

Je reçois Mme K, 44 ans toute de noir vêtue, en consultation, qui ramène des résultats d'examens sanguins. Ses antécédents sont un syndrome anxio dépressif sous venlafaxine, clorazepate et miansérine, actuellement suivi par un psychiatre ; une anorexie mentale ayant débuté il y a 1 an suite à l'opération de l'une de ses sœurs d'une tumeur rénale, un tabagisme actif à 20 paquets/Années. C'est une ancienne auxiliaire de vie dans une maison de retraite des environs, en arrêt maladie (au titre de son syndrome dépressif) depuis 5 mois.

« Alors Mme K, comment va votre moral ? »

« Oh bof...en fait vraiment pas terrible du tout...j'ai été arrêté hier par la police, je n'avais pas refait la carte grise de la voiture ni le contrôle technique, du coup ils m'ont saisi la voiture.... »

« Oh la la....mais pourquoi n'aviez vous pas refait ces démarches ? »

« Et bien je n'en ai pas eu le temps...j'ai des problèmes avec le comportement de mon fils alors je suis préoccupé, il fait n'importe quoi en ce moment...du coup je suis beaucoup derrière lui, mais mon ex mari et mon fils me font culpabiliser à cause de ça... »

« Mais pourquoi culpabilisez-vous ? »

Je ne savais pas quoi lui dire d'autre, ma maitre de stage a alors pris mon relais : « Mme K, votre fils commence à grandir, il faut aussi que vous vous rendiez compte qu'il a besoin d'acquérir petit à petit son indépendance....Et ce n'est pas pour cela qu'il vous aimera moins ! »

« Oui mais.... »

« Vous avez peur d'être abandonnée en réalité, non ? »

« Euh....oui c'est vrai sans doute un peu. Je voulais aussi vous en parler, mes compulsions sur la propreté et le ménage sont toujours là... »

Je ne me souvenais plus du tout de la prise en charge des troubles obsessionnels compulsifs, alors à ce moment précis, j'ai préféré me recentrer sur ma question initiale : le moral.

« Alors Mme K, votre moral ? Vous n'avez pas d'idées noires ? Votre sommeil ? Votre appétit ? »

« Non, je n'ai pas d'idées noires, mais la mort ne me fait pas peur...Je dors assez bien, j'essaye de faire des efforts pour manger... ».

J'examine Mme K : elle mesure 155 cm pour 49 kg et je me rends compte à la lecture du dossier qu'elle a perdu 12 kg sur les 10 derniers mois...sa PA est à 110/55, son auscultation sans particularités.

« Bon votre poids est stable par rapport à la dernière fois : il faut prendre du poids maintenant ! »

« Non non docteur, je suis encore un peu trop grosse » me dit-elle avec assurance.

Je ne sais quoi répondre à la patiente car je sais qu'elle est convaincue du fait qu'elle n'est pas maigre et je ne sais pas vraiment comment m'y prendre pour lui faire entendre le contraire, je passe donc rapidement à autre chose.

Elle me tend les résultats des examens biologiques et je constate qu'il existe une anémie microcytaire ferriprive (hb = 10,5 g/dL, VGM : 65, ferritinémie : 10, fer sérique : 5).

« Mme K, il se trouve que sur votre bilan vous manquez de globules rouges et de fer...avez-vous remarqué un saignement quel qu'il soit ? »

« Non »

« Vous n'avez pas du sang dans les selles ou les selles noires ? Et au niveau gynécologique ? »

« Non pas du tout ».

Mme K avait déjà eu des explorations pour des ménométrorragies par frottis et scanner abdomino pelviens, normaux. Elle avait été mise sous Lutéran (dci : chlormadinone) et depuis, les saignements d'origine gynécologique n'avaient pas récidivé.

« Vu que vous ne mangez pas énormément, la carence en fer peut être due à cela...toutefois je préfère vous envoyer, si vous êtes d'accord, voir un gastro-entérologue. En attendant, je vous donne des comprimés de fer à prendre tous les jours, cela peut rendre vos selles noires » (je préfère ne pas lui dire que cela peut aussi lui donner des troubles digestifs, car j'ai peur qu'elle n'en prenne pas). « Et le tabac ? »

« J'essaye de diminuer mais je continue toujours ». Je pense que vu tous ces soucis familiaux, administratifs et psychologiques, cela peut attendre encore un peu et je ne vais pas l'embêter avec ça.

...

Un mois et demi plus tard, Mme K, revient. Elle a réalisé une fibroscopie gastrique et coloscopie qui sont revenues normales. Du coup, elle a réalisé une vidéo capsule qui a montré des lésions angiodysplasiques antrales qui n'avaient pas été vues à la fibroscopie gastrique, et qui ont été traitées par une nouvelle fibroscopie réalisée par plasma argon.

« bon, et bien ce problème est résolu Mme K ! IL vous suffit de continuer le traitement par le fer pendant encore environ 3 mois, puis on fera à nouveau une prise de sang pour vérifier que tout s'est corrigé... »

Elle pèse ce jour 51 kg

« C'est mieux Mme K, vous avez repris 2 kg ! »

« Ah bon.....je ne m'en étais pas rendue compte. Je dois arrêter d'en prendre... »

«Non, il faut continuer ! Et au niveau du moral ? »

« J'ai vu le psychiatre, qui a arrêté le tranxène (dci : clorazépate) et qui a mis à la place un nouveau médicament, le risperdal (dci : risperidone)...mais je ne vais pas très bien, j'ai eu des problèmes avec ma fille, je me suis battue avec elle, ça ne va pas, elle me reproche toujours de l'empêcher de faire des choses...mais je ne peux pas lui laisser faire n'importe quoi ! »...

« C'est sûr, mais en avez-vous parlé au psychiatre, de ces problèmes avec vos enfants ? »

« Non, je ne suis pas allée au rendez-vous hier, c'était après que ma fille et moi nous nous soyons battue, j'ai pris un couteau, j'étais bouleversée »

« Mme K, quoi que vous puissiez ressentir vis-à-vis de l'attitude de votre fille, il faut vraiment que vous en parliez, pour ne plus arriver dans des extrémités pareilles ...».

« Je le sais, je le sais...au fait pouvez-vous me renouveler mon arrêt maladie ? »

« D'accord, je le fais pour un mois ».

#### QUESTIONS :

- 1) Quel bilan aurait-il fallu effectuer devant l'amaigrissement de Mme K ?
- 2) Quelle doit – être la conduite à tenir devant les troubles obsessionnels compulsifs de Mme K ?
- 3) Comment prendre en charge l'anorexie de Mme K sur le plan organique et psychiatrique ?
- 4) Quelle peut être la suite à donner à l'arrêt de travail longue durée de Mme K ?

#### 1) Quel bilan aurait-il fallu effectuer devant l'amaigrissement de Mme K ?

Mme K a perdu 12 kg sur les 10 derniers mois, le diagnostic d'anorexie mentale avait été posé il y a quelques mois compte tenu du contexte. Je me suis demandé quel bilan était à réaliser devant son amaigrissement rapide.

L'amaigrissement est défini par une perte de poids d'environ 5 % du poids corporel sur les 6 à 12 derniers mois (ce qui a été le cas ici car Mme K pesait initialement 59 kg et à perdu 12 kg pour atteindre le poids de 47 kg, soit une perte d'environ 20%).

Il faut réaliser un interrogatoire et un examen clinique général, en particulier à la recherche de signes généraux (Altération de l'état général, anorexie, asthénie), de signes fonctionnels variés, le calcul de l'IMC, la recherche d'un ictère, d'une pâleur, d'OMI, de pli cutané, d'une masse, d'un goitre, etc...(1) (2)

Le bilan biologique à réaliser en première intention est : NFS, Ionogramme sanguin, créatininémie, Taux de prothrombine, ASAT ALAT GGT PAL, Glycémie à jeun, bilan lipidique, TSH, T4 Libre, sérologie VIH, ECBU, Electrophorèse des protides plasmatiques, albuminémie, pré albuminémie, bilan martial, folates sériques, vitamine B12 sériques, calcémie et vitamine D. Si à l'issue de ce bilan, aucune étiologie n'est retrouvée, on réalisera une radiographie thoracique et une échographie abdominale, voire des endoscopies digestives si le patient est âgé de plus de 50 ans (ce qui n'est pas le cas ici) ou en cas de signes d'appel hémorragiques, ou un bilan de malabsorption avec en particulier la recherche de stéatorrhée. (1) (2)

Les différentes causes à évoquer sont : (1) (2)

- -si présence d'altération de l'état général : cancers, infections.
- Si présence d'une anorexie : mentale (pas d'asthénie, déni de la maigreur, aménorrhée, utilisation de laxatifs), syndrome dépressif, consommation d'alcool.
- Si présence d'autres signes associés : diabète insulino-dépendant, hyperthyroïdie, phéochromocytomes, maladies autres.

Chez Mme K, il a fallu réaliser un bilan biologique exhaustif avant de retenir le diagnostic d'anorexie mentale, même si le contexte était assez évocateur.

Sources :

(1) Cabane J, Kéchichan J, Amaigrissement, quel bilan ? La revue du praticien Médecine Générale, septembre 2011 ; Tome 25 : (N°966) : p 583 – 585.

(2) Chapitre 23 : Amaigrissement Involontaire in : Société nationale Française de Médecine interne, Médecine Interne ; Paris : Ellipses ; 2008. P : 257- 266.

2) Quelle doit – être la conduite à tenir devant les troubles obsessionnels compulsifs de Mme K ?

Les TOC (Troubles Obsessionnels Compulsifs) associent par définition des obsessions et des compulsions. Les obsessions sont des idées, des pensées, des impulsions ou des représentations persistantes qui sont vécues comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une souffrance importante (le plus souvent, pensées répétées de contamination, doutes répétés, images sexuelles : ici pour Mme K, impression de saleté de son domicile). . Les compulsions sont des comportements répétitifs ou des actes mentaux qui s'imposent au sujet et que l'individu se sent obligé d'exécuter pour conjurer les obsessions, diminuer le niveau d'anxiété ou dans l'espoir qu'elles puissent entraîner ou prévenir une situation ou un événement redouté (par exemple : laver, compter, vérifier, etc... ; pour Mme K : laver et nettoyer sa maison). Le diagnostic est porté lorsqu'il existe une anxiété réactionnelle, qu'il existe une perte de temps importante (plus d'une heure par jour) et/ou qu'il y ait un retentissement dans le fonctionnement normal de l'individu (social ou professionnel). Le patient reste toujours conscient du caractère absurde ou excessif de ses symptômes et cette autocritique le distingue des patients psychotiques chez lesquels ils peuvent également être rencontrés. Certains TOC peuvent débuter à la suite d'un facteur de stress, d'une grossesse ou dans les suites de troubles du comportement alimentaire chez la femme (ce qui est le cas chez Mme K). (1)

La thérapeutique consiste en une psychothérapie de type cognitivo-comportementale associée à un traitement psychotrope par inhibiteur de la recapture de la sérotonine, à des posologies plus élevées que dans le syndrome dépressif pour les TOC (meilleure efficacité versus placebo ou versus clomipramine, grade B). (2)

Mme K est sous Venlafaxine 75 mg 2 fois par jour et bénéficie d'un suivi psychiatrique. Je ne sais pas si ses TOC sont pris en compte dans la psychothérapie, ni la technique utilisée le cas échéant, et j'aurais dû contacter le psychiatre pour en savoir plus.

J'ai donc pu apprendre comment diagnostiquer des troubles obsessionnels compulsifs chez les patients, et les critères à rechercher afin de mettre en place une prise en charge psychiatrique adaptée.

Sources :

(1) Boulenger JP., Piquet C., Corruble E., Hardy P., Question 41 - Troubles anxieux, troubles phobiques, troubles obsessionnels compulsifs, troubles convertifs, état de stress post traumatique et troubles de l'adaptation, date non mentionnée, p 23-30. [Site consulté le 25.09.2012]. Disponible : <http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=1152778727757&LANGUE=0>

(2) Bandelow B., Zohar J., Hollander E., Kasper S., Möller HJ ; Recommandations pour le traitement pharmacologique des troubles anxieux, du trouble obsessionnel compulsif, de l'état de stress post traumatique. World J Biol Psychiatry, 2002 (3), p171-199.

3) Comment prendre en charge de manière optimale sur le plan organique l'anorexie mentale de Mme K ?

La prise en charge d'une anorexie mentale doit être multidisciplinaire. Il faut tout d'abord évaluer la gravité :

-à l'interrogatoire : histoire pondérale, conduites restrictives, conduites de purge (Mme K utilisait des laxatifs qu'elle prenait à la maison de retraite où elle travaillait), activité physique surinvestie, addictions (tabac pour Mme K), antécédents psychiatriques (syndrome dépressif pour Mme K), Contexte psycho-social (problèmes familiaux pour Mme K)

-à l'examen clinique : IMC (ici 20.39 kg/m<sup>2</sup>), Température, tension artérielle, état cutané et phanères (rien à signaler chez Mme K), œdèmes des membres inférieurs (absents chez Mme K), transit (normal), ingesta (non évalués).

- aux examens para cliniques : NFS ionogramme sanguin, urée créatininémie, Calcémie, Phosphorémie, Vitamine D, bilan hépatique complet, ECG. Mme K présentait une anémie ferriprive (probablement par saignement digestif et carence d'apport) et une carence en vitamine D, rien de plus.

Les objectifs de la prise en charge doivent être le retour à un poids « normal » avec un statut nutritionnel adapté. Il faut définir un objectif pondéral, raisonnable (maxi 1kg par mois en ambulatoire), en accord avec la patiente, et se baser sur une alliance thérapeutique avec

elle ; et gérer les aspects somatiques (arrêts des laxatifs, soins dentaires en cas de vomissements provoqués).

Il faut ensuite poser à la patiente le questionnaire suivant :

- 1- Vous êtes vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien «l'estomac plein»?
- 2- Craignez d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez?
- 3- Avez-vous récemment perdu plus de six kilogrammes en moins de trois mois?
- 4- Pensez-vous que vous êtes trop grosse alors que les autres vous trouvent trop mince?
- 5- Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie?

Seulement deux réponses positives à ce questionnaire révèlent des troubles alimentaires chez la patiente. Un traitement est donc envisagé (ici, réponse positive aux questions 3 et 4).

Les aspects psychosociaux ne sont pas à négliger lors de la prise en charge, la famille pouvant être aidante pour la patiente. Chez Mme K, les conflits multiples avec son entourage proche ne lui permettent pas de trouver un appui pour se soigner correctement.

Il faut envisager devant une anorexie mentale une prise en charge psychiatrique, soit sous forme de thérapie de soutien, soit de thérapie d'inspiration analytique, soit de thérapies cognitivo-comportementales. (Je ne sais pas de quel type de thérapie bénéficie Mme K)

Enfin, il est possible devant l'existence de troubles associés d'introduire des médicaments psychotropes, avec précaution et surveillance rapprochée (au début, voir la patiente une fois par semaine)

Il faut noter **les critères d'hospitalisation**, car cela me semble utile de les connaître en ambulatoire :

Critères anamnestiques : Perte de poids de plus de 20% en moins de 3 mois, malaises, vomissement incoercibles, échec renutrition.

Critères cliniques : déshydratation, IMC < 14, Amyotrophie importante avec hypotonie axiale, T° corporelle inférieure à 35 °C ; Pas < 90/60 mm hg, bradycardie.

Critères para cliniques : anomalies ECG, hypoglycémie symptomatique ou asymptomatique <0.3g/L, cytolyse > 10N, kaliémie < 3 mmol/L, phosphorémie < 0.5 mmol/L, clairance de la créatininémie < 40 ml/min, Natrémie < 125 ou > 150 mmol/L, Leucopénie <1000/mm<sup>3</sup>

Psychiatriques : idées suicidaires, comorbidités psychiatriques (c'est le cas pour Mme K), idées obsédantes, activité physique intense, conduites de purge incontrôlées, patiente peu motivée, non coopérant (peut être le cas ici compte tenu du contexte psycho social),  
PROBLEMES FAMILIAUX AVEC ISOLEMENT SOCIAL.

Pour Mme K, il faut donc réévaluer systématiquement à chaque consultation son IMC, et réaliser avec elle un « contrat de poids » avec des objectifs bien définis. Il faut repérer les critères d'hospitalisation (présents dans son cas) et discuter de l'éventualité de celle-ci, éventuellement dans le cadre d'une hospitalisation à la demande d'un tiers, bien que cela puisse être très anxiogène pour Mme K, l'éloignement du milieu familial pourrait être d'une aide précieuse et il semblerait licite de lui proposer une hospitalisation. Toutefois, au vu du contexte, du fait que mon ECA la connaisse bien, nous avons décidé de poursuivre la prise en charge ambulatoire mais avec un suivi rapproché sans hospitalisation (en gardant en « réserve » la possibilité de l'hospitaliser sous contrainte en cas d'aggravation de son état et de « perte du contrôle » de la situation.

Source :

HAS, Recommandations de bonne pratique : anorexie mentale, juin 2010. [Site consulté le 27.09.2012]. Disponible : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco\\_anorexie\\_mentale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf)

4) Quelle peut être la suite à donner à l'arrêt de travail longue durée de Mme K ?

*Je me suis renseigné sur le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr), en cliquant sur « professionnel de santé », puis « médecin », puis sur « exercer au quotidien », « formalités »*

*« L'arrêt de travail de plus de 6 mois » : passage en longue maladie*

*Le médecin conseil nous contacte pour mettre en place un protocole (de type ALD non exonérante) (cela n'est pas valable pour les accidents du travail, ni pour les maladies professionnelles) en cas d'arrêt de travail de plus de 6 mois, pour passer en « arrêt longue maladie », ce qui sera bientôt le cas pour mme K.*

*Les indemnités journalières sont versées, le patient effectue tous les traitements, activités et examens prescrits et se soumet aux contrôles et visites de l'assurance maladie.*

*Une fois l'état clinique stabilisé, plusieurs solutions se présentent :*

*-reprise à temps plein*

*-reprise à temps partiel pour motif thérapeutique*

*- passage en invalidité (quand la reprise à l'ancien poste paraît difficile), il faut alors orienter le patient vers la MDPH .*

*Il faut tout d'abord, en cas de choix de passage en invalidité, obtenir un formulaire MDPH (à la mairie, à la MDPH du département ou sur internet), à remplir avec le patient, qui peut permettre la mise en place d'aides financières, d'un reclassement professionnel etc...(1)(2)*

*D'autre part, Il faut fournir au patient un certificat médical et lui faire remplir le formulaire Assurance invalidité - demande de pension ; à transmettre au médecin conseil de la CPAM qui adresse sa réponse sous 2 mois.*

En cas d'accord du médecin conseil pour une mise en invalidité, la caisse d'Assurance Maladie adresse une notification d'attribution d'une pension d'invalidité, précisant la catégorie et le montant de la pension, et l'informant de la prise en charge à 100 % de ses soins médicaux, à l'exception des médicaments à vignette bleue remboursés à 35 % et des médicaments à vignette orange remboursés à 15 %.

Il existe trois catégories de pension d'invalidité : (1)

- 1<sup>re</sup> catégorie : le patient peut exercer une activité professionnelle rémunérée. La pension est égale à 30 % de son salaire annuel moyen.
- 2<sup>e</sup> catégorie : le patient ne peut plus exercer d'activité. La pension est égale à 50 % de son salaire annuel moyen.
- 3<sup>e</sup> catégorie : le patient a besoin d'une personne pour l'assister dans les gestes essentiels de la vie courante. Le montant de la pension équivaut à celui d'une pension de 2<sup>e</sup> catégorie augmenté d'un montant forfaitaire, appelé « majoration pour tierce personne ».

Sur la feuille de soins, dans la zone « **Conditions de prise en charge** », il faut cocher la case « **Maladie** » / « **Exonération du ticket modérateur** » et sur la ligne suivante la case « **Autre** ».

*La pension d'invalidité est attribuée sous réserve des conditions suivantes (2) :*

Il faut avoir moins de 60 ans au moment de l'attribution

L'assuré doit pouvoir justifier de douze mois d'immatriculation au premier jour du mois au cours duquel est survenue l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la constatation de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme.

En outre, il doit justifier d'une durée de salariat au moins égale à 800 heures au cours des 4 trimestres civils ou des 12 mois de date à date précédant la date d'examen des droits dont 200 heures dans le premier de ces trimestres ou des 3 premiers mois de ces 12 mois. ou d'un salaire au moins égal à 2030 fois le SMIC horaire pendant ces 12 mois (dont au moins 1015 fois le SMIC au cours des 6 premiers mois)

Mme K pourrait donc tout à fait bénéficier d'une pension d'invalidité de 1<sup>ère</sup>, voire de 2<sup>e</sup> catégorie (son « mauvais » état étant stable), je pourrais lui proposer d'entreprendre ces démarches au cours d'une prochaine consultation, tout en attendant un courrier du médecin conseil pour la faire passer en « arrêt longue maladie ».

(1) Assurance maladie, invalidité. [Site consulté le 28.09.2011]. Disponible :

[http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/formalites/l-8217-invalidite\\_val-de-marne.php](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/formalites/l-8217-invalidite_val-de-marne.php)



(2) *Pension d'invalidité : définition et conditions d'attribution, [Mise à jour le 18.04.2011]. [Site consulté le 28.09.2011]. Disponible : <http://vosdroits.service-public.fr/F672.xhtml>*

## SYNTHESE

Ce RSCA m'a permis de m'améliorer dans les compétences suivantes :

- Prendre en charge un problème de santé non différencié en contexte de soins primaires. : conduite à tenir devant un amaigrissement (et dont j'ai bien retenu que l'anorexie mentale est un diagnostic qui se fait selon le contexte mais après la réalisation d'examens paracliniques éliminant d'autres pathologies), devant des troubles obsessionnels compulsifs, prise en charge d'une anorexie mentale (dont je ne me souvenais plus du tout et je trouve important de connaître les critères d'hospitalisation devant cette maladie, d'autant plus qu'il existe souvent un contexte psychiatrique ou social lourd pour ces patientes, ce qui était le cas chez Mme K avec ses multiples problèmes familiaux et sociaux, qui à mon sens ne pouvaient faire qu'aggraver ses pathologies.).
- Appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques : j'ai essayé de répondre aux besoins de cette patiente se situant dans une situation psychosociale très précaire, en tentant d'obtenir pour elle une mise en invalidité car elle ne peut plus travailler à son poste habituel.
- J'ai appris par ce RSCA les différentes issues possibles suite à un arrêt de travail de longue durée, en particulier la mise en invalidité, et les démarches à réaliser dans ce cas, ce qui pourrait s'appliquer chez Mme K mais également chez beaucoup d'autres patients. Cela présente un avantage non négligeable pour les patients car les soins sont pris en charge à 100 % dans ce contexte.
- Actualiser et développer ses compétences : dans la prise en charge d'un amaigrissement, d'une anorexie mentale, de troubles obsessionnels compulsifs.