



HAL
open science

Les sages-femmes face aux troubles du comportement alimentaire : quelles connaissances ? Quel dépistage ?

Joséphine Busson

► **To cite this version:**

Joséphine Busson. Les sages-femmes face aux troubles du comportement alimentaire : quelles connaissances ? Quel dépistage ?. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01025139

HAL Id: dumas-01025139

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01025139>

Submitted on 17 Jul 2014

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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

Joséphine BUSSON

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

**Les sages-femmes face aux troubles du
comportement alimentaire : quelles connaissances ?
Quel dépistage ?**

Soutenu le : 07.04.2014

JURY

Dr Alexandra PHAM-SCOTTEZ, Psychiatre, CMME (Directeur de mémoire)

Mme Sophie BAUMANN, sage-femme enseignante, UVSQ (co-Directeur de mémoire)

Numéro national d'étudiant : 20803423

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame le Docteur Alexandra Pham-Scottiez d'avoir accepté de prendre de son temps précieux pour diriger ce travail et pour ses conseils avisés.

Merci également à Madame Sophie Baumann d'avoir été aussi disponible et d'avoir su me superviser avec sympathie et efficacité.

Merci aux sages-femmes ayant bien voulu participer à l'étude.

Enfin, merci à mes parents et à mes amis de m'avoir épaulée, rassurée et d'avoir toujours été là pour moi.

Table des matières

AVERTISSEMENT.....	II
REMERCIEMENTS.....	III
TABLE DES MATIÈRES.....	IV
LISTE DES TABLEAUX.....	V
LISTE DES FIGURES.....	VI
LISTE DES ANNEXES.....	VII
TITRE ET RÉSUMÉ.....	VIII
TITLE AND ABSTRACT.....	IX
1 PREMIÈRE PARTIE : INTRODUCTION.....	1
2 SECONDE PARTIE: ETUDE.....	12
3 TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION.....	24
CONCLUSION.....	34
BIBLIOGRAPHIE.....	36
ANNEXES.....	41

Liste des tableaux

Tableau 1: Signes cliniques de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse.....	4
Tableau 2: Répartition des réponses aux questions II.7 et II.8 (Nombre de réponses)	18
Tableau 3: Répartition des réponses pour la prise de poids totale pendant la grossesse en fonction de l'IMC initial en nombre (pourcentages).....	21
Tableau 4: Comparaison de la répartition des sages-femmes par secteur d'activité à l'échelle nationale et au niveau de l'étude.....	24
Tableau 5: Répartition des sages-femmes ayant reçu ou non une formation par classes d'âge.....	31
Tableau 6: Type de formation reçue par classes d'âge.....	31

Liste des figures

Illustration 1: Répartition des sages-femmes par classes d'âge.....	14
Illustration 2: Répartition des sages-femmes selon le niveau de maternité.....	15
Illustration 3: Nombre de sages-femmes enquêtées par service de maternité.....	15
Illustration 4: Prévalence des TCA selon les sages-femmes.....	16
Illustration 5: Population la plus touchée par les TCA selon les sages-femmes.....	16
Illustration 6: Manifestations des TCA selon les sages-femmes.....	18
Illustration 7: Complications des TCA selon les sages-femmes.....	19
Illustration 8: IMC à partir duquel les sages-femmes s'inquiètent	20
Illustration 9: Moment propice pour dépister les TCA selon les sages-femmes.....	21
Illustration 10: Sages-femmes ayant reçu ou non une formation aux TCA.....	22
Illustration 11: Sages-femmes se sentant suffisamment formées.....	22

Liste des annexes

ANNEXE I : SCOFF QUESTIONNAIRE	41
ANNEXE II : DSM-IV.....	42
ANNEXE II : CIM - 10.....	44
ANNEXE IV : QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE.....	46

Titre et résumé

Les sages-femmes face aux troubles du comportement alimentaire : quelles connaissances? Quel dépistage?

Objectifs Les troubles du comportement alimentaire (TCA), anorexie mentale et boulimie nerveuse principalement, sont des pathologies touchant essentiellement les jeunes femmes en plein âge de procréer. La sage-femme est, de part ses diverses activités, au centre de la vie de la femme et se trouve justement confrontée à cette population. L'objectif de ce mémoire est donc d'évaluer si les sages-femmes ont les connaissances et une formation suffisantes pour être à l'aise avec le dépistage de ces troubles chez les patientes qu'elles rencontrent.

Matériel et méthodes Nous avons réalisé une étude descriptive à l'aide d'un questionnaire en ligne envoyé par messagerie électronique aux sages-femmes travaillant en milieu public et privé de trois départements (92, 95, 78).

Résultats 83 questionnaires remplis correctement ont été reçus. Les résultats nous permettent de dire que les sages-femmes interrogées semblent avoir des connaissances globales sur les TCA mais les sous-estiment et n'ont pour la plupart pas la formation suffisante pour les dépister correctement chez leurs patientes. Pour cela, elles ne les détectent que partiellement et souhaiteraient une formation complémentaire de type formation continue ou brochure explicative.

Mots-clés : Troubles du comportement alimentaire, anorexie mentale, boulimie nerveuse, sages-femmes, dépistage, grossesse, complications.

Title and Abstract

Midwives deal with eating disorders: what knowledge? What screening?

Objectives Eating disorders, anorexia nervosa and bulimia nervosa principally, are pathologies affecting mainly young women at a reproductive age. The midwife is, because of her various activities, at the center of woman's life and is facing this population. The objective of this paper is to evaluate if midwives have sufficient knowledge and training to be comfortable with the detection of these disorders in patients they meet.

Methods We conducted a descriptive study using an online questionnaire sent by email to midwives working in public and private middle of three departments (92, 95, 78).

Results and conclusion 83 correctly completed questionnaires were received. Data allow us to say that the midwives interviewed seem to have basic knowledge of TCA but underestimate it and have mostly not sufficient training to screen it in their patients. That's why they detect them partially and would like further training as an informative brochure.

Keywords : Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, midwives, screening, pregnancy, complications.

1 Première partie : Introduction

1.1 Les troubles du comportement alimentaire (TCA)

1.1.1 Définition et épidémiologie

Anorexie mentale, boulimie nerveuse, troubles des conduites alimentaires atypiques, «binge eating disorder»... ces pathologies psychiatriques font partie de la grande famille des troubles du comportement alimentaire (TCA). Dans ce mémoire, nous nous intéresserons plus particulièrement à l'anorexie mentale et à la boulimie nerveuse.

L'anorexie mentale et la boulimie ont un noyau psychopathologique commun: surestimation du poids et des formes du corps (dysmorphophobie) avec besoin vital de les contrôler. Il y a une préoccupation excessive autour de l'alimentation et de l'image du corps. Le reste des éléments les caractérisant semble en découler directement. Dans l'anorexie, la restriction alimentaire sévère (malgré les sensations de faim présentes), l'éviction des repas et de certains aliments, l'hyperactivité physique (sans notion de plaisir) sont les moyens favoris utilisés pour perdre du poids. Cette poursuite du poids le plus faible possible est couronnée de succès et à l'origine d'un cercle vicieux dans lequel l'anorexique est récompensée par sa perte de poids et s'auto-punit en cas d'excès (selon elle). La personne boulimique est victime de crises fréquentes d'hyperphagie associées à un sentiment puissant de perte de contrôle et entraînant des comportements compensatoires inappropriés : vomissements auto-provoqués, utilisation de purgatifs (laxatifs ou diurétiques), périodes de jeûne, exercice physique excessif. De plus, les personnes atteintes d'anorexie et de boulimie ont des traits de personnalité communs: mauvaise estime de soi, perfectionnisme pathologique, rigidité, compétitivité, impulsivité, conformisme, ascétisme, traits obsessionnels.¹⁻⁶



Les causes des TCA ne sont pas généralisables du fait de leur pathogénèse complexe, dépendante de facteurs biologiques, psychologiques et génétiques. Entrent également en ligne de compte, le contexte familial et socioculturel de la personne. Il existe de manière certaine une prédisposition génétique en interaction avec de nombreux facteurs environnementaux : biologiques (hormones, neurotransmetteurs), familiaux (relations favorisantes ou protectrices) et psychologiques (anxiété, dépression, phobies).^{1,2,5,6} De plus, dans le monde occidental, il existe une pression sociale pour maigrir: la minceur est prônée par tous les médias, et ce, malgré une société qui pousse à la consommation !^{1,2,6,7}

L'épidémiologie des TCA varie selon les études, du fait de l'inconstance de la définition choisie pour chaque trouble et du faible dépistage qu'il en est fait.^{6,8} Ce sont des troubles qui touchent plus particulièrement les femmes (90% dans le cas de l'anorexie mentale), adolescentes ou jeunes adultes, des sociétés occidentales et populations blanches, principalement dans les classes sociales hautes.^{1,3,5,7} Cependant, ces faits sont des généralités, et les TCA touchent aujourd'hui toutes les populations.^{3,8} La prévalence vie entière (proportion de personnes qui en seront atteintes au cours de leur vie) de l'anorexie mentale et de la boulimie sont respectivement d'environ 0,6% et 1% dans la population générale féminine.⁴ Mais ce sont des troubles qui sont souvent associés de manière simultanée ou successive et dont les formes subsyndromiques sont plus fréquentes.^{2,5} Certains domaines valorisant la minceur sont particulièrement à risque (danse, mannequinat...)^{3,5,7} et certaines pathologies impliquant un régime (diabète) également ⁵.

1.1.2 Evolution, comorbidités et complications

L'anorexie est la pathologie d'apparition la plus précoce, elle commence classiquement au moment de l'adolescence (12-16 ans) alors que la boulimie commence souvent plus tardivement (18-22 ans).^{1,5,6} Il n'est pas rare qu'un événement de vie stressant en soit à l'origine : décès, séparation, naissance, agression, abus sexuel.⁵ Quelqu'un atteint de TCA peut cependant en guérir, de façon spontanée ou grâce à des traitements, et de façon totale (40-45%). Autrement, il peut y avoir une évolution vers un autre type de TCA (très fréquent entre l'anorexie,



la boulimie et leurs formes subsyndromiques) ou vers une chronicité (20-25%).^{1,3,5,6} Le taux de mortalité des TCA est estimé à environ 10%.^{3,5} Ce chiffre s'explique en premier lieu (environ 54% des décès liés aux TCA)^{6,7} par les complications physiques directes de ces troubles. En effet, les TCA peuvent être à l'origine de complications somatiques mettant, pour certaines, la vie de la personne en danger. Dans l'anorexie mentale, elles sont secondaires aux mauvaises habitudes alimentaires et à l'état nutritionnel de la malade (et sont donc souvent réversibles). On y trouve des perturbations endocriniennes (chute des hormones sexuelles, thyroïdiennes, de la leptine), des troubles cardio-vasculaires (bradycardie, troubles du rythme, prolapsus de la valve mitrale), hématologiques (anémie, leucopénie, thrombopénie), métaboliques (hypercholestérolémie), une ostéopénie ou ostéoporose, ainsi que des troubles du sommeil.^{1-3,6,9} Dans la boulimie, les complications sont principalement dues aux vomissements auto-provoqués et autres comportements de purge. Se rencontrent alors essentiellement une déshydratation et des troubles électrolytiques (alcalose ou acidose, hypokaliémie) pouvant être également à l'origine de problèmes cardiaques.^{1,2,9} Reflétant bien la souffrance psychique sous-tendant ces pathologies, un taux de suicide important explique l'autre partie des décès associés aux TCA (environ 27%)^{1,6,7}.

L'anorexie mentale et la boulimie sont d'autant plus graves qu'elles sont souvent accompagnées de comorbidités: autres troubles psychiatriques (troubles dépressifs, anxieux, de l'humeur, de la personnalité..) ^{1-4,6}, isolement social^{1,5,6}, conduites addictives de tout type¹⁻⁴.

Enfin, quand pour la boulimie il n'existe pas réellement de facteurs pronostiques, un certain nombre d'éléments peuvent nous orienter quant à l'évolution de la pathologie anorexique. Une apparition tardive des troubles, une histoire longue de la maladie, un délai important avant tout traitement, une perte de poids très sévère, des épisodes d'hyperphagie et de vomissements, les échecs au(x) précédent(s) traitement(s) semblent être de mauvais pronostic.^{1,3,6}



1.1.3 Dépistage

Les personnes atteintes de TCA sont isolées, fuyantes et craintives du jugement des autres. Ainsi, elles dissimulent la plupart du temps leur maladie, niant la présence de toute pathologie, convainquant leurs proches et s'auto-persuadant que «tout va bien». Les anorexiques et boulimiques cherchent à tout contrôler (d'où la satisfaction trouvée dans le contrôle du poids et des formes) et sont donc très réticentes à se livrer à un professionnel de la santé. Il revient ainsi aux professionnels d'être familiarisés avec les signes d'alerte et les stratégies de dépistage.^{2,8}

Il s'agit d'abord d'être vigilant et de repérer les signes physiques. L'examen clinique est généralement assez parlant pour la femme anorexique, alors que la clinique de la boulimie est frustrante : la femme paraît en bonne santé, avec un IMC ($[\text{Poids}(\text{kg})/\text{Taille}(\text{m})^2]$) normal la plupart du temps. Les signes cliniques principaux des deux TCA auxquels nous nous intéressons sont résumés dans le Tableau 1.^{1,3,6,9}

Anorexie mentale	<ul style="list-style-type: none"> • IMC (indice de masse corporelle = bas ($<18,5 \text{ kg/m}^2$)) • perte de poids rapide • émaciation, aspect androgyne • anomalies cutanées: lanugo, hypercaroténémie • anomalies des phanères • troubles digestifs: constipation, voir prolapsus rectal et rectorragies • hypothermie, extrémités froides, frilosité • bradycardie, arythmie, hypotension orthostatique • faiblesse musculaire • oedèmes de carence
Boulimie nerveuse	<ul style="list-style-type: none"> • érosions de l'émail dentaire • signe de Russel: abrasion cutanée au niveau des jointures des phalanges des mains • hypertrophie des glandes parotides et submandibulaires

Tableau 1: Signes cliniques de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse



Au moindre doute ou même de façon générale, quelques questions simples peuvent être posées : «souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de troubles des conduites alimentaires?», «mangez-vous parfois en secret?», «votre poids affecte-t-il votre estime personnelle?». Si les réponses laissent suspecter un TCA, il est alors indiqué de poser des questions plus précises sur l'histoire du poids, les régimes entrepris, les épisodes d'hyperphagie, l'utilisation de laxatifs, diurétiques et pilules de régime, les habitudes sportives, les antécédents familiaux de TCA, la présence et régularité des menstruations, la qualité du sommeil, les conduites addictives...^{3,9,10}

Le NICE (National Institute for health and Clinical Excellence) recommande de dépister les TCA chez les femmes, principalement jeunes, de manière ciblée¹¹:

- IMC faible
- préoccupation par le poids alors qu'il est normal
- troubles du cycle menstruel ou aménorrhée
- symptômes gastro-intestinaux
- signes de restriction alimentaire ou de vomissements à répétition.

Plusieurs outils de dépistage ont été mis en place mais ils sont souvent longs et requièrent l'interprétation d'un spécialiste de la santé mentale. Le SCOFF questionnaire paraît être le plus adapté, simple d'utilisation et reproductible^{3,5,8,10-14}. En effet, il correspond à cinq items auxquels la femme réponds par oui ou non (annexe I). Deux réponses positives ou plus à ce questionnaire donnent une sensibilité de 100% et une spécificité de 87,5% pour l'anorexie mentale et la boulimie¹².

Ces questions, afin d'obtenir des réponses honnêtes de la part de la malade, doivent être posées sans jugement, en rassurant la patiente, dans une attitude professionnelle et empathique.⁵

1.1.4 Diagnostic, prise en charge et traitement

Dès lors qu'une patiente est suspectée d'être victime de TCA, il est indispensable qu'elle soit orientée vers un spécialiste qui pourra alors en faire le diagnostic, préciser le type, en évaluer la gravité et proposer une prise en charge



adaptée. Une évaluation complète et identification précoce des risques physiques, psychologiques et sociaux est indispensable. Celle-ci permettra une intervention rapide, une prise en charge efficace et un meilleur pronostic.^{5,10-14} Cela peut-être réalisé à l'aide des données cliniques, de tests psychologiques et d'examens complémentaires.

Deux classifications existent pour définir les critères diagnostiques des TCA. L'Association Américaine de Psychiatrie a publié en 1994 la 4ème révision de son manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux¹⁵, le DSM IV (annexe II) qui peut-être utilisé comme outil diagnostique fiable (modifié en 2013 par le DSM V). L'Organisation Mondiale de la Santé a également décrit ces pathologies dans la Classification Internationale des Maladies¹⁶, 10ème révision (annexe III).^{2,5-8} En complément de ces critères, de nombreux tests et échelles ont été élaborés pour diagnostiquer les TCA. Ces auto-questionnaires sont rapides de passation, mais sont peu fiables et doivent être interprétés par des professionnels spécialisés et habitués. Par exemple, le test EDI 2 (pour Eating Disorder Inventory) ou l'EDE (pour Eating Disorder Examination) sont fréquemment utilisés à cette issue.^{6,8,12,13}

Certaines investigations complémentaires peuvent être réalisées pour étudier le retentissement somatique des TCA : tests sanguins (numération-formule-sanguine, ionogramme, hormones..), électrocardiogramme et densitométrie osseuse.^{1,3,5,9}

Le traitement ne nécessite généralement pas d'hospitalisation et se fait en ambulatoire.¹¹ Il est à la fois médical (traitement des risques immédiats) et psychologique. Il doit être entrepris, si possible, sous la forme d'un pacte entre la patiente et l'équipe, avec une personne coordinatrice des soins.⁵ Dans le traitement de la boulimie, les thérapies cognitivo-comportementales semblent être le traitement de choix et sont parfois associées à des médicaments antidépresseurs (réduction de la fréquence des crises d'hyperphagie et des comportements de purge).^{1,2,11} Pour l'anorexie, la restauration d'un poids normal est un point essentiel, permettant une amélioration globale de l'état de la personne.^{1,3} Pour cela, différents types de thérapies peuvent être utilisés et permettre en parallèle la rémission des troubles anorexiques. Aucun médicament n'est efficace dans le traitement de l'anorexie



mentale.^{1,11} Dans tous les cas, une approche multidisciplinaire est indispensable (médicale, nutritionnelle, sociale, psychologique) et parfois l'implication des proches, de la famille, peut-être très bénéfique (surtout chez les personnes jeunes).^{1-3,5} Toutefois, certaines situations sont des indications à une hospitalisation: échec des méthodes ambulatoires, risque élevé de suicide et d'auto-mutilation, risques physiques sévères.^{1,11}

1.2 Les interactions entre TCA et grossesse

1.2.1 Effets de la grossesse sur les symptômes

Tout comme l'adolescence, la grossesse est une période de remaniements physiques et psychiques très importants. Le corps, ses formes, son poids, et ses demandes changent, la femme doit faire face à un bouleversement à la fois morphologique, endocrinien et psychologique en un temps réduit.^{17,18,20}

Pour les femmes atteintes de TCA, la maternité impose un conflit interne: continuer à avoir leurs habitudes inadaptées ou être attentives à faire au mieux pour l'enfant à naître.¹⁹ Pour la plupart, les symptômes s'améliorent pendant la grossesse. En effet, elles acceptent les changements et cessent leurs comportements, au moins temporairement, «pour le bébé».^{17,19-26} Elles se sentent souvent mieux, plus soutenues.^{21,26} La prise de poids est considérée comme «normale», bonne pour la santé, la grossesse lui conférant un aspect socialement approuvé et respecté.¹⁸

Pour une petite partie de ces femmes, la grossesse permet de se déculpabiliser et de trouver une nouvelle identité, celle de mère (réassurance sociale). Elles font passer l'enfant et ses besoins avant tout, et les effets bénéfiques de la grossesse persistent même dans le post-partum.¹⁷⁻¹⁹

Malheureusement, ce n'est pas la majorité, car souvent, les troubles reviennent après l'accouchement, en étant même fréquemment exacerbés.^{9,18-22,25} La volonté de perdre très rapidement le poids accumulé pendant la grossesse entraîne souvent une sensation d'échec.^{17,18} De plus, face à un nouveau statut et de nouvelles



responsabilités, la femme ressent un sentiment d'incompétence et d'incapacité à être la «mère parfaite».¹⁹

Parfois même, les troubles ne s'améliorent pas pendant la grossesse.^{17,20,24} Celle-ci génère trop d'anxiété que la femme a la sensation de ne pouvoir gérer qu'en ayant ses comportements de restriction et de purge.¹⁹ La sensation de perte de contrôle entraînée par le changement du corps (et sa sexualisation) est calmée par la ritualisation et la routine que représentent pour elles les TCA.²⁰ Ces femmes sont généralement détachées de leur enfant in utero, ce qui les autorise à continuer leurs conduites inadaptées.¹⁹

1.2.2 Effets des TCA sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum

De nombreuses études ont été réalisées pour voir les conséquences des TCA sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Cependant, beaucoup de ces études sont rétrospectives et sur de faibles échantillons. Malgré cela, certaines complications sont aujourd'hui bien connues.

Les troubles du comportement alimentaire sont associés à un taux plus élevé de :

- fausse-couches spontanées^{2,9,17-20,22}
- retard de croissance intra-utérin (estimation de poids foetal inférieure au 10ème percentile)^{9,18,29-31}
- hyperemesis gravidarum^{9,20,28,31}
- accouchements prématurés^{9,17,18,28-30}
- césariennes^{9,17,20,31}
- hypotrophies (poids de naissance < 2500g)^{2,9,17-20,29}
- scores d'APGAR bas^{20,22,28}

Pour la plupart des complications, les causes ne sont pas ou mal connues. Cependant, le retard de croissance intra-utérin (RCIU) et les petits poids de naissance sont directement liés au faible IMC de la mère avant la grossesse^{22,23,30}, à



une prise de poids inadéquate ^{17,23,28} et la consommation bien fréquente de tabac pendant la grossesse ^{9,22,30}. Dans le cas d'une femme boulimique, l'hyperémésis gravidarum paraît être une manière de continuer les TCA pendant la grossesse, mais de façon cachée, sur le compte de la grossesse: manière déculpabilisante de prolonger les comportements inadéquates. ^{20,28}

Dans la période du post-partum, le principal risque maternel est celui de dépression du post-partum ^{9,17,27,31} (35% chez les femmes atteintes de TCA contre 3 à 12% dans la population générale²²). De plus, les préoccupations de la femme centrées sur l'alimentation et le poids peuvent altérer l'alimentation de son nouveau-né, leur lien et échanges, et même être à l'origine de TCA dans la vie future de l'enfant. ^{18,26,33} Ce sont des femmes qui ont plus de difficultés à allaiter au sein dans les premiers temps et à nourrir leur enfant plus tard (repas sources de conflits et de remarques négatives). ^{9,18-20,31}

D'autres complications ont été décrites: présentation du siège, hypertension artérielle et pré-éclampsie, risque tératogène de l'alcool et de certains médicaments, fentes labio-palatines, mauvaise cicatrisation d'une épisiotomie... ^{9,18-20,29}

De plus, les femmes symptomatiques pendant la grossesse sont plus à risque d'avoir des complications pré et post-natales que les femmes non-symptomatiques. ²⁰ Cependant, une femme ayant uniquement des antécédents de TCA peut être symptomatique pendant ou après la grossesse ^{24,26}, et celle-ci peut également être à l'origine du début des troubles ¹⁸.

1.2.3 Spécificités du dépistage et de la prise en charge

L'idéal serait de dépister les femmes atteintes de troubles du comportement alimentaire ou en ayant des antécédents avant toute grossesse. Ceci permettrait d'éviter les risques inhérents à la maladie mais également ceux qui se surajoutent pour la femme et son enfant lors d'une grossesse. De plus, les femmes atteintes de TCA ont souvent recours à l'aide médicale à la procréation, or un retour à un poids normal résoudrait bien souvent les problèmes d'infertilité! Il paraît donc nécessaire



de dépister ces femmes avant de débiter tout protocole d'AMP.⁹ Un dépistage fait avant une grossesse offre la possibilité de réduire au maximum les risques en réalisant une consultation pré-conceptionnelle, en permettant une planification de la grossesse, avec mise en place d'une collaboration multidisciplinaire précoce, atteinte d'un IMC correct avant la grossesse et pourquoi pas, arrêt des conduites addictives.^{9,26,31,32}

Cependant, si cela n'a pas été fait avant, la grossesse semble malgré tout être un moment propice au dépistage car la femme est plus sensible, plus ouverte aux conseils, à la discussion et surtout aux changements, pour le bien de son enfant.^{17,18,23} Il est ainsi recommandé de dépister les troubles psychiatriques pendant la grossesse de façon générale,³⁴ et parmi ces derniers, au vu des données énoncées précédemment, il semble nécessaire de dépister les troubles du comportement alimentaire.

De plus, durant la grossesse, la femme enceinte atteinte de TCA (actifs ou passés) doit faire l'objet d'une étroite surveillance avec des consultations rapprochées et des échographies de croissance.⁹ En outre, elle doit être pesée à chaque consultation obstétricale, malgré ses appréhensions, afin de veiller à une prise de poids adaptée. Cela doit, cependant, rester dans le respect de la patiente, en lui demandant toujours si elle veut connaître son poids ou non. Attention, il ne faut pas se laisser piéger par certaines anorexiques qui cherchent à cacher leurs symptômes en portant des vêtements amples et en mettant des objets lourds dans leurs poches.²⁸

De la même manière, une discussion doit être engagée entre la sage-femme ou l'obstétricien et la patiente au sujet de l'alimentation pendant la grossesse. Des explications claires doivent être données sur la nécessité d'une alimentation et d'une prise de poids adaptées afin de permettre le développement correct de l'enfant.^{9,20,26,28} Détailler à la femme la taille du fœtus, son développement et son âge gestationnel peut également l'aider à le rendre le plus réel possible (l'échographie peut être utilisé à cet escient).^{20,28}

Dans le post-partum, l'équipe doit être attentive au risque d'apparition et de recrudescence des troubles. De même, une surveillance accrue de la relation

naissante entre la mère et son enfant, de l'alimentation du nouveau-né et des soins procurés est nécessaire. Son rôle est donc d'entourer la patiente, d'y être attentive, de l'aider dans ses nouvelles responsabilités et tâches.¹⁹ Enfin, l'implication de la famille et surtout, du partenaire, peuvent améliorer le pronostic du couple mère-enfant en apportant un soutien physique, psychologique et émotionnel.^{20,34} Lors de la sortie de maternité, une femme atteinte de TCA ne doit pas être «lâchée dans la nature» mais un suivi post-hospitalier doit être mis en place, avec un centre de protection maternelle et infantile, un pédiatre, une sage-femme à domicile ou en libéral...^{19,20,28,31}

2 Seconde partie: Etude

2.1 Matériel et Méthode

2.1.1 Problématique

Les troubles du comportement alimentaire sont principalement représentés dans une population féminine jeune. Ce sont des pathologies à risque élevé, en dehors de toute grossesse, mais également pendant la grossesse et dans le post-partum, que se soit pour la mère comme pour l'enfant. Leur dépistage peut-être parfois difficile mais semble indispensable. La sage-femme se situant au cœur de la vie des femmes, on peut donc se poser la question suivante :

Quel est l'état actuel des connaissances des sages-femmes sur les troubles du comportement alimentaire et quel dépistage en font-elles ?

2.1.2 Hypothèses

Les sages-femmes n'ont peut-être pas les connaissances nécessaires au dépistage des troubles du comportement alimentaire. De plus, la formation des sages-femmes sur le sujet pourrait être insuffisante, ne leur permettant pas de savoir comment les dépister. Enfin, les sages-femmes ont possiblement besoin d'un complément d'information sur les troubles du comportement alimentaire afin d'améliorer leurs capacités de dépistage et d'orientation.

2.1.3 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de déterminer quel est l'état actuel des connaissances des sages-femmes sur les troubles du comportement alimentaire. Les objectifs secondaires sont d'évaluer quel dépistage des TCA les sages-femmes réalisent-elles dans leur pratique courante, comment elles-y ont été formées et si

elles ressentent le besoin d'une formation supplémentaire dans le cadre des troubles des conduites alimentaires.

2.1.4 Population, lieu et dates de l'étude

La population étudiée est celle des sages-femmes travaillant dans le secteur public ou privé de trois départements : Yvelines (78), Hauts-de-Seine (92) et Val-d'Oise (95). Aucun critère d'inclusion ou d'exclusion n'ont été mis en place, l'unique condition était que la sage-femme soit actuellement en activité. L'enquête a été réalisée entre le 25 novembre 2013 et le 12 février 2014.

2.1.5 Outil de l'enquête

Pour réaliser cette étude, un questionnaire destiné aux sages-femmes a été mis en ligne (annexe IV) et leur a été transmis par messagerie électronique. Le questionnaire a été envoyé à quatre hôpitaux :

- Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy-St-Germain-en-Laye
- Centre Hospitalier de Versailles
- Centre Hospitalier d'Argenteuil
- Centre Hospitalier des Quatre-Villes, Site de Saint-Cloud

Le consentement des sages-femmes cadres de chaque hôpital avait été obtenu au préalable et le questionnaire a été adressé aux sages-femmes de leurs différents services grâce aux listes de messageries électroniques qu'elles détenaient.

De plus, le questionnaire a été envoyé à toutes les sages-femmes libérales travaillant dans le 78, 92 et 95 dont l'adresse électronique était disponible.

Ce questionnaire comprends 26 questions regroupées en 4 items (passation estimée à environ 5 minutes):

- le premier concerne les renseignements généraux de la sage-femme: âge, sexe, activité actuelle



- le second évalue les connaissances de la sage-femme sur les troubles du comportement alimentaire en général et en rapport avec la grossesse
- le troisième concerne le dépistage des TCA que réalise la sage-femme
- le dernier s'intéresse à la formation des sages-femmes sur les TCA et à leur volonté d'en savoir plus.

Les données obtenues ont été traitées à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

2.2 Résultats

2.2.1 Item I: Généralités

Après deux mois et demi d'étude, 83 réponses ont été obtenues. Parmi ces réponses, seul un homme a été interrogé. De plus, la majorité des sages-femmes ayant répondu au questionnaire a un âge situé entre 25 et 35 ans comme le montre la première illustration:

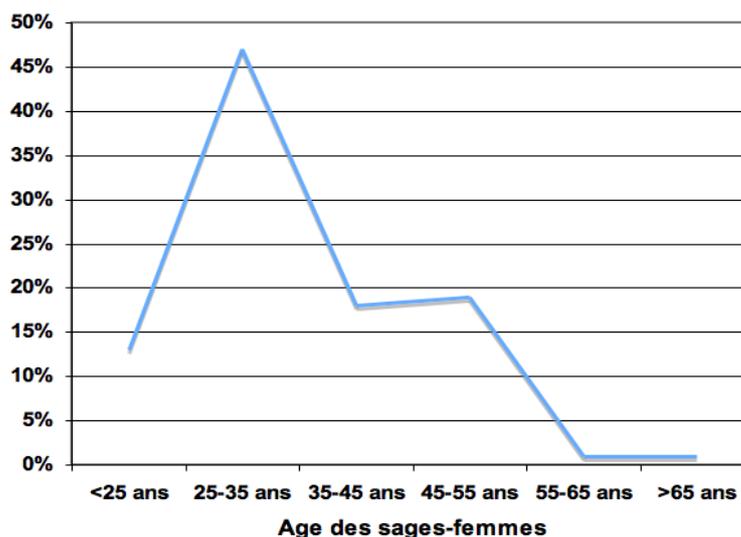


Illustration 1: Répartition des sages-femmes par classes d'âge

Les sages-femmes enquêtées ont été diplômées entre 1975 et 2013 avec une majorité entre 2003 et 2013 (64% soit 53 réponses sur 83).

Au niveau du secteur d'activité, seules des sages-femmes travaillant en maternité, en cabinet libéral ou en PMI ont répondu à l'étude, avec respectivement, un taux de 53/94 (58%), 40/94 (43%) et 1/94 (1%) réponses. Les sages-femmes

pouvant exercer dans plusieurs secteurs en même temps, cela explique le nombre plus élevé de réponses à cette question (94) que de questionnaires remplis (83). Parmi les sages-femmes exerçant en maternité, tous les niveaux de maternité (I, IIa, IIb et III) ont été rencontrés avec la répartition suivante :

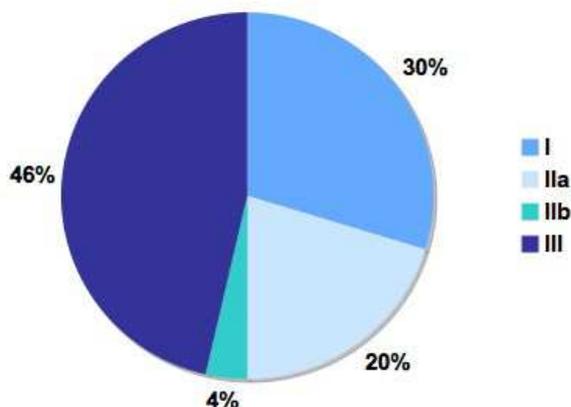


Illustration 2: Répartition des sages-femmes selon le niveau de maternité

De plus, les sages-femmes ayant répondu au questionnaire exerçaient dans sept services différents de maternité sachant qu'une sage-femme peut travailler dans plusieurs services en même temps (Illustration 3).

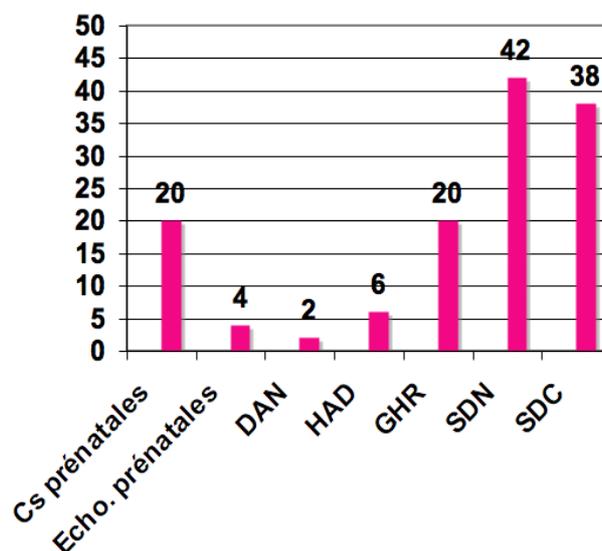


Illustration 3: Nombre de sages-femmes enquêtées par service de maternité
Cs = consultations; Echo. = échographies; DAN = diagnostic anténatal; HAD = hospitalisation à domicile; SDN = salle de naissance; SDC = suites-de-couche

2.2.2 Item II: Connaissances sur les TCA

A la question «Quelle est la prévalence des TCA dans la population générale féminine? », les sages-femmes ont répondu à 58% (48/83) «> 1%», à 33% (27/83) «0,5%» et à 9% (8/83) «0,1%» (Illustration 4).

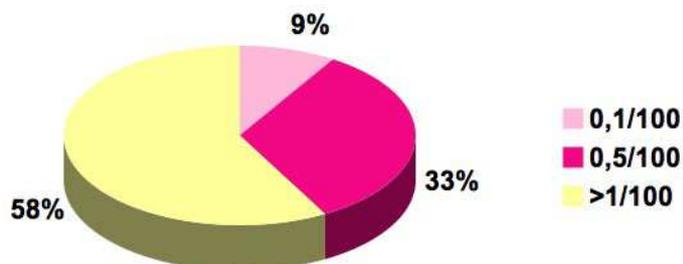


Illustration 4: Prévalence des TCA selon les sages-femmes

Aucune sage-femme ayant été enquêtée ne pense que la population la plus touchée par les TCA a un âge entre 0 et 10 ans (femmes et hommes confondus) ni qu'elle est composée de femmes de plus de 40 ans. Comme représenté par l'illustration 5, 83% des sages-femmes ont répondu que la population la plus touchée est les femmes entre 10 et 30 ans.

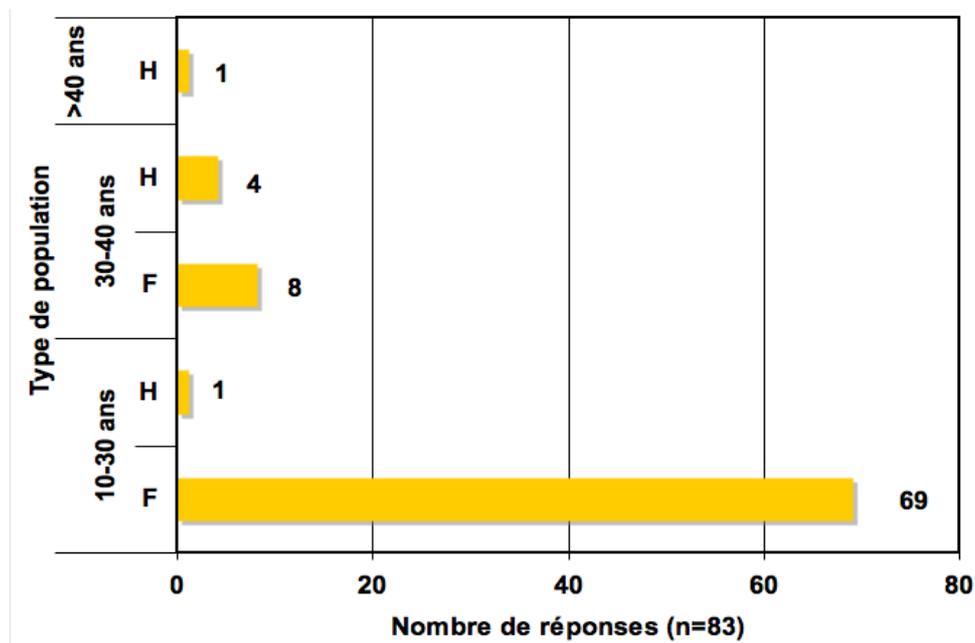


Illustration 5: Population la plus touchée par les TCA selon les sages-femmes



75 réponses ont été obtenues à la question «Quel(s) type(s) de TCA connaissez-vous?» soit un taux de réponse de 90%. Les réponses obtenues sont les suivantes :

- Réponse ininterprétable: 1
- «Je ne sais pas»: 1
- «Anorexie»: 2 ou «Boulimie»: 4
- «Anorexie, Boulimie»: 55 (dont 2 précisent «anorexie mentale») soit 73%
- «Anorexie, Boulimie» avec un élément en plus:
 - «alimentation déséquilibrée»: 1
 - «troubles obsessionnels compulsifs»: 1
 - «Hyperphagie et pica»: 1
 - «Géophagie»: 1
 - «Hyperphagie»: 2
 - «addiction au sucre»: 1
 - «malnutrition»: 1
 - «végétalisme»: 1
 - «patiente ne se nourrissant que d'un type d'aliment»: 1
 - «obésité»: 2

Quand on interroge les sages-femmes sur les manifestations possibles des troubles des conduites alimentaires, 98% parlent de maigreur et 92% de surpoids, 86% d'alimentation sélective ou restreinte et 88% d'aménorrhée. Les symptômes que les sages-femmes associent le moins aux troubles du comportement alimentaire sont le poids normal, l'hyperactivité physique, les troubles digestifs et l'hyperinvestissement intellectuel. L'illustration 6 représente le nombre de réponses à chaque proposition de symptôme possible. Dans la catégorie «autre», 5 réponses

ont été obtenues, citant les symptômes suivant: compulsions, alopecie, décalcification des dents, dépression, obsession alimentaire, diabète.

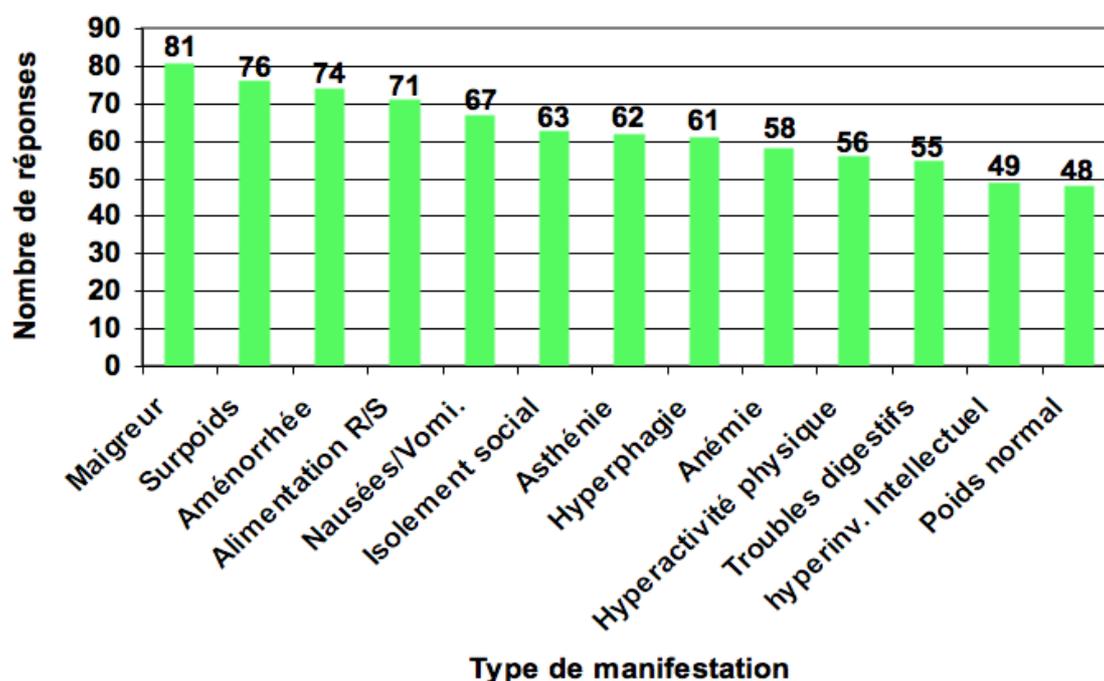


Illustration 6: Manifestations des TCA selon les sages-femmes

Alimentation R/S = alimentation restreinte/sélective; Nausées/Vomi. = Nausées/Vomissements; Hyperinv. Intellectuel = Hypervestissement Intellectuel

94% des sages-femmes ayant répondu à l'enquête pensent qu'une femme souffrant de TCA peut être enceinte et considèrent une femme avec un antécédent de TCA comme une patiente à risque (Tableau 2). Cependant, deux sages-femmes enquêtées estiment qu'une femme atteinte de TCA ne peut pas être enceinte, invoquant l'aménorrhée comme cause.

	Oui	Non	Je ne sais pas
Une femme atteinte de TCA peut-elle être enceinte? <i>n=81</i>	78	2	1
Une femme ayant un antécédent de TCA est-elle une patiente à risque ? <i>n=80</i>	78	1	1

Tableau 2: Répartition des réponses aux questions II.7 et II.8 (Nombre de réponses)

Par ailleurs, 94% (78/83) des enquêtés répondent «oui» à la question «Des TCA peuvent-ils être à l'origine de complications obstétricales, foetales ou néonatales?». Les 6% (7/83) restant ont répondu «Je ne sais pas».

Le nombre de réponses pour chacune des complications possibles proposées est résumé dans l'illustration 7:

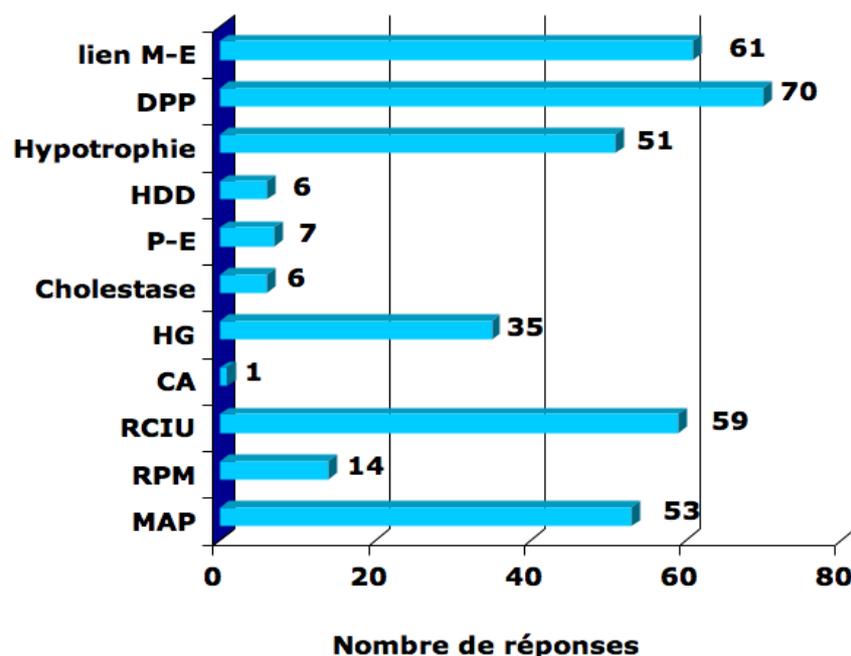


Illustration 7: Complications des TCA selon les sages-femmes

Lien M-E = difficultés d'établissement du lien mère-enfant; DPP = dépression du post-partum; HDD = hémorragie de la délivrance; P-E = pré-éclampsie, HG = hyperemesis gravidarum; CA = chorioamniotite; RCIU = retard de croissance intra-utérin; RPM = rupture prématurée des membranes; MAP = menace d'accouchement prématurée

Les complications plus fréquemment rencontrées dans les réponses sont ainsi la menace d'accouchement prématuré, le retard de croissance intra-utérin, l'hypotrophie, la dépression du post-partum et les difficultés d'établissement du lien mère-enfant. 5 sages-femmes ont ajouté d'autres possibilités dans l'encadré prévu à cet effet:



- Mort foetale in-utero (1)
- Carences grave en fer et autres oligo-éléments (1)
- Diabète (4)
- Hypertension artérielle (1)

40% des sages-femmes ayant répondu à la question II.10 s'inquiètent pour une patiente dont l'IMC initial est égal ou inférieur à 18 kg/m². Le reste des réponses est représenté dans l'illustration 8. Le taux de réponse à cette question est de 88% avec 2 réponses «je ne sais pas» et 2 réponses non comptabilisées dans le graphique: 22 kg/m² et 25 kg/m².

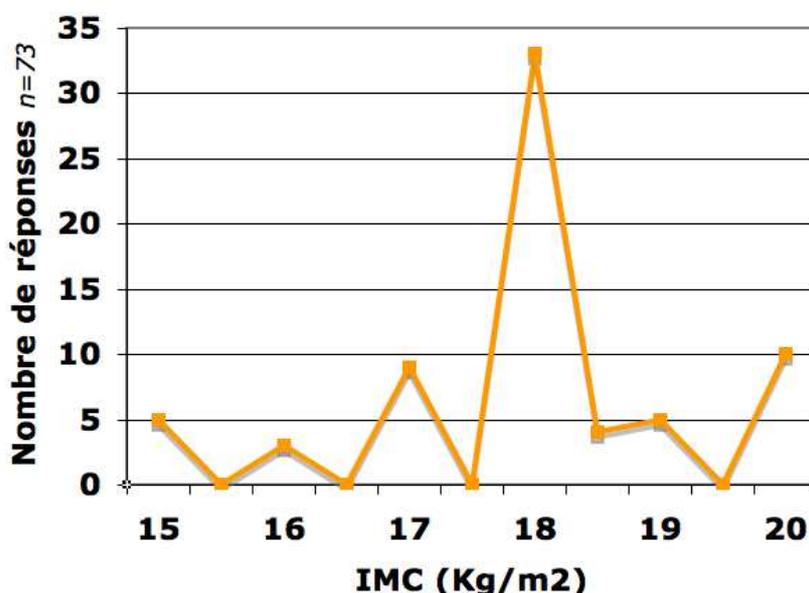


Illustration 8: IMC à partir duquel les sages-femmes s'inquiètent

Selon la majorité des sages-femmes ayant répondu au questionnaire de l'étude, la prise de poids totale pendant la grossesse devrait être de 10 à 15 kg pour les femmes dont l'IMC initial est entre 15 et 25 kg/m² et entre 15 et 20 kg pour les femmes dont l'IMC initial est inférieur à 15 kg/m². Les réponses sont regroupées dans le tableau 3.



	0 – 5 kg	5 – 10 kg	10 – 15 kg	15 – 20 kg	> 20 kg
< 15 kg/m ²	2 (2%)	6 (7%)	25 (30%)	32 (39%)	10 (12%)
15 – 20 kg/m ²	0	6 (7%)	43 (52%)	28 (34%)	1 (1%)
20 – 25 kg/m ²	0	17 (20%)	62 (75%)	0	0

Tableau 3: Répartition des réponses pour la prise de poids totale pendant la grossesse en fonction de l'IMC initial en nombre (pourcentages).

2.2.3 Item III : dépistage des TCA

Parmi les sages-femmes ayant répondu à l'enquête, 59% (49/83) dépistent les TCA de manière ciblée, 18% (15/83) les dépistent systématiquement, 12% (10/83) ne les dépistent pas et 11% (9/83) ont répondu «Je ne sais pas».

Pour celles qui les dépistent, 86% (55/64) calculent systématiquement l'IMC et la prise de poids totale pendant la grossesse, 78% (50/64) questionnent la femme sur son état psychologique. De plus, 55% (35/64) posent des questions sur les habitudes alimentaires de la femme et 52% (33/64) sur la vie quotidienne de leur patiente (exercice physique, vie sociale, situation scolaire ou professionnelle...).

Selon la plupart des sages-femmes interrogées, les moments idéaux pour dépister les TCA sont l'entretien prénatal précoce (69/83 soit 83%) , la consultation de début de grossesse (61/83 soit 73%) et les consultations de contraception et de suivi gynécologique de contraception (52/83 soit 63%) (Illustration 9). De plus, 2 sages-femmes ont ajouté qu'elles dépistent les TCA lors d'une hospitalisation ou d'une consultation d'acupuncture.

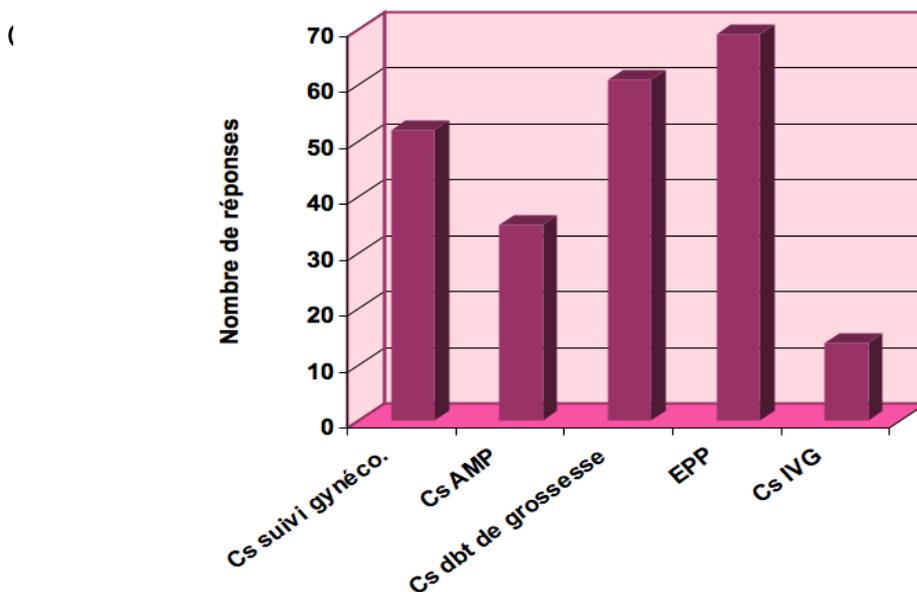


Illustration 9: Moment propice pour dépister les TCA selon les sages-femmes

grossesse = consultation de début de grossesse; EPP = entretien prénatal précoce;
Cs IVG = consultations pré ou post-IVG

2.2.4 Item 4: formation des sages-femmes

A la question, «avez-vous déjà reçu une information sur les TCA?», 48 sages-femmes ont répondu «non», 30 «oui», 5 «je ne sais pas» (Illustration 10). Parmi les sages-femmes ayant reçu une formation, il s'agissait de leur formation initiale pour 83% (24/29) d'entre elles, de leur formation continue pour 14% (4/29) et d'une brochure explicative pour 7% (2/29).

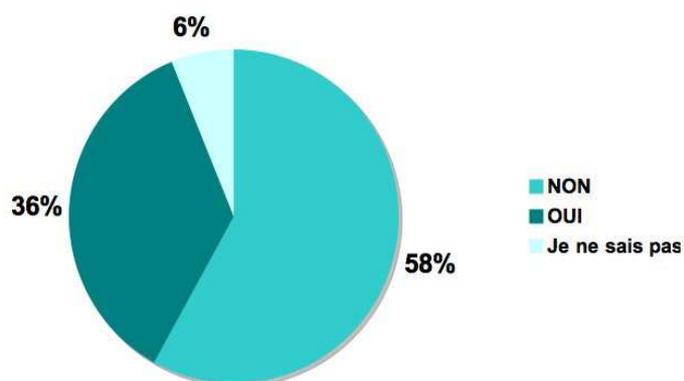


Illustration 10: Sages-femmes ayant reçu ou non une formation aux TCA

80% (66/83) des sages-femmes interrogées ne se sentent pas bien formées pour dépister les TCA, 18% (15/83) ne savent pas et 2% (2/83) pensent l'être suffisamment (Illustration 11).

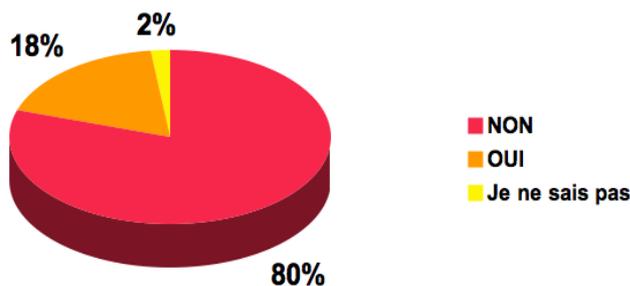


Illustration 11: Sages-femmes se sentant suffisamment formées

Enfin, si l'on demande aux sages-femmes ne se sentant pas suffisamment formées ce dont elles auraient besoin pour se sentir plus à l'aise, il y en a 51%



(43/83) qui répondent qu'une plaquette d'information les aideraient, contre 48%
(40/83) qui souhaiteraient une formation complémentaire.

3 Troisième partie : Discussion

3.1 Interprétation des résultats

3.1.1 Généralités

Selon une enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) datant de mars 2012³⁵, 99% des sages-femmes exerçant en France sont des femmes. Un seul homme ayant répondu à notre questionnaire, cette proportion est respectée par notre étude. En outre, plus de 50% des sages-femmes ont moins de 40 ans et travaillent à l'hôpital, ce qui est également le cas des sages-femmes ayant répondu à notre questionnaire. En revanche, notre enquête n'est pas tout à fait applicable au niveau national car la proportion de sages-femmes travaillant en hôpital, en libéral et en PMI n'est pas la même comme le montre le tableau 4 :

	Salariés hospitaliers	Libéral	PMI
National	74%	18%	8%
Etude	58% (53/94)	43% (40/94)	1% (1/94)

Tableau 4: Comparaison de la répartition des sages-femmes par secteur d'activité à l'échelle nationale et au niveau de l'étude

Enfin, 6% des sages-femmes exercent plusieurs activités en même temps (libérale et hospitalière par exemple) en France, c'est le cas pour 13% (11/83) des sages-femmes ayant répondu à notre questionnaire.

3.1.2 Connaissances des sages-femmes sur les TCA

En premier lieu nous pouvons remarquer que 58% des sages-femmes interrogées ont répondu que la prévalence des troubles des conduites alimentaires est supérieure à 1%. Ceci est juste dès lors que l'on tient compte des TCA dans leur généralité.³⁻⁵ Ces chiffres prouvent que plus de la moitié des sages-femmes se



rendent compte que ces troubles ne sont pas si rares, et donc qu'elles peuvent y être confrontées. Cependant, si l'on voit le problème dans l'autre sens, cela signifie que 42% des sages-femmes sous-estiment les TCA, ce qui pourrait avoir comme conséquence une baisse de leur vigilance.

Pour ce qui est de la population la plus touchée par les TCA, la majorité des sages-femmes savent la reconnaître et pensent, à raison, que ce sont les femmes âgées de 10 à 30 ans. C'est donc une population féminine, jeune, en plein âge de procréer. N'est-ce pas exactement la même que celle dont s'occupe principalement les sages-femmes?

De plus, les sages-femmes semblent connaître les principaux TCA dont nous parlons dans ce mémoire, l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse. Cependant, les réponses sont peu précises («Anorexie/Boulimie») et rares sont celles connaissant l'existence d'autres variétés de TCA. Par exemple, seules 3 sages-femmes sur 83 (soit 4%) ont parlé des troubles d'hyperphagie incontrôlée qui est un trouble touchant de nombreuses femmes et étant de plus en plus étudié.¹ Il est à noter également que 6 des sages-femmes interrogées ne connaissent que l'un des deux types de TCA abordés, 1 a répondu qu'elle ne savait pas et 8 n'ont pas répondu à la question. Ceci laisse à penser qu'au moins 18% des sages-femmes interrogées ne savent pas réellement de quoi on leur parle quand on parle de TCA.

Pour la question II.4, toutes les manifestations proposées étaient possibles dans le cadre des TCA. Ainsi, si les sages-femmes ont de solides connaissances, le taux des réponses doit s'approcher de 100% pour tous les symptômes. Malheureusement, ce n'est le cas que pour 4 sur 13: la maigreur, l'aménorrhée et l'alimentation restreinte ou sélective (associées à l'anorexie) et le surpoids (associé à la boulimie). Le plus surprenant est que presque toutes les sages-femmes savent que les femmes atteintes de TCA peuvent avoir un IMC plus bas ou plus élevé que la norme, mais à peine plus de la moitié (58%) pensent qu'elles peuvent avoir un poids normal. Or nous avons vu que la plupart des femmes atteintes de boulimie nerveuse ont un poids normal^{1,3,6,9}: ceci risque donc d'entraver le dépistage de la boulimie par beaucoup de sages-femmes. Les autres manifestations les moins reconnues par les sages-femmes sont l'hyperactivité physique, l'hyperinvestissement intellectuel et les

troubles digestifs. Ces troubles étant des points d'appel qui peuvent être importants pour l'anorexie mentale, c'est cette fois le dépistage de cette pathologie qui risque d'en être altéré. De plus, ce sont des troubles à l'origine de complications importantes pendant la grossesse (hyperactivité en fin de grossesse, prise de laxatifs...) et les sages-femmes devraient y être bien plus sensibilisées. La dernière partie des manifestations proposées est connue pour plus de la moitié des sages-femmes (autour de 70%) ce qui prouve malgré tout, que les sages-femmes ont des bases de connaissances sur les symptômes possibles des TCA.

La chute de la fertilité et l'absence de sexualité sont des caractéristiques qui touchent beaucoup d'anorexiques^{1,5,32,36}. De la même manière, malgré un IMC normal et une sexualité généralement présente, certaines boulimiques ont un taux de fertilité diminué^{15,16,29,36}. Cependant, il existe plusieurs situations dans lesquelles TCA et grossesse peuvent être amenés à co-exister. En effet, certaines malades ne sont pas infertiles (elles sont parfois elle-même surprises de découvrir, tardivement, une grossesse)^{16,31,32,36}. En outre, l'accès à la procréation médicalement assistée permet aux femmes infertiles (dont celles atteintes de TCA) d'avoir une grossesse^{24,29,32,36}. Enfin, une femme ayant eu des TCA dans le passé, peut avoir recouvré une fertilité normale³⁷. Ainsi, il n'est pas si rare d'avoir une femme enceinte atteinte de TCA actifs ou passés et ces femmes nécessitent une surveillance attentive, autant en prénatal qu'en post-natal.^{4,32,36} Les questions II.5, II.6, II.7 et II.8 sont à considérer comme un ensemble et montrent que malgré les connaissances variables des sages-femmes sur les TCA en général, elles savent bien cela. En effet, 94% des enquêtées ont répondu qu'une femme atteinte de TCA peut être enceinte et considèrent une femme ayant un antécédent de TCA comme «à risque». Enfin, 92% des sages-femmes interrogées savent que les TCA peuvent être à l'origine de complications obstétricales, foetales ou néonatales.

Au sujet des complications périnatales, toutes les réponses proposées n'étaient pas justes. Il n'a pas été décrit de rupture prématurée des membranes amniotiques, de chorioamniotite, de cholestase gravidique ni d'hémorragie de la délivrance associées aux TCA. Les réponses des sages-femmes à cette question ont été plutôt satisfaisantes, seul un faible nombre ont répondu positivement à ces propositions là (18% maximum). En prénatal, la complication la plus connue par les



sages-femmes est le retard de croissance intra-utérin (71% des réponses) puis la menace d'accouchement prématuré (64%). Il est à noter que seulement 42% des sages-femmes interrogées font un lien entre l'hyperémesis gravidarum et les TCA alors que celui-ci doit être un point d'appel pour le dépistage indispensable de la boulimie nerveuse. En post-natal, 84% des sage-femmes savent bien que les TCA sont pourvoyeurs de dépressions du post-partum et 73% seront vigilantes à la mise en place du lien mère-enfant. L'hypotrophie étant le pendant post-natal du RCIU, il est logique que presque le même nombre de sages-femmes les associent aux TCA. On peut donc conclure de ces données, que la plupart des sages-femmes sont globalement au courant des principales complications obstétricales, foetales et néonatales des TCA. Cependant, elles sont mieux informées sur la période du post-partum que sur les complications pendant la grossesse et ont tendance à en oublier certaines ce qui pourrait être un biais au dépistage des TCA et à leur attention pendant la grossesse.

L'IMC initial seuil retenu par notre étude est, selon les sages-femmes, de 18 kg/m². C'est à partir de ce chiffre que la plupart des sages-femmes ayant répondu au questionnaire s'inquiètent pour leur patiente, et, on peut le supposer, dépistent les TCA. Ce chiffre est expliqué par les normes de l'OMS: un IMC est normal lorsqu'il est compris entre 18,5 et 24,9 kg/m²³⁸. Cela prouve qu'au moins 40% des sages-femmes interrogées connaissent et tiennent compte des recommandations de l'OMS en terme d'IMC. Il est tout de même à noter que 10 sages-femmes se posent des questions uniquement en dessous de 17 kg/m² et 5 en dessous de 15 kg/m²!

Les questions II.11, II.12 et II.13 sont liées, interrogeant les sages-femmes sur la prise de poids totale idéale pendant la grossesse en fonction de l'IMC initial de la femme. Selon les recommandations de l'IOM (Institute of medicine) de 2009^{39,40,41}, la prise de poids totale idéale pour une femme enceinte dont l'IMC est normal (dont les patientes boulimiques) est de 11,3 à 15,9 kg et celle pour les femmes dont l'IMC est inférieur à 18,5 kg/m² doit être entre 12,7 et 18,1 kg. Ces recommandations sont valables uniquement pour les grossesses de singleton mais pour toutes les femmes, indépendamment de leur âge, parité, origine ethnique. Les femmes ayant un IMC entre 20 et 25 kg/m², ont un rapport entre leur poids et leur taille normal. Pour ces femmes, les sages-femmes recommandent à 75% une prise de poids située entre 10



et 15 kg ce qui correspond aux normes de l'IOM. Pour les femmes ayant un IMC très bas (inférieur à 15kg/m^2), les sages femmes sont plus partagées, et la majorité (69%) recommande une prise de poids entre 10 et 20 kg ce qui correspond également aux normes recommandées. Ainsi, il est possible de dire que les sages-femmes savent en majorité quelle prise de poids est recommandée pour les femmes enceintes, quel que soit leur IMC initial. Il est cependant à noter qu'en pratique, les cliniciens n'observent jamais de prise de poids aussi importante chez les femmes atteintes de TCA : elle est plutôt située entre 0 et 10 kg quand ce n'est pas une perte de poids! C'est pourquoi les sages-femmes doivent y être attentives.

3.1.3 Dépistage des TCA par les sages-femmes

La seconde partie de notre questionnaire s'intéressait au dépistage des troubles du comportement alimentaire fait par les sages-femmes. Comme nous l'avons vu précédemment, il est recommandé de dépister tous les troubles psychiatriques de manière systématique pendant la grossesse. Dès la première question, nous pouvons remarquer que seules 18% des sages-femmes interrogées dépistent les TCA de manière systématique. De plus, 12% avouent ne pas les dépister du tout et 11% ne savent pas (ce qui prouvent que, même si un dépistage est fait, il ne doit pas être très efficace). Environ la moitié des sages-femmes ayant répondu à l'étude dépistent les TCA de manière ciblée. Il aurait été intéressant de savoir sur quels critères elles les dépistent. En effet, si elle ne le fait pas de manière générale, trois signes doivent amener la sage-femme à dépister les TCA chez une femme enceinte^{15,26,31} : une faible prise de poids à deux consultations consécutives du 2ème trimestre, un antécédent personnel de troubles du comportement alimentaires, l'hyperémésis gravidarum. Cette question montre qu'il existe une réelle lacune en terme de dépistage des TCA par les sages-femmes.

Malgré tout, parmi les sages-femmes les dépistant, nous nous sommes intéressées à la manière dont elles le font. Il n'est pas étonnant de voir que les moyens les plus utilisés (par 66% des sages-femmes) est le calcul systématique de l'IMC et de la prise de poids totale. Seulement ces moyens peuvent servir à dépister uniquement les femmes atteintes d'anorexie nerveuse et qui plus est, symptomatique



pendant la grossesse. Une part importante de femmes atteintes de TCA (passés ou actifs) est donc négligée par ce dépistage là. Cependant, 78% des sages-femmes pratiquant le dépistage des TCA disent poser des questions sur l'état psychologique de la femme ce qui peut être un bon début pour dépister ces troubles. De plus, respectivement 55 et 52% de ces sages-femmes posent des questions à leurs patientes sur leurs habitudes alimentaires et leur vie quotidienne (exercice physique, vie sociale, situation scolaire et professionnelle...) ce qui peut également les mettre sur la voie. Enfin, 1% des sages-femmes interrogées et dépistant les TCA dit remettre un auto-questionnaire à la patiente, ce qui montre bien que les moyens de dépistages des TCA comme le SCOFF sont quasi-complètement inconnus des sages-femmes.

Grâce à la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire du 21 juillet 2009, les sages-femmes pratiquent aujourd'hui des consultations de suivi gynécologique de prévention et de contraception. Elles sont donc amenées à rencontrer et suivre une population particulièrement à risque de TCA (adolescentes et jeunes femmes). De plus, selon l'article L4151-1 du Code de la Santé Publique, la sage-femme peut également concourir aux activités de procréation médicalement assistée⁴². Or nous avons vu que les femmes atteintes de TCA, et particulièrement, les anorexiques y ont recours. Cependant, un retour à un poids normal, résoudra les problèmes d'infertilité le plus souvent et surtout permettra d'éviter toutes les complications liées à la grossesse. Il paraît donc nécessaire de dépister ces femmes avant de débiter tout protocole d'AMP.^{15,36} En outre, la sage-femme peut rencontrer des femmes enceintes atteintes de TCA dans de multiples situations: consultations de suivi de grossesse, entretien prénatal précoce, préparation individuelle à la naissance et à la parentalité, salle de naissance... elle a donc la possibilité de les dépister à tout moment! De plus, dans la vie courante, une femme atteinte de TCA n'est pas forcée de consulter un médecin, pendant la grossesse, la femme se sent obligée de consulter pour le bien du bébé. La sage-femme est alors souvent la 1ère personne rencontrée, donc à même de dépister précocement ces TCA. Enfin, la sage-femme semble particulièrement habilitée à dépister ces troubles psychologiques et somatiques car entretenant bien souvent une relation d'écoute et de confiance et partageant des moments de vie et d'intimité avec ses patientes.



Ainsi, nous avons demandé aux sages-femmes, quel moment leur semblait le plus propice au dépistage des TCA. Deux types de réponses ont été très positives: toutes les sages-femmes se sentent concernées par le dépistage des TCA et 3 sages-femmes (4%) ont répondu «dès que l'occasion se présente» d'elle-même, alors que la proposition n'y était pas. 83% des sages-femmes estiment que l'entretien prénatal précoce est le meilleur moment et cela est justifié: c'est une consultation moins médicalisée, plus longue, non centrée uniquement sur le déroulement physique de la grossesse mais plutôt sur l'histoire de vie du couple, individuelle et à deux. Il est d'autant plus approprié qu'il se déroule généralement au début de la grossesse, dans les 4 premiers mois, et permet de refaire un tour d'horizon des antécédents, de l'état psychologique et du vécu de la grossesse pour le couple. Cependant, tous les couples ne souhaitent pas y participer et cela n'est pas toujours proposé. Il est un peu décevant de voir que seul 63% des sages-femmes trouvent que les consultations de suivi gynécologique de prévention et de contraception sont un bon moment pour dépister les TCA alors que, au contraire, il semble que se soit le moment le plus approprié car le plus précoce (adolescentes et jeunes femmes avant toute grossesse). Cela peut s'expliquer par le fait qu'en 2014, la sage-femme suit encore peu de femmes non enceintes pour le suivi gynécologique et la contraception et devrait donc être réétudié à l'avenir. Enfin, 42% des sages-femmes pensent que les consultations de procréation médicalement assistée est un moment propice au dépistage ce qui prouve qu'elles n'ont pas encore bien compris les enjeux de ce dépistage précoce. En effet, ce résultat est très décevant car un dépistage à ce moment là paraît indispensable afin d'éviter les décompensations psychiques et complications somatiques auxquelles s'expose une femme atteinte de TCA en rentrant dans un circuit de PMA. Bien sûr, on ne refusera pas l'accès à la PMA à une femme atteinte de TCA ,mais un accompagnement psychologique et une surveillance étroite durant le parcours est nécessaire. Enfin, nous savons que le risque de grossesse multiple est augmenté lors d'une grossesse induite par PMA : le risque de complications pour une femme atteinte de TCA est donc d'autant plus élevé !



3.1.4 Formation des sages-femmes

Pour ce qui s'agit de la formation des sages-femmes au dépistage et à la prise en charge des troubles du comportement alimentaire, il est intéressant de voir que seules 36% des sages-femmes interrogées disent en avoir reçu une. Cela signifie que la majorité des sages femmes n'a jamais été formée à ce sujet et explique donc le manque de dépistage de ces troubles! De plus, pour celles ayant reçu une information, la plupart l'ont reçu à l'école pendant leur formation initiale. Ceci met en avant une lacune au niveau de la formation continue des sages-femmes et l'inexistence de brochures explicatives sur le sujet pouvant être distribuées et lues à tout moment, de manière facile par les sages-femmes. Nous avons, étudié la formation des sages-femmes selon leur âge :

	n	Oui	Non	Je ne sais pas
< 25 ans	11	6 (55%)	5 (45%)	0
25-35 ans	39	16 (41%)	19 (49%)	4 (10%)
35-45 ans	15	6 (40%)	8 (53%)	1 (7%)
45-55 ans	16	2 (13%)	14 (88%)	0
55-65 ans	1	0	1	0
> 65 ans	1	0	1	0
Total	83	30	48	5

Tableau 5: Répartition des sages-femmes ayant reçu ou non une formation par classes d'âge

	Formation initiale	Formation Continue	Brochure
< 25 ans	6	0	0
25-35 ans	14	2	0
35-45 ans	4	1	1
45-55 ans	0	1	1
55-65 ans	0	0	0
> 65 ans	0	0	0
Total	24	4	2

Tableau 6: Type de formation reçue par classes d'âge



Nous pouvons tout d'abord constater que plus les sages-femmes sont jeunes, plus la proportion ayant reçu une formation sur les TCA est importante (13% chez les 45-55 ans contre 55% chez les moins de 25 ans). Ceci peut être expliqué par le fait que les complications des TCA pendant la grossesse et le post-partum sont de plus en plus connues et que les équipes formatrices s'adaptent en formant de plus en plus les sages-femmes ce qui est un point positif. Cependant, on peut aussi penser que les sages-femmes plus âgées se souviennent moins de leur formation initiale que les jeunes et peuvent avoir oublié d'avoir eu une formation pendant leur période d'école ce qui expliquerait en partie le taux moins important de sages-femmes pensant avoir reçu une formation initiale. De plus, quel que soit l'âge des sages-femmes, la formation initiale reste le type de formation sur les TCA le plus important. En revanche, pour les sages-femmes ayant reçu une formation continue ou une brochure, elles ont toutes plus de 25 ans et la majorité a même plus de 35 ans (4/6). Cela peut être expliqué par le fait que plus la sage-femme est âgée, plus elle a eu le temps de recevoir des formations complémentaires comparée à une sage-femme jeune diplômée.

Bien sûr, il ressort des derniers résultats de notre étude que les sages-femmes ne se sentent globalement pas suffisamment formées sur les troubles du comportement alimentaire et qu'un complément d'information à type de plaquette d'information et/ou de formation supplémentaire leur serait bénéfique.

3.2 Limites de l'étude

La première limite de notre étude est évidemment le faible échantillon de sages-femmes ayant été interrogées. Malgré un grand nombre de relance par messagerie électronique, le taux de réponse à notre questionnaire a été peu important. Cela peut être expliqué par sa longueur et par le fait que, étant un sujet peu connu des sages-femmes, celles-ci sont réticentes à répondre aux questions. Si cette deuxième hypothèse est juste, cela entraîne un biais dans notre étude car alors plus de sages-femmes se sentant à l'aise avec le sujet auraient répondu que les autres. Ainsi, les réponses obtenues sur les connaissances des sages-femmes sont certainement les meilleures que l'on puisse obtenir en interrogeant une population de



sages-femmes. De plus, l'étude n'a pu être mise en place que pendant 6 semaines ce qui a pu être également une limite au nombre de réponses.

Une seconde limite est qu'aucune sage-femme travaillant en service d'aide médicale à la procréation ou en service d'orthogénie n'ait répondu au questionnaire. Cela a une influence sur les réponses aux questions concernant notamment le dépistage des TCA en consultation d'aide médicale à la procréation car on ne sait pas si ces sages-femmes les dépistent et il pourrait être intéressant de l'étudier.

Une dernière limite est dans la formulation de nos questions en elle-même. En effet pour la question II.4 concernant les symptômes possibles des TCA, les réponses étaient proposées et écrites, invitant chaque sage-femme à réfléchir dessus. On peut se demander ce qu'elles auraient spontanément écrit comme manifestations si on ne leur avait rien proposé au préalable. Cependant, ce type de question aurait demandé aux sages-femmes un travail trop grand de réflexion et rédaction. Il aurait ainsi encore plus limité le nombre de réponses car étant chronophage pour des sages-femmes qui n'ont déjà pas beaucoup de temps. Pour les questions II.5, II.7 et II.8, la réponse à la question est induite par la question elle-même et nécessite une honnêteté scrupuleuse des sages-femmes enquêtées. Enfin, les questions concernant la prise de poids totale pendant la grossesse ont été réalisées avant que nous ayons connaissances des recommandations de l'IOM et n'en tiennent donc pas compte ce qui rend leur interprétation difficile.

Conclusion

Le terme «troubles du comportement alimentaire» fait référence à un ensemble de pathologies psychiatriques de plus en plus connues et étudiées en 2014. L'anorexie mentale et la boulimie nerveuse en sont les principales et plus de 1% de femmes en sont atteintes. La population la plus touchée par les TCA est composée de femmes âgées de 10 à 30 ans. Si elles ne sont pas dépistées à temps, ces pathologies sont à l'origine de complications graves voir de décès (10%).

De plus, malgré une baisse fréquente de la fertilité des patientes atteintes, TCA et grossesse peuvent se rencontrer dans de multiples situations (notamment du fait la PMA). On observe alors le plus souvent une amélioration des symptômes pendant la grossesse et une aggravation dans le post-partum. Les TCA peuvent être à l'origine de complications pré et postnatales pour la mère comme pour le fœtus.

La sage-femme est habilitée à pratiquer des consultations de suivi gynécologique et de contraception, à concourir aux activités de PMA, à exercer un suivi pré, per et postnatal de toutes les grossesses physiologiques, à donner des cours de préparation à la naissance et à la parentalité et à faire les entretiens prénataux précoces. Par cela, elle se situe au cœur de la vie féminine et suit une population qui correspond à la population cible des TCA. Elle doit donc être sensibilisée et formée à dépister les TCA.

Notre étude a interrogé les sages-femmes sur leurs connaissances à propos des TCA, le dépistage qu'elles en font et leur formation. Les résultats permettent de confirmer les hypothèses énoncées. En effet, les sages-femmes enquêtées ont une base de connaissances sur les TCA acquise pour la plupart lors de leur formation initiale. Cependant, ces connaissances sont peu précises et concernent des généralités sur les TCA. La plupart des sages-femmes ont ainsi une idée de leur prévalence, des symptômes les plus fréquents, du fait qu'une femme atteinte peut être enceinte, qu'une femme ayant des antécédents doit être considérée comme «à



risque» et des principales complications pendant et après la grossesse. Malgré cela, la majorité avoue ne pas se sentir suffisamment formée sur le sujet et cela se remarque : plusieurs signes d'alerte importants des TCA sont ignorés, certaines complications sous-estimées et le taux de sages-femmes les dépistant systématiquement est faible. De plus, les sages-femmes pensent principalement à les dépister pendant la grossesse mais les consultations de suivi gynécologique et de PMA devraient être des moments favorisés ce qui n'est pas le cas. Notre étude permet également de se rendre compte que ce manque de connaissances et donc de dépistage est directement lié à un manque de formation et d'information sur les TCA. Les sages-femmes n'ont pas les pré-requis et outils nécessaires au dépistage et à la prise en charge de femmes atteintes de TCA.

Ainsi, il paraît nécessaire que les sages-femmes soient mieux formées sur les TCA : par leur formation initiale (mais nous avons constaté que cela est de plus en plus fait) et par une formation continue pour toutes les sages-femmes déjà diplômées. De plus, il pourrait être intéressant de réaliser une brochure explicative sur les TCA en général, les TCA en lien avec la grossesse, l'importance et la réalisation de leur dépistage, et le rôle que tient la sage-femme dans ce dépistage. Une sensibilisation au questionnaire SCOFF pourrait donner aux sages-femmes un moyen de dépistage plus précis. Une étude à plus grande échelle pourrait également être utile afin d'avoir plus de fiabilité et moins de biais.

Bibliographie

Références bibliographiques

1. Fairburn CG, Harrison PJ. *Eating disorders*. The Lancet. 2003 ; 361 (9355) : 407 – 416.
2. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. *Eating disorders*. The Lancet. 2010 ; 375 (9714) : 583 – 593.
3. Walsh JME, Wheat ME, Freund K. *Detection, evaluation, and treatment of eating disorders: The role of the primary care physician*. Journal of General Internal Medicine. 2000 Aug ; 15 (8) : 577–90.
4. Hudson JI et al. *The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Biological Psychiatry. 2007 ; 61 (3) : 348 – 358.
5. Haute Autorité de santé. *Anorexie mentale: prise en charge. Recommandations de bonne pratique*. 2011.
6. Duvauchelle Margot. *La relation mère-fille au cœur de la pathologie anorexique*. Mémoire de recherche en Psychologie. Lieu de soutenance : Université catholique de Paris, 2012, 133p.
7. Nielsen S. *Epidemiology and mortality of eating disorders*. Psychiatric Clinics of North America. 2001 ; 24 (2) : 201 – 214.
8. Hsu LKG. *Epidemiology of the eating disorders*. Psychiatric Clinics of North America. 1996 ; 19 (4) : 681 – 700.
9. Agency for Healthcare Research and Quality. *Eating disorders during pregnancy and postpartum, National Guideline Clearinghouse*. Rockville MD ; 2014.

10. Cotton M-A, Ball C, Robinson P. *Four simple questions can help screen for eating disorders*. Journal of General Internal Medicine. 2003 Jan ; 18 (1) : 53–6.
11. National Institute for Clinical Excellence. *Eating disorders : core intervention in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders : a national practice guideline*. Londres : National Institute for Health and Clinical Excellence, 2003.
12. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. *The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders*. BMJ. 1999 ; 319 (7223) : 1467–8.
13. Mond JM et al. *Screening for eating disorders in primary care: EDE-Q versus SCOFF*. Behaviour Research and Therapy. 2008 ; 46 (5) : 612 – 622.
14. Garcia FD et al. *Detection of eating disorders in patients: Validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire*. Clinical Nutrition. 2011 ; 30 (2) : 178 – 181.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed 4. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994
16. World Health Organization. *International Classification of Diseases*, ed 10. Geneva, WHO, 1992.
17. Knoph C et al. *Course and predictors of maternal eating disorders in the postpartum period*. International Journal of Eating Disorders. 2013 ; 46 (4) : 355–68.
18. Patel P et al. *The Children of Mothers with Eating Disorders*. Clinical Child and Family Psychology Review. 2002 ; 5 (1) : 1–19.
19. Tierney S et al. *Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder: A qualitative study*. International Journal of Nursing Studies. 2011 ; 48 (10) : 1223 – 1233.
20. Franko D. *Eating Disorders in Pregnancy and the Postpartum*. In: Hendrick V, editor. *Psychiatric Disorders in Pregnancy and the Postpartum*. Humana Press ; 2006. p. 179–96.



21. Rocco PL et al. *Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: A prospective study*. Journal of psychosomatic research. 2005 Sep 1 ; 59 (3) : 175–9.
22. Franko DL et al. *Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders*. Am J Psychiatry. 2001 Sep ; 158 (9) :1461–6.
23. Conti J, Abraham S, Taylor A. *Eating behavior and pregnancy outcome*. Journal of Psychosomatic Research. 1998 ; 44 (3–4) : 465 – 477.
24. Micali N, Treasure J, Simonoff E. *Eating disorders symptoms in pregnancy: A longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity*. Journal of Psychosomatic Research. 2007 ; 63 (3) : 297 – 303.
25. Lacey JH, Smith G. *Bulimia nervosa. The impact of pregnancy on mother and baby*. Br J Psychiatry. 1987 Jun ; 150 : 777–81.
26. Micali N. *Eating disorders and pregnancy*. Psychiatry. 2008 ; 7 (4) : 191 – 193.
27. Mazzeo SE et al. *Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women*. Int J Eat Disord. 2006 Apr ; 39 (3) : 202–11.
28. Franko DL, Spurrell EB. *Detection and management of eating disorders during pregnancy*. Obstetrics & Gynecology. 2000 ; 95 (6, Part 1) : 942 – 946.
29. Sollid CP et al. *Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome*. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2004 ; 190 (1) : 206 – 210.
30. Bulik CM et al. *Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa)*. Int J Eat Disord. 2009 Jan ; 42 (1) : 9–18.
31. Zerbe KJ. *Eating disorders in the 21st century: identification, management, and prevention in obstetrics and gynecology*. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2007 ; 21 (2) : 331 – 343.



32. Easter A, Treasure J, Micali N. *Fertility and prenatal attitudes towards pregnancy in women with eating disorders: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2011 ; 118 (12) : 1491–8.
33. Stein A et al. *Eating habits and attitudes among 10-year-old children of mothers with eating disorders: longitudinal study*. Br J Psychiatry. 2006 Oct ; 189 : 324–9.
34. Kent A. *Psychiatric disorders in pregnancy*. Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine. 2011 ; 21 (11) : 317 – 322.
35. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). *La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs*. N° 791. Mars 2012.
36. Micali N et al. *Fertility treatment, twin births, and unplanned pregnancies in women with eating disorders: findings from a population-based birth cohort*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2014 ; 121 (4) : 408–16.
37. Kohmura H et al. *Recovery of reproductive function in patients with anorexia nervosa: a 10-year follow-up study*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1986 Sep ; 22 (5-6) : 293–6.
38. World Health Organization. *Global database on body mass index, BMI classification*. En ligne. Adresse URL : http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html [Page consultée le 28.02.14].
39. Siega-Riz AM et al. *A systematic review of outcomes of maternal weight gain according to the Institute of Medicine recommendations: birthweight, fetal growth, and postpartum weight retention*. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2009 ; 201 (4) : 339.e1–339.e14.
40. Institute of Medicine. *Weight gain during pregnancy : reexamining the guidelines*. Washington, DC : National Academies Press ; 2009.



41. ACOG. *Weight gain during pregnancy*. Committee Opinion No. 548. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2013 ; 121 : 210–2.
42. République Française. *Légifrance.gouv.fr, le service public de la diffusion du droit*. En Ligne. Adresse URL :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020892639&dateTexte> [Page consultée le 15.02.14].



Annexes

Annexe I: SCOFF questionnaire

- Do you make **S**ick because you feel uncomfortably full?
- Do you worry you have lost **C**ontrol over how much you eat?
- Have you recently lost more than **O**ne stone in a three months period?
- Do you believe yourself to be **F**at when others say you are too thin?
- Would you say that **F**ood dominates your life?



Annexe II : DSM-IV

Anorexie mentale

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

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

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 post-pubères, aménorrhée c'est-à-dire absence d'au moins 3 cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple oestrogènes).

Spécifier le type :

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



Boulimie nerveuse

A - Survenue récurrente de crises de boulimie. Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

- absorption, en une période de temps limitée (par exemple, moins de 2 heures), d'une grande quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances
- sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)

B - Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif

C - Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins 2 fois par semaine pendant 3 mois

D - L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle

E - Le trouble ne survient pas exclusivement pendant les périodes d'anorexie mentale.

Spécifier le type :

- **Type avec vomissements ou prise de purgatifs** : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements
- **Type sans vomissements ni prise de purgatifs** : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappr , tels que le jeûne ou l'exercice physique, mais n'a pas régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.



Annexe II : CIM – 10

Anorexie mentale (F 50.0)

A – Perte de poids ou, chez les enfants, incapacité à prendre du poids, conduisant à un poids inférieur à au moins 15% du poids normal ou escompté, compte tenu de l'âge et de la taille.

B – La perte de poids est provoquée par le sujet qui évite les aliments « qui font grossir »

C – Perception de soi comme étant trop gros(se), avec peur intense de grossir, amenant le sujet à s'imposer un poids limite faible à ne pas dépasser

D – présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophysogonadique avec aménorrhée chez la femme et perte d'intérêt sexuel et de puissance érectile chez l'homme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister chez les femmes anorexiques sous thérapie hormonale de substitution, le plus souvent dans un but contraceptif)

E – Ne répond pas au critères A ou B de la boulimie (F 50.2)

Boulimie (F 50.2)

A – Episodes répétés d'hyperphagie (au moins 2 fois par semaine pendant une période d'au moins 3 mois) avec consommation rapide de quantités importantes de nourriture en un temps limité

B – Préoccupation persistante par le fait de manger, associée à un désir intense ou un besoin irrésistible de nourriture

C – Le sujet essaie de neutraliser la prise de poids liée à la nourriture, comme en témoigne la présence d'au moins l'une des manifestations suivantes :

- vomissements provoqués
- utilisation de laxatifs
- alternance avec des périodes de jeûne

- Utilisation de coupe-faim, de préparations thyroïdiennes ou de diurétiques ;
quand la boulimie survient chez des patients diabétiques, ceux-ci peuvent
sciemment négliger leur traitement à l'insuline

D – Perception de soi comme étant trop gros(se) avec peur intense de grossir
(entraînant habituellement un poids inférieur à la normale)



Annexe IV : Questionnaire de l'enquête

Les sages-femmes face aux troubles du comportement alimentaire : quelles connaissances ? quel dépistage ?

Etudiante en 2ème année de 2ème cycle des études de sage-femme, je réalise actuellement une enquête auprès des sages-femmes d'Ile-de-France dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. Pour cela, je sollicite votre participation en répondant à un questionnaire anonyme. La passation de celui-ci vous prendra environ 5 minutes.

Pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à me contacter au 06 38 43 10 51 ou par email : bussonjosephine@gmail.com.

Mes sincères remerciements,

Joséphine BUSSON.

*Obligatoire

I - Vous concernant

1) Quel âge avez-vous ? *

- < 25 ans
- 25 - 35 ans
- 35 - 45 ans
- 45 - 55 ans
- 55 - 65 ans
- > 65 ans

2) De quel sexe êtes vous ? *

- Femme
- Homme



3) En quelle année avez-vous été diplômé(e) sage-femme ? *

4) Quel est votre mode d'exercice actuel ? *

Plusieurs réponses possibles

- Maternité
- Libéral
- PMI

5) Si vous exercez en maternité, de quel niveau est-elle ?

- I
- IIa
- IIb
- III

6) Si vous exercez en maternité, dans quel service travaillez-vous ?

Plusieurs réponses possibles

- Aide médicale à la procréation
- Centre d'orthogénie
- Consultations prénatales
- Echographies prénatales
- Diagnostic anténatal
- Hospitalisation à domicile
- Grossesses à haut risque
- Salle de naissance
- Suites de couches

II - A propos des troubles du comportement alimentaire (= TCA)

1) Quelle est la prévalence des TCA dans la population générale féminine?

- 0,1/100
- 0,5/100
- > 1/100



2) Quelle est la population la plus touchée ?

- Femmes entre 0 et 10 ans
- Femmes entre 10 et 30 ans
- Femmes entre 30 et 40 ans
- Femmes > 40 ans
- Hommes entre 0 et 10 ans
- Hommes entre 10 et 30 ans
- Hommes entre 30 et 40 ans
- Hommes > 40 ans

3) Quel(s) type(s) de TCA connaissez-vous ?

4) Comment les TCA peuvent-ils se manifester ?

Plusieurs réponses possibles

- Maigreur
- Poids normal
- Surpoids
- Hyperactivité physique
- Alimentation restreinte/sélective
- Hyperphagie
- Troubles digestifs
- Hyperinvestissement intellectuel
- Nausées/vomissements
- Anémie
- Asthénie
- Aménorrhée
- Isolement social
- Autre :

5) Une femme souffrant de TCA peut-elle être enceinte ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

6) Si non, pourquoi ?

7) Considérez-vous une femme ayant un antécédent de TCA comme une patiente à risque ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

8) Des TCA peuvent-ils être à l'origine de complications obstétricales, foetales ou néonatales ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

9) Si oui, laquelle/lesquelles?

Plusieurs réponses possibles

- Menace d'accouchement prématuré
- Rupture prématurée des membranes
- Retard de croissance intra-utérin
- Chorioamniotite
- Hyperémesis gravidarum
- Cholestase
- Pré-éclampsie
- Hémorragie de la délivrance
- Hypotrophie
- Dépression du post-partum
- Difficultés d'établissement du lien mère-enfant
- Autre :

10) En dessous de quel IMC vous inquiétez-vous pour une patiente ?

IMC = indice de masse corporelle = Poids en kg / (Taille en m)²

11) Pour vous, quelle est la prise de poids totale conseillée pendant une grossesse pour une femme dont l'IMC initial est entre 20 et 25 kg/m² ?

- 0 - 5 kg
- 5 - 10 kg
- 10 - 15 kg
- 15 - 20 kg
- > 20 kg

12) Même question pour une femme dont l'IMC initial est entre 15 et 20 kg/m²

- 0 - 5 kg
- 5 - 10 kg
- 10 - 15 kg
- 15 - 20 kg
- > 20 kg

13) Même question pour une femme dont l'IMC initial est inférieur à 15 kg/m²

- 0 - 5 kg
- 5 - 10 kg
- 10 - 15 kg
- 15 - 20 kg
- > 20 kg

III - A propos du dépistage des TCA

1) Lorsque vous rencontrez une patiente, dépistez-vous les TCA (antécédents ou actifs) ?

- Oui, systématiquement
- Oui de manière ciblée
- Non
- Je ne sais pas

2) Si oui, par quel(s) moyen(s) ?

Plusieurs réponses possibles

- Calcul systématique de l'IMC
- Pendant la grossesse, calcul systématique de la prise de poids totale
- Question sur l'état psychologique de la femme
- Question sur les habitudes alimentaires de la femme
- Question sur la vie quotidienne de la femme (exercice physique, vie sociale, situation scolaire/professionnelle...)
- Auto-questionnaire remis à la patiente
- Autre :

3) Selon vous, quel(s) est/sont le(s) meilleur(s) moment(s) pour dépister les TCA ?

Plusieurs réponses possibles

- Consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention
- Consultation de procréation médicalement assistée
- Consultation de début de grossesse
- Entretien prénatal précoce
- Consultation pré ou post-IVG
- Je ne me sens pas concerné(e)
- Autre :

IV - A propos de votre formation

1) Avez-vous déjà reçu une information sur les TCA ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

2) Si oui, de quel(s) type(s) s'agissait-il ?

Plusieurs réponses possibles

- Formation initiale
- Formation continue
- Brochure explicative
- Autre :



3) Vous sentez-vous suffisamment formé(e) pour dépister les TCA ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

4) Si non, que souhaiteriez-vous pour vous sentir plus à l'aise ?

- Plaquette d'information
- Formation complémentaire
- Autre :