre examen clinique vous notez : un IMC bas (<17,5 kg/m²) pas de malformation, pas d'antécédent notable dans son dossier médical.

1 - Quel(s) point(s) abordez-vous avec la patiente ?

☐ Mode d'alimentation et/ou changements
☐ Demander une perte ou une modification de poids récente
☐ Des signes de dépression ou d'anxiété
☐ Des difficultés relationnelles avec son entourage (famille, amis…)
☐ L'hyperactivité physique
☐ Rechercher une anosmie
☐ Autre :

2 - Comment procédez-vous lors de votre interrogatoire dans cette situation ?

☐ Questionnaire(s) standardisé(s), ou score(s). Si oui le(s)quel(s) ?
☐ Des questions selon le ressenti avec la patiente. Donnez un exemple :

3 - Quel(s) examen(s) pratiquez-vous en cas de suspicion d'anorexie mentale ?

☐ Numération formule sanguine
☐ Bilan hypogonadisme hypogonadotrope
☐ Dosage de l'IGF-1
☐ Autre(s) examen(s) :
☐ Bilan hépatique (ASAT/ALAT)
☐ Ionogramme
☐ Dosage de la T3-T4

4 - Dans ce contexte, vous prescrivez un bilan hormonal de première intention à la recherche d'un hypogonadisme hypogonadotrope, que contient-il ?

☐ FSH, œstradiol
☐ 17-OH-Progestérone
☐ Testostérone
☐ T3-T4 et TSH
☐ Ostéodensitométrie
☐ Prolactine
☐ LH
☐ β-HCG
☐ IGF-1
☐ Autre(s) :

Annexe I (Suite) – Auto-questionnaire aux professionnels effectué en ligne.

5 - Savez-vous vers quel(s) professionnel(s) orienter cette patiente par la suite ?
☐ Oui, le(s)quel(s) ?
☐ Non

6 - Cette situation vous est-elle déjà arrivée ?
☐ Oui ☐ Non

7 - Comment évaluez-vous vos connaissances concernant l'anorexie mentale ?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐10
☐ Lacunaires ☐ Moyennes ☐ Bonnes

8 - Savez-vous faire la différence entre la maigreur constitutionnelle et l'anorexie mentale ?
☐ Oui, comment ? (Ex : bilans à réaliser, etc…)

☐ Non

9 – Souhaitez-vous des recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge de l'anorexie mentale face à une aménorrhée secondaire ?
☐ Oui ☐ Non

Annexe II – Répartition des professionnels ayant participé à l'étude.

	Hospitalier	Libéral	Total
Médecins généralistes n (%)	2 (4,2)	11 (22,9)	13 (27,1)
Médecins gynécologues n (%)	13 (27,1)	4 (8,3)	17 (35,4)
Sages-femmes n (%)	7 (14,6)	11 (22,9)	18 (37,5)
Total n (%)	22 (45,9)	26 (54,1)	48 (100)

n = effectif, (%) pourcentage, manquants = 0

Annexe III – Bilans prescrits en première intention face à une patiente présentant une aménorrhée secondaire et un IMC bas (< 17,5 kg/m²) par mode d'exercice.

	NFS	ASAT ALAT	Bilan hypo-gonadisme hypo-gonadotrope	Iono-gramme	IGF-1	T3-T4 TSH	Autres bilans
Hospitalier n (%)	12 (54,5)	9 (40,9)	14 (63,6)	13 (59,1)	0 (0)	12 (54,5)	4 (18,2)
Libéral n (%)	21 (80,8)	17 (65,4)	16 (61,5)	23 (88,5)	2 (7,7)	16 (61,5)	9 (34,6)
Total n (%)	33 (68,8)	26 (54,2)	30 (62,5)	36 (75)	2 (4,2)	28 (58,3)	13 (27,1)

n = effectif, (%) pourcentage, manquants = 0

Annexe IV – Bilans prescrits à la recherche d'un hypogonadisme hypogonadotrope par mode d'exercice.

	FSH - Œstradiol	17-OH-Progesté-rone	Testos-térone	T3-T4-TSH	Ostéodensi-tométrie	Prolactine	LH	β -HCG	IGF-1	Autres bilans
Médecins généralistes n (%)	13 (100)	5 (38,5)	3 (23,1)	11 (84,6)	1 (7,7)	9 (69,2)	11(84,6)	9 (69,2)	1 (7,7)	3 (23,1)
Médecins gynécologues n (%)	16 (94,1)	7 (41,2)	6 (35,3)	11 (64,7)	1 (5,9)	13 (76,5)	15 (88,2)	10 (58,8)	3 (17,6)	1 (5,9)
Sages-femmes n (%)	14 (77,8)	10 (55,6)	8 (44,4)	8 (44,4)	0 (0)	10 (55,6)	13 (72,2)	7 (38,9)	1 (5,6)	3 (16,7)
Total n (%)	43 (89,6)	22 (45,8)	17 (35,4)	30 (62,5)	2 (4,2)	32 (66,7)	39 (81,2)	26 (54,2)	5 (10,4)	7 (14,5)

n = effectif, (%) pourcentage, manquants = 0

Annexe V – Thèmes abordés lors de la consultation par mode d'exercice.

	Comporte-ment alimentaire	Variations pondéra-les	Anxiété ou dépression	Difficultés relation-nelles	Hyper-activité physique	Anosmie	Autres sujets
Hospitalier n (%)	18 (81,8)	19 (86,4)	18 (81,8)	14 (63,6)	18 (81,8)	6 (27,3)	4 (18,2)
Libéral n (%)	25 (96,2)	25 (96,2)	24 (92,3)	26 (96,2)	21 (80,7)	8 (30,8)	8 (30,8)
Total n (%)	43 (89,6)	44 (91,7)	42 (87,5)	40 (83,4)	39 (81,3)	14 (29,2)	12 (25)

n = effectif, (%) pourcentage, manquants = 0

Annexe VI – Objectifs secondaires par catégorie professionnelle.

	Questions personnelles	Questionnaires standardisés ou scores	Situation vécue	Différence MC/AM *	Souhait de recommandations *
Médecins généralistes n (%)	13 (100)	0 (0)	7 (53,8)	10 (76,9)	9 (69,2)
Médecins gynécologues n (%)	16 (94,1)	1 (5,9)	12 (70,6)	12 (70,6)	14 (82,4)
Sages-femmes n (%)	18 (100)	0 (0)	5 (27,8)	9 (50)	16 (88,9)
Total n (%)	46 (97,9)	1 (2,1)	24 (50)	31 (65,9)	39 (82,9)

n = effectif, (%) pourcentage, *manquants = 1

Annexe VII – Objectifs secondaires par mode d'exercice.

	Questions personnelles	Questionnaires standardisés ou scores	Situation vécue	Différence MC/AM *	Souhait de recommandations *
Hospitalier n (%)	21 (95,5)	0 (0)	11 (50)	11 (50)	21 (95,5)
Libéral n (%)	25 (96,2)	1 (3,8)	13 (50)	20 (76,9)	18 (69,2)
Total n (%)	46 (97,9)	1 (2,1)	24 (50)	31 (66)	39 (83)

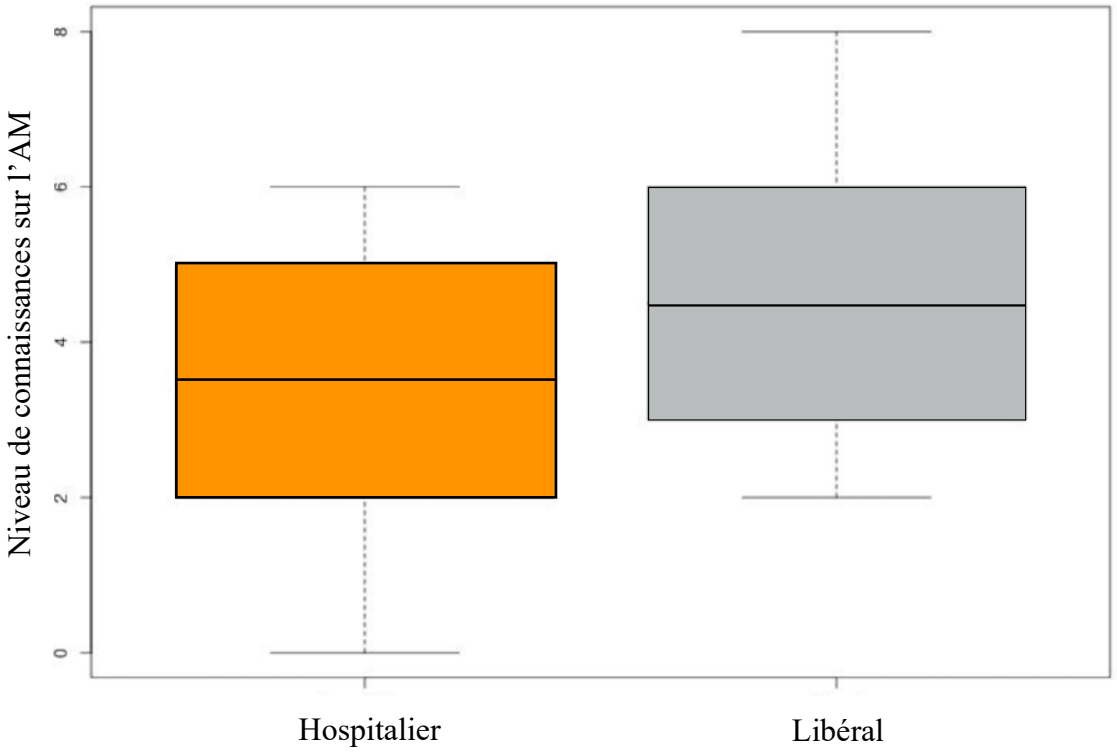
n = effectif, (%) pourcentage, *manquants = 1

Annexe VIII – Orientation de la patiente par mode d'exercice.

	Orientation vers un gynécologue	Orientation vers un endocrinologue	Orientation vers un nutritionniste	Orientation vers un psychiatre	Orientation vers un médecin traitant	Autres bilans
Hospitalier n (%)	5 (22,7)	17 (77,3)	5 (22,7)	12 (54,5)	2 (9,1)	1 (4,5)
Libéral n (%)	7 (26,9)	17 (65,4)	6 (23,1)	12 (46,2)	5 (19,2)	1 (3,8)
Total n (%)	12 (25)	34 (70,9)	11 (22,9)	24 (50)	7 (14,6)	2 (4,2)

n = effectif, (%) pourcentage, manquants = 0

Annexe IX – Auto-évaluation des connaissances sur l'anorexie mentale par mode d'exercice.



Annexe X – Score SCOFF.

1 – Vous êtes-vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein » ?
☐ Oui ☐ Non

2 – Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?
☐ Oui ☐ Non

3 – Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de 3 mois ?
☐ Oui ☐ Non

4 – Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?
☐ Oui ☐ Non

5 – Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?
☐ Oui ☐ Non

Interprétation : deux réponses positives ou plus révèlent un possible trouble du comportement alimentaire.

Résumé et mots clés

Objectifs

Décrire les pratiques de repérage de l'anorexie mentale chez une patiente présentant une aménorrhée secondaire et un IMC bas.

Méthodes

Étude épidémiologique observationnelle descriptive multicentrique menée sous la forme d'une enquête de pratiques professionnelles à l'aide d'auto-questionnaire auprès des médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes du milieu hospitalier ou libéral. La durée de l'étude était de 5 mois.

Résultats

Les professionnels investiguaient un hypogonadisme hypogonadotrope tout en éliminant les diagnostics différentiels de l'aménorrhée secondaire. Ils recherchaient dans l'interrogatoire des indices pouvant orienter le diagnostic vers une anorexie mentale.

Conclusion

Le diagnostic d'anorexie mentale peut se faire à partir de l'examen clinique et de l'interrogatoire, mais aussi avec la confirmation d'un hypogonadisme hypogonadotrope. Le manque de référentiel sur le repérage de l'anorexie mentale met en difficulté les professionnels pour faire le diagnostic.

Mots clés

Anorexie mentale / aménorrhée secondaire

Abstract and key words

Objectives

Describe spotting practices of anorexia nervosa in a patient with secondary amenorrhea and low BMI.

Methods

Epidemiological observational descriptive multicentric study conducted in the form of survey of professional practices using self-questionnaire among general practitioners, gynecologists and midwives in hospitals and private practice. The duration of the study was 5 months.

Results

Professionals searched an hypogonadotrophic hypogonadism while eliminating differential diagnoses of secondary amenorrhea. They looked for clues in the interview that could point to the diagnosis of anorexia nervosa.

Conclusion

The diagnosis of anorexia nervosa can be done from the clinical examination and the questioning, but also using confirmation of an hypogonadotrophic hypogonadism. The lack of framework for identifying anorexia nervosa makes it difficult for professionals to make the diagnosis.

Key words

Anorexia nervosa / secondary amenorrhea