



Le vécu de la grossesse chez les femmes ayant une histoire de troubles du comportement alimentaire

Anne-Lise Sinapi

► To cite this version:

Anne-Lise Sinapi. Le vécu de la grossesse chez les femmes ayant une histoire de troubles du comportement alimentaire. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01196218

HAL Id: dumas-01196218

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01196218>

Submitted on 15 Sep 2015

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



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.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10



UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 26 mai 2015

par

Anne-Lise SINAPI

Née le 05/12/1991

**Le vécu de la grossesse chez les femmes
ayant une histoire de troubles du
comportement alimentaire**

DIRECTEUR DU MEMOIRE :
Mme HUBIN-GAYTE Mylène

Anciennement chercheur à l'Université de
Picardie, actuellement psychologue en libéral

JURY :
Mme HUBIN-GAYTE Mylène

Mme FAURE Guiliana
Mme MAREST Cécile
Mme BENJILANY Sarah

Anciennement chercheur à l'Université de Picardie,
actuellement psychologue en libéral
Sage-Femme à Necker
Sage-Femme Enseignante à l'école de Baudelocque
Sage-Femme libérale et psychologue

2015PA05MA29

Remerciements

Je remercie chaleureusement ma directrice, Mylène Hubin-Gayte, pour m'avoir accompagnée tout au long de ce travail.

Un merci particulier à Mme Vérot pour m'avoir accompagnée tout au long de ces 4 années et pour m'avoir soutenue dans mes projets.

Un merci particulier aussi à Mme Chantry pour son soutien et son investissement dans mes différents projets.

Un grand, grand, immense merci à mes chères relectrices Marine, Cécile et ma tante Sylvia pour leurs relectures attentives et leurs précieux conseils.

Un grand merci à mes amies « MMM » avec qui j'ai partagé ces 4 belles années.

Un grand merci à mes parents pour leur aide et à Louis pour son soutien.

Table des matières

Introduction.....	7
Matériel et Méthodes	15
Objectifs et hypothèses	15
Dispositif de recherche	15
Déroulement de l'étude, outil méthodologique	16
Participants	19
Variables retenues	20
Stratégies d'analyse	20
Considérations éthiques et réglementaires.....	21
Résultats	22
Analyse quantitative	22
1. Caractéristiques des populations.....	22
2. Fréquence d'occurrence des thèmes selon le groupe.....	24
3. Répartition des différentes thématiques selon le groupe.....	24
Analyse qualitative	26
1. Principaux résultats.....	26
1.1 Changements corporels.....	26
1.1.1 Femmes TCA	26
1.1.2 Femmes témoins	31
1.2 Changements alimentaires.....	33
1.2.1 Femmes TCA	33
1.2.2 Femmes témoins	36
1.3 Place de l'entourage.....	37
1.3.1 Besoin de soutien	37
1.3.2 Place du conjoint	38
1.3.3 Regard de l'autre	38
1.4 Influence de la grossesse chez des femmes ayant eu un TCA par le passé	39
2. Autres résultats.....	40
Discussion	43
Conclusion	46
Bibliographie.....	47
Annexes	50

Liste des figures

Figure 1 - Grille thématique utilisée pour l'analyse.....	21
Figure 2 - Caractéristiques du groupe TCA.....	22
Figure 3 - Caractéristiques du groupe témoin	23
Figure 4 - Fréquence d'occurrence des thèmes selon le groupe.....	24
Figure 5 - Répartition des différentes thématiques selon le groupe	25

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Critères diagnostiques du DSM IV.....	50
ANNEXE 2 : Questionnaire SCOFF distribué aux femmes.....	51
ANNEXE 3 : Document d'information distribué aux patientes à la remise du SCOFF.....	52
ANNEXE 4 : Grille de l'entretien.....	53

Introduction

Les troubles du comportement alimentaire (TCA), sont définis globalement comme des « troubles du comportement visant à contrôler le poids et altérant de façon significative la santé physique comme l'adaptation psychosociale, sans être secondaires à une affection médicale ou à un autre trouble psychiatrique » (1).

Il existe plusieurs types de TCA, définis et classifiés par le DSM IV¹ (annexe 1) et la CIM 10². On distingue ainsi 3 catégories. Les deux formes les plus connues sont l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse. Il existe également une troisième catégorie qui comprend les formes sub-cliniques de TCA ou « EDNOS », de l'anglo-saxon : *eating disorders not otherwise specified*, qui ne remplissent pas tous les critères diagnostics du DSM-IV mais qui ont un impact important sur la santé des personnes. Les EDNOS représenteraient près de la moitié des TCA (2).

Les TCA sont notamment présents dans les sociétés occidentales et représentent un véritable problème de santé publique par leurs conséquences en termes de morbidité et mortalité (1) (3). Ils concernent principalement les adolescentes et les femmes en âge de procréer. En effet, 9 personnes sur 10 atteintes de TCA sont des femmes (1) (3). Les études épidémiologiques publiées sur les TCA sont majoritairement anglo-saxonnes. Aucune donnée d'incidence et de prévalence n'est disponible en France, que ce soit en population générale ou en médecine générale, bien que l'association française pour le développement des approches spécialisées des TCA (AFDAS-TCA) ³ estime que les TCA concernent en France environ 600 000 jeunes (1). L'enquête française ESCAPAD, menée par l'OFDT⁴ en 2011, et réalisée auprès d'adolescents entre 12 et 17 ans, indique une prévalence d'anorexie et de boulimie d'environ 4% pour cette tranche d'âge. En Europe, deux études récentes constatent une augmentation de l'incidence des TCA. En France, le profil d'évolution des TCA, très probablement semblable à celui d'autres pays industrialisés, irait donc dans le sens d'une augmentation (1).

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition

² Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision

³ <http://www.anorexiéboulimie-afdas.fr/>

⁴ Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

Selon les études internationales, la prévalence et l'incidence des TCA varient. Les cas d'anorexie mentale répondant aux critères diagnostiques du DSM-IV varient en population générale de 0,9 % à 1,5 %. Les formes sub-syndromiques d'anorexie mentale sont 2 à 3 fois plus fréquentes (1). Les cas de boulimie concerneraient 1% des adultes en vie entière (4). Selon les études, la prévalence des femmes enceintes ayant une histoire, actuelle ou passée de TCA, oscille entre 2 à 5 % et 15 % des femmes auraient une forme sub-clinique (5). La fréquence des TCA varie avec la définition retenue (1). En effet, les chiffres sont très variables car ils dépendent des critères diagnostiques utilisés pour le repérage, le plus souvent ceux du DSM-IV. L'existence de formes sub-cliniques de TCA et le fait qu'il s'agit d'une pathologie insidieuse, déniée ou cachée par les personnes atteintes, rendent le diagnostic et les études épidémiologiques difficiles.

Les femmes ayant un TCA actif ou un passé de TCA sont de potentielles futures mères et il semble nécessaire en tant que sage-femme d'être sensibilisée à cette problématique. Il nous paraît important de distinguer d'une part les femmes débutant une grossesse alors qu'elles sont dans le vif d'une pathologie alimentaire et d'autre part celles qui ont un vécu passé de TCA mais qui n'ont pas un trouble actif au moment de débuter la grossesse. Dans les deux cas, il s'agit d'éléments d'anamnèse devant attirer notre attention.

L'existence d'un TCA est fréquente dans la population des femmes enceintes. Sur une cohorte de 12254 femmes enceintes, Micali et al constatent que 4% des femmes présentent un TCA actuel ou passé, et qu'il s'agit principalement de boulimie (6). De même, d'après Eagles et al qui se sont intéressés à la grossesse de femmes ayant une anorexie actuelle ou un passé d'anorexie, la grossesse parmi les femmes ayant ce trouble est « relativement courante » (7). En effet, le recours aux techniques de procréation médicalement assistée permet d'accéder à la maternité en dépit d'un poids insuffisant (8). Selon certains auteurs, le taux de fertilité chez les femmes anorexiques serait proche de celui des femmes non anorexiques (9), toutefois la majorité s'accorde pour dire que le taux de fertilité est diminué. Concernant les femmes boulimiques, les problèmes de reproduction seraient moindres (4).

La survenue d'une grossesse chez des femmes ayant de tels troubles, actuels ou passés, questionne non seulement sur le plan des conséquences obstétricales et fœtales mais également sur celui de l'impact psychologique. La littérature abonde en

études quantitatives évaluant l'impact médical d'un TCA actif sur la grossesse. On constate de plus que l'intérêt est principalement porté sur l'anorexie, même si la littérature est assez discordante quant aux issues obstétricales et fœtales chez ces femmes. Pour ce qui est de l'impact de la grossesse sur le TCA, il n'existe pas de consensus sur son évolution. Certains auteurs constatent une amélioration du TCA au cours de la grossesse avec une recrudescence des troubles dans le post-partum (10) (11) (12), tandis que pour d'autres, la grossesse peut renforcer les problématiques alimentaires (13). Les articles s'intéressant également aux femmes ayant été symptomatiques par le passé sont moins nombreux et montreraient que les conséquences fœtales et néonatales imputables aux TCA, tels que le petit poids pour l'âge gestationnel, concerneraient aussi les femmes asymptomatiques au moment de débuter leur grossesse (7) (8) (14). Une étude récente réalisée auprès de 2257 femmes enceintes ayant une histoire de TCA recommande une surveillance rapprochée de celles-ci, que le TCA soit passé ou actuel (14). Bien que l'impact médical du TCA sur la grossesse soit important à prendre en charge, on ne peut pas faire l'économie d'un questionnement sur la façon dont ces femmes vivent la grossesse et ses bouleversements corporels alors même qu'elles sont, ou ont été, dans une dynamique pathologique de contrôle de ces derniers. Picard, qui a étudié le vécu de la grossesse chez des femmes TCA, souligne qu'il ne faut pas sous-estimer la souffrance psychique que les modifications corporelles et alimentaires peuvent engendrer chez ces femmes, même si la symptomatologie diminue (5).

La grossesse est une période de chamboulements pour toute femme, quelle que soit son histoire. Après l'adolescence, elle apparaît comme la « deuxième crise maturative » dans la vie d'une femme de par les changements psychiques et corporels qu'elle induit (15). D'un point de vue psychique, la femme est renvoyée à une « crise d'identité » semblable à celle déclenchée par la puberté car en un temps limité elle voit son corps se modifier et doit s'adapter à ces changements. La maternité est en effet pourvoyeuse de remaniements psychiques profonds qui s'opèrent chez toutes les femmes et dont le but est de les préparer à leur futur rôle de mère. L'état de « transparence psychique » décrit par Bydlowski provoque la résurgence de problématiques infantiles et d'angoisses refoulées qui reviennent subitement à la surface (16). Cependant, l'impact de cet état dépend du vécu de chacune. La grossesse, de par ce phénomène psychique, apparaît pour certaines femmes comme

une « expérience réparatrice » car elle permettrait à la future mère de « retisser les problématiques enfantines et adolescentes réémergentes afin de former un nouvel entrelacement » (16). Bydlowski, parlait d'un moment de « rencontre intime avec soi-même » (16). De plus, la grossesse est également marquée par une régression sur un mode narcissique, c'est-à-dire que la femme se concentre davantage sur elle-même et sur son fœtus comme s'il ne faisait plus qu'un, mais également par une hypersensibilité de la sphère orale car l'alimentation renvoie à un mode d'expression très archaïque qui est favorisé chez la femme en début de grossesse (5) (17). Sur le plan physiologique, la grossesse est marquée par des changements corporels et alimentaires qui sont caractéristiques de la gestation. La particularité des transformations physiques, telles que la prise de poids, l'arrondissement des seins, des hanches, des cuisses et enfin du ventre, est qu'elles surviennent sur un temps limité et que la femme doit s'adapter à son nouveau corps. Bien que la société occidentale valorise l'image de la femme mince à la physionomie masculine, la grossesse semble moins soumise à la pression sociale par rapport à la prise de poids (18) (5). Cependant, cette pression s'exerce ailleurs en imposant aux femmes d'être heureuses enceintes (5).

Selon de nombreux auteurs, pour les femmes tout venant, la grossesse serait une période où le lâcher prise est toléré et où la satisfaction corporelle des femmes augmenterait (18) (19). Cependant, concernant la satisfaction corporelle, les conclusions des études diffèrent. Chang et al, qui ont interrogé des femmes au troisième trimestre de grossesse, ont trouvé que 50% des femmes manifestaient des insatisfactions par rapport à leur corps et avaient peur de ne pas retrouver leur silhouette d'avant après l'accouchement (16) (20). Tandis que pour Hubin-Gayte et Squires, la satisfaction corporelle varie peu avec la grossesse (17). Pour d'autres auteurs, la satisfaction corporelle évoluerait au cours de la grossesse. Elle serait moindre au début de la grossesse car la grossesse ne s'affiche pas clairement, et puis augmenterait au cours des mois pour stagner au troisième trimestre (21). La satisfaction corporelle est une dimension complexe qui se réfère à l'évaluation subjective de son propre corps au niveau du poids et de l'apparence et qui dépend de l'histoire personnelle de l'individu (22). De ce fait, on constate que lorsqu'on étudie la satisfaction corporelle chez des femmes qui s'étaient imposé des restrictions alimentaires avant la grossesse ou qui avaient suivi un ou plusieurs régimes dans leur

vie, elles ont tendance à réagir plus négativement aux changements physiques de la grossesse (23). Le problème, c'est que l'insatisfaction corporelle peut être responsable de conduites alimentaires inadaptées au cours de la grossesse, voire à des restrictions avec des conséquences sur la santé maternelle et fœtale (21) (24). Bourgoin, qui a étudié la satisfaction corporelle chez des femmes enceintes tout venant, conseille de prendre en compte le vécu des changements corporels au cours de la grossesse afin de repérer les femmes les plus vulnérables et leur venir en aide (18). A la vue de ces éléments, on peut se demander si les femmes ayant un vécu de TCA sont plus à même d'être insatisfaites au cours de la grossesse et donc susceptibles d'adopter des conduites à risque.

Pour ce qui concerne les changements alimentaires, les femmes sont généralement confrontées à une augmentation de leur appétit et à l'apparition de *petits maux*. En parallèle, elles doivent suivre les recommandations de santé qui conseillent d'une part une prise de poids globale de 12 kg sur 9 mois (si l'IMC⁵ pré-conceptionnel est normal), de manger « sainement », et d'autre part d'éviter certains aliments à risque de toxoplasmose et de listériose (25). Il existe donc une forte pression sociale et médicale autour de l'alimentation des femmes enceintes qui se traduit par une augmentation de l'intérêt porté à la nourriture au cours de la grossesse (17). Sur un aspect psychodynamique, les changements alimentaires du début de grossesse seraient dus à l'hypersensibilité de la sphère orale qui expliquerait les *petits maux* communs tels que les dégouts, les nausées, les vomissements et les envies. Ceux-ci disparaissent dans la majorité des cas à la fin du premier trimestre et seraient le reflet de l'adaptation maternelle à l'état de grossesse (17). Les femmes enceintes ne sont pas insensibles à ces changements. De façon générale, toutes les femmes enceintes, et pas uniquement celles ayant une histoire de TCA, seraient hautement préoccupées par leur alimentation, la majorité modifiant leurs habitudes alimentaires et présentant la crainte de perdre le contrôle des quantités ingérées(17). Il existe donc un continuum entre la normalité et la pathologie et il est important d'être capables de faire la différence entre les deux. Ainsi, on pourrait se demander si les changements alimentaires présentent des spécificités chez les femmes ayant des antécédents de TCA.

⁵ IMC : Indice de masse corporelle

La grossesse est donc une période de vulnérabilité et de sensibilité accrue car elle réactive la problématique de l'image du corps et de la féminité. Elle est en ce sens similaire à la période de l'adolescence. Les femmes ayant un vécu de TCA par le passé sont particulièrement exposées à ces bouleversements et leurs conduites alimentaires pourraient redevenir pathologiques. D'après Péolidis, qui s'est interrogée à travers une revue de la littérature sur le vécu de la grossesse des femmes ayant été anorexiques à la puberté, celles ayant un TCA non symptomatique au moment de débiter la grossesse seraient à risque de recrudescence. En effet, face au corps qui change, ces dernières pourraient remettre en place les mêmes « réflexes défensifs » utilisés au cours de la puberté (26). On peut se demander si cette hypothèse est applicable à tout type de TCA. Pour cela, le vécu de la grossesse chez les femmes ayant un TCA actuel ou passé pourrait être appréhendé par des études qualitatives portant sur l'analyse des discours. Or, celles-ci sont peu nombreuses. Cet aspect nous semble pourtant riche à explorer étant donné qu'il permettrait de comprendre comment ces femmes vivent les changements propres à la grossesse, comment elles gèrent leur TCA face à l'épreuve de la maternité, et si, dans le cas de TCA anciens la grossesse peut être un facteur de reviviscence. La compréhension des différents mécanismes en jeu permettrait la mise en place d'une aide adaptée pour ces femmes enceintes. Notre revue de la littérature nous a permis d'identifier 5 articles qui étudient le vécu de la grossesse chez les femmes ayant un TCA actuel ou passé à travers l'utilisation d'entretiens semi-directifs, ainsi qu'une revue de littérature d'articles qualitatifs sur le sujet. Le premier qui inclut 6 femmes présentant une anorexie nerveuse, montre que la grossesse est une période où celles-ci prennent davantage soin d'elles-mêmes pour le bébé. Elles réintègrent à leur alimentation des aliments qu'elles s'interdisaient auparavant et ne sautent plus de repas. Elles sont moins obsédées par leur corps et leur alimentation. Cependant, elles craignent de « prendre du poids sans fin » et de ne pas retrouver leur corps d'avant la grossesse après l'accouchement (27). Le second, réalisé auprès de 16 femmes ayant en majorité une boulimie, constate que celles-ci sont moins préoccupées par la prise de poids au cours de la grossesse. En revanche, après l'accouchement, elles ont tendance à vouloir retrouver rapidement leur silhouette et se sentent déprimées de ne pas y parvenir aussi vite qu'elles le souhaitent (28). Dans le troisième article, Shaffer et al analysent le discours de 10 femmes enceintes ayant soit une anorexie sub-clinique actuelle ou passée, soit une boulimie nerveuse actuelle ou passée. Cinq thématiques principales qui empreignent le

discours des femmes TCA sont mises en avant : l'existence d'un combat psychologique constant pour éviter la perte de contrôle, une distorsion de l'image corporelle, un traumatisme provoqué par la mesure du poids, le besoin de cacher l'expérience vécue, et pour finir la peur et la panique du postpartum. Ces éléments permettent de mieux comprendre les ressentis des femmes TCA au cours de la grossesse (29). Enfin, Tierney et al, analysent à travers les entretiens de 8 femmes ayant un TCA actif la façon dont la maternité change leurs croyances et leurs comportements par rapport au poids et à la nourriture. Ils définissent ainsi trois catégories de femmes : celles qui semblent être guéries de leur TCA, celles qui ont pu mettre de côté leur TCA au cours de la grossesse, et celles qui n'ont pas pu renoncer à leurs conduites alimentaires pathologiques. Cependant, l'échantillon est hétérogène car il est composé de femmes ayant accouché et de femmes enceintes ce qui a pu fausser les résultats. La synthèse d'articles qualitatifs menée par Tierney et al explorant l'expérience de la maternité des femmes TCA, met en avant l'existence d'une « tourmente intérieure ». Les femmes TCA vivraient un conflit interne teinté de peur et de culpabilité qui oppose le besoin de contrôler leur corps dans un esprit d'auto-préservation et en même temps la nécessité de lâcher prise afin d'assurer le bien-être de leur enfant (4). Bien que ces articles permettent d'explorer le vécu des femmes TCA, on constate qu'ils s'intéressent uniquement à des femmes présentant un TCA et ne les comparent pas à un groupe de témoins. Or, comme nous l'avons vu, la grossesse et ses changements peuvent être déstabilisants pour toutes les femmes (17) (5). De ce fait, il peut être intéressant de comparer le ressenti des femmes TCA enceintes à un groupe de femmes sans histoire de TCA afin de mettre en évidence les mécanismes similaires et les éléments divergents qui doivent attirer notre attention. Une comparaison des discours a été menée par Picard qui s'est attaché à évaluer l'expérience subjective de la maternité chez 10 femmes ayant des TCA par rapport à 10 femmes témoins interrogées au 8^{ème} mois de grossesse. Les résultats de Picard soulignent que les femmes TCA ont un discours beaucoup plus extrême concernant la grossesse. Elles la vivent soit comme une contrainte physique, où elles se sentent en décalage par rapport à l'image de la femme enceinte épanouie renvoyée par les médias, soit comme une période d'apaisement transitoire face aux angoisses de prise de poids. En comparaison, les femmes témoins sont beaucoup plus nuancées dans leurs propos. De plus, les femmes TCA ont davantage tendance à utiliser des moyens de défense comme le déni ou le refoulement pour pallier leurs angoisses face aux

changements corporels. L'étude de Picard permet de mettre en évidence l'existence d'une continuité entre le discours des femmes TCA et des femmes témoins, ce qui efface l'idée d'une frontière bien définie dans le vécu de la maternité entre ces deux groupes. Un autre résultat mis en avant par Picard, est l'existence d'un lien fort entre la puberté et la maternité. Cependant, Picard ne différencie pas les femmes ayant des TCA actuels ou anciens, ce qui présente une des limites de son étude. Il serait en effet intéressant d'évaluer comment les femmes ayant eu un trouble alimentaire à l'adolescence vivent les changements corporels.

L'étude de Micali et al (6), est une des seules études ayant comparé le comportement alimentaire et la satisfaction corporelle des femmes symptomatiques et asymptomatiques au cours de la grossesse à travers l'utilisation de questionnaires. Les femmes appartenant au groupe TCA passé adopteraient à nouveau des conduites alimentaires anormales au cours de la grossesse (vomissements, utilisation de laxatifs...). Le problème de ce groupe est qu'il n'est pas pris en charge par les professionnels de santé, d'une part car il n'est pas dépisté et d'autre part car ces femmes n'en parlent pas ouvertement (4). Or, le dépistage des TCA passés ou actuels devrait être systématique en début de grossesse.

À travers le discours de nombreuses patientes que j'ai suivi au cours de mes stages, j'ai pu percevoir l'importance que revêtent les changements physiques et alimentaires dans le vécu de la grossesse pour chacune d'entre elles. J'ai choisi de m'intéresser aux femmes ayant des TCA car celles-ci me semblaient plus vulnérables. J'ai en effet été confrontée à des patientes ayant des ATCD d'anorexie ou de boulimie à l'adolescence et pour lesquelles aucune prise en charge spécifique n'avait été mise en place. Je me suis demandé comment elles vivaient leurs remaniements physiques et si elles avaient à nouveau des conduites alimentaires à risque qui auraient nécessité une prise en charge globale, aussi bien médicale que psychologique. Mon projet de mémoire de fin d'études naît ainsi de ces questionnements.

L'existence d'un trouble du comportement alimentaire actuel ou passé constitue-t-il un facteur d'insatisfaction corporelle au cours de la grossesse? Peut-il induire une reviviscence de conduites alimentaires à risque sur cette période?

Matériel et Méthodes

Objectifs et hypothèses

L'objectif principal de cette étude est d'étudier l'impact d'un TCA sur le vécu de la grossesse. L'objectif secondaire est d'évaluer si la grossesse chez des femmes TCA passé peut favoriser la réapparition de troubles du comportement alimentaire. Pour répondre à ces objectifs, nous allons évaluer à travers l'analyse des discours, la façon dont les femmes ayant une histoire actuelle ou passée de TCA ressentent les modifications corporelles et le changement d'habitudes alimentaires inhérentes à la grossesse. Nous comparerons ce groupe de femmes à un groupe contrôle de femmes n'ayant pas de tels antécédents.

H1: Chez les femmes identifiées avec TCA, les changements corporels et alimentaires seront moins bien vécus que pour les femmes témoin.

H2 : Les femmes TCA sont plus demandeuses de soutien psychologique ou diététique au cours de la grossesse comparativement aux femmes du groupe contrôle.

H3 : La grossesse chez les femmes avec un passé de TCA peut favoriser la reviviscence du trouble du comportement alimentaire.

Dispositif de recherche

Afin de répondre à nos hypothèses et étant donné le sujet d'étude, qui concerne une pathologie représentant environ 1 % d'individus nous avons décidé de réaliser une étude qualitative. Initialement, une étude quantitative avait été menée en complément de l'étude qualitative, à partir d'informations relevées dans les dossiers médicaux. Cependant, le petit effectif de femmes détectées comme présentant un TCA ne nous a pas permis d'obtenir des résultats significatifs ce qui nous a mené à nous concentrer uniquement sur l'aspect purement qualitatif, beaucoup plus riche. Afin d'identifier les patientes à interroger, nous avons utilisé un auto-questionnaire, le « SCOFF ⁶», et nous avons construit un entretien semi-directif afin de confirmer la présence présumée de TCA et d'explorer le vécu de la grossesse.

⁶ SCOFF : Sick, Control, One, Fat, Food

Déroulement de l'étude, outil méthodologique

Notre étude a été réalisée dans la maternité de Port-Royal, une maternité parisienne de type 3 dans le 14^{ème} arrondissement, réalisant près de 6000 accouchements par an. Le recrutement des patientes a été fait dans la salle d'attente du service de consultations anténatales, entre février et mars 2014, par l'auto-questionnaire « SCOFF ». Les entretiens ont été conduits sur la même période.

Le choix de Port-Royal se justifie pour plusieurs raisons. La première est que sa population est variée mais à prédominance occidentale, les TCA seraient prédominants dans cette population (3). Deuxièmement, le nombre de patientes suivi à Port-Royal étant élevé, il y a statistiquement plus de chance de rencontrer des patientes ayant un TCA passé ou actuel. Troisièmement, parce-que deux études employant le même auto-questionnaire ont été conduites dans le même service par Hubin-Gayte et al en 2008 et 2010 ce qui nous a permis de comparer nos résultats (30) (17). Pour sa première étude faite pour rechercher l'intérêt d'une prévention des TCA chez les femmes enceintes : sur 170 questionnaires remplis, 45 avaient un score positif (donc 45 patientes ayant probablement un TCA actif ou passé). Pour la seconde qui visait à étudier l'impact de la grossesse sur les comportements alimentaires : sur 295 questionnaires, 97 scores étaient positifs.

Le SCOFF (annexe 2) (31) (32) (33) (34) (35) est un auto-questionnaire composé de 5 questions dichotomiques « oui » ou « non ». D'après de nombreuses études, il peut également être administré par un praticien (31) et il a la même validité qu'il soit passé à l'écrit ou à l'oral (1). Cet outil a été mis en place par des psychiatres et psychologues anglo-saxons pour le dépistage des troubles des conduites alimentaires dans une population de femmes tout venant. Son utilisation a été validée dans ce cadre. A partir d'un score de deux « oui », le SCOFF indique un risque que la personne ait un TCA symptomatique ou asymptomatique. Toutes les études s'accordent sur cette limite (31) (32) (36) (33) (34) (35). Le SCOFF a été traduit en français et a pris l'acronyme SCOFF-F. Son efficacité pour le repérage des TCA dans une population de femmes a été évaluée et validée. Selon les études portant sur la version française du SCOFF (34) (35), lorsque le score du SCOFF est supérieur à 2, la sensibilité varie entre 65,2% et 94,6%, et la spécificité est comprise entre 87,5% et 94,7%. Pour les études non françaises, la sensibilité varie entre 53,3% et 100%, tandis que la spécificité varie entre

21% et 100% (34) (31). Ces différences de résultats entre études s'expliquent par le manque d'homogénéité des populations étudiées (soit patientes tout venant, soit patientes à risque). D'après Baudet et al (35), évaluant l'efficacité du SCOFF-F en médecine générale en France (donc chez une population tout venant) la sensibilité est de 65,2% et la spécificité est de 87,5%. Cependant, il détecte de faux positifs et ne permet pas de définir le type de TCA (1). Par conséquent, le SCOFF-F n'est pas un outil diagnostique. Lorsqu'il est positif, il permet l'aiguillage des patientes et invite le praticien à rechercher par des questions plus précises l'existence d'un trouble passé ou actuel.

Il n'existe pas d'outil de dépistage des TCA adapté à une population de femmes enceintes (30). Nous avons donc utilisé, dans le cadre de ce mémoire, le SCOFF-F. Pour nous, l'intérêt de l'utilisation du SCOFF-F était de sélectionner rapidement des patientes susceptibles d'avoir un trouble actuel ou passé afin de pouvoir les recruter pour l'entretien.

Afin de distribuer ce questionnaire aux patientes, nous avons créé une fiche (annexe 2) comprenant le SCOFF-F, une explication de l'étude sans en mentionner l'objet précis afin de limiter le biais de recrutement (en effet les TCA sont des pathologies très souvent dissimulées), le poids en début de grossesse et la taille (pour que l'on puisse calculer l'IMC), la date de début de grossesse (pour que l'on puisse définir le terme), le numéro de téléphone si elles étaient d'accord pour être recontactées pour l'entretien, ainsi qu'un consentement à signer pour l'utilisation des données de l'auto-questionnaire et de l'éventuel entretien.

Entre février et mars 2014, nous avons procédé à la distribution de l'auto-questionnaire en salle d'attente de consultation. Les patientes étaient abordées une par une en leur expliquant que notre travail portait sur la représentation du corps au cours de la grossesse et sur les changements alimentaires depuis le début de la grossesse. Nous leur expliquions que le questionnaire portait sur la période hors grossesse et ajoutions des précisions sur la façon de le remplir. Par exemple, nous leur précisions que pour l'item 3 « avez-vous déjà perdu plus de 6 kg en moins de 3 mois » il ne s'agissait pas de la perte de poids dans le post-partum d'une grossesse précédente. Nous avons pris l'initiative de mentionner cette précision pour diminuer le nombre de faux-positifs. Si elles étaient d'accord, elles remplissaient le questionnaire et signaient le consentement pour l'utilisation des données de l'auto-questionnaire et de l'éventuel

entretien. Chaque fiche avait un numéro et chaque patiente se voyait ainsi attribuer ce numéro comme « numéro d'anonymat ». Ce numéro est le seul à avoir été utilisé pour traiter les informations concernant les patientes. De plus, chaque femme a reçu un document à garder (annexe 3), contenant des informations complémentaires sur l'étude. En récupérant le questionnaire, un rapide calcul du terme et de l'IMC nous permettait de savoir si la patiente rentrait dans les critères d'inclusion de l'étude ou si elle devait être exclue d'emblée.

Dans le cadre de ce mémoire, si le score du SCOFF-F était positif la patiente était considérée comme ayant probablement un TCA actif ou passé. Au total, nous avons distribué 170 questionnaires. 42 questionnaires (25%) présentaient un score positif parmi les femmes incluables, ce qui est comparable à l'étude de Hubin-Gayte et al (30). Parmi celles-ci, 6 (14%) ont refusé l'entretien et ont donc été exclues de l'étude. Afin de déterminer s'il existait un TCA et si celui-ci était ancien ou actuel, nous avons réalisé un entretien avec les patientes ayant un score positif, rentrant dans les critères d'inclusion et ayant donné leur accord pour l'entretien. Au total, 36 patientes (86%) étaient éligibles pour l'entretien.

Une patiente ayant eu une boulimie par le passé, nous a été adressée directement par la diététicienne du service à laquelle nous avons présenté notre étude. Nous avons fait remplir le SCOFF-F à cette patiente (qui était positif, SCOFF-F=3) afin d'homogénéiser les conditions de recrutement. Cette patiente a été incluse au groupe TCA.

L'entretien (annexe 4) a été mis en place par nous-même. Il a été construit à partir d'une revue de la littérature, et notamment à partir d'un questionnaire créée par Picard Agnès pour une étude similaire (5). Il s'agit d'un entretien semi-directif composé de huit questions dont les buts sont de confirmer l'existence de la pathologie et la sévérité de celle-ci, d'explorer l'évolution de la satisfaction corporelle par rapport à avant la grossesse, de questionner sur les changements des habitudes alimentaires et la façon dont ceux-ci sont vécus. Nous avons évalué au préalable la pertinence de notre entretien auprès de deux femmes enceintes ayant été informées et ayant donné leur accord. Ces deux femmes n'ont pas été incluses à l'étude. Après une première question générale sur le déroulement de la grossesse, nous posons des questions à la patiente concernant la représentation de son corps et sa relation à la nourriture en dehors de la grossesse et pendant la grossesse.

L'entretien n'était pas limité dans le temps. Selon les femmes il a duré entre cinq minutes et plus d'une heure. Il n'a volontairement pas été enregistré, afin de permettre la libre expression et par souci déontologique. Une prise de notes rapide en parallèle a permis de noter les « expressions clés », de rechercher l'existence de TCA passés ou actuels et a été suffisante pour explorer les ressentis. Les femmes étaient interrogées pour la plupart à la cafétéria de Port-Royal, compte tenu de l'impossibilité d'avoir une salle, ou parfois en salle d'attente lorsqu'il était possible de préserver la confidentialité. Certaines ont été interrogées par téléphone lorsqu'il n'a pas été possible de convenir d'un rendez-vous dans les délais. Les entretiens étaient dactylographiés au plus tard le soir même afin de limiter le biais de mémorisation de notre part. Pour la définition du TCA, les patientes avaient toutes été étiquetées par un médecin les ayant prises en charge et en parlaient spontanément.

Participants

Dans le cadre de ce mémoire, afin d'être incluses dans l'étude les patientes devaient:

- être majeures
- parler et lire le français
- avoir correctement rempli le questionnaire et signé le consentement
- avoir un âge gestationnel compris entre 10 et 28 SA semaines d'aménorrhées (SA). C'est en effet à ce stade que la femme vit le plus de remaniements psychiques autour de l'image corporelle (37). Après ce terme, les femmes présentent un état psychique qui les incite moins à parler de leurs changements corporels et alimentaires car elles sont davantage projetées sur la venue de leur enfant (16). A la vue de ces éléments, interroger une patiente sur le vécu des changements au troisième trimestre de grossesse ne nous a pas semblé opportun.
- avoir un IMC inférieur à 30 kg/m². Toutes les patientes ayant un IMC>30 sont exclues car l'obésité fausse le résultat du SCOFF en donnant des faux positifs (35).

Les patientes étaient exclues en cas de :

- Questionnaire mal rempli

- Diabète gestationnel ou préexistant à la grossesse (l'existence d'un diabète a probablement une influence sur le vécu des changements alimentaires)

Variables retenues

Sur les 36 femmes éligibles pour l'entretien, 32 ont été interrogées. En effet, 4 patientes ayant initialement accepté l'entretien ont été perdues de vue. Sur les 32 entretiens menés, 9 femmes ont évoqué un TCA actuel ou passé au cours de l'entretien et ont été incluses au groupe TCA. Les 23 femmes ayant un score au SCOFF-F positif mais n'évoquant pas de TCA au cours de l'entretien étaient éligibles pour constituer notre groupe contrôle. Parmi ces 23 femmes sans TCA, trois ont été exclues. Il s'agissait d'une patiente ayant été interrogée par « erreur » et dont l'IMC était de 32 kg/m², et de deux patientes présentant respectivement un diabète gestationnel et un diabète préexistant à la grossesse. Les 20 femmes restantes, ne présentant pas de TCA à l'entretien tout en ayant un score au SCOFF-F positif, ont constitué notre groupe contrôle. Même si le score est positif, ces femmes sont de véritables témoins. En effet, le SCOFF-F est un outil de dépistage et non de diagnostic, et il détecte des faux positifs (1). De plus, même si pour ces femmes le score du SCOFF-F était positif, l'exploration des ressentis avec l'entretien permettait d'infirmer l'existence d'un TCA.

A partir des 29 entretiens retenus, nous avons pu constituer nos 2 groupes: TCA (n=9) (dont TCA passés n=5 et TCA actuel n=4) et groupe témoin (n=20).

Stratégies d'analyse

Pour analyser les entretiens, nous avons eu recours à la méthode de l'analyse de contenu. Cela a consisté à lire tout le corpus constitué par les entretiens en repérant les thèmes et rendre compte de manière quantitative des idées clés ou thèmes développés. Pour cela, nous avons élaboré une « grille thématique » (Fig. 1) qui reflète la liste des contenus, faits, idées et opinions présents, en sachant qu'elle devait également rendre compte de nos connaissances de la littérature sur le sujet, et des théories qui peuvent s'y appliquer.

L'analyse de contenu a été effectuée séparément par deux lecteurs différents, moi-même et ma directrice. Les deux analyses ont été ensuite confrontées entre elles afin de dégager les points communs et de délimiter précisément les thèmes. Une dernière relecture par les mêmes lecteurs a permis de vérifier les résultats.

Au total, notre grille thématique se compose de 16 thèmes.

1	Besoin de maîtrise
2	Lâcher prise
3	Changements alimentaires
4	Affects liés à la nourriture
5	Mécanismes défensifs
6	Facteurs d'insatisfaction corporelle
7	Facteurs de satisfaction corporelle
8	Se revivre adolescente
9	Place accordée à la féminité
10	Se représenter mère
11	Culpabilité
12	Besoin de soutien
13	Place de l'enfant
14	Le rôle du conjoint et son impact
15	Le regard de l'autre posé sur la grossesse
16	Les peurs

Figure 1 - Grille thématique utilisée pour l'analyse

Nous nous sommes ensuite intéressées d'une part à la fréquence des thèmes, et d'autre part à la manière dont ils étaient utilisés dans nos différents groupes d'étude. Dans cette démarche, il s'agissait de relever les principaux thèmes qui apparaissent avec la plus grande fréquence dans les témoignages de ces femmes et à analyser de façon qualitative comment chaque thème s'exprime selon le groupe de femme.

Considérations éthiques et réglementaires

Toutes les patientes ont donné leur consentement pour l'utilisation des données du questionnaire et de l'entretien de façon anonyme. Toutes leurs données ont été traitées avec les numéros d'anonymat.

La réalisation de l'étude a été autorisée par les responsables de la maternité et du service de consultation.

Résultats

Analyse quantitative

1. Caractéristiques des populations

Notre population d'étude se compose de deux groupes.

L'effectif du groupe TCA est de 9 femmes. L'âge moyen est de 33 ans, l'IMC moyen de début de grossesse est de 20,9 kg/m² et l'âge gestationnel moyen est de 22 semaines d'aménorrhées. Le groupe TCA est constitué de 5 primipares et de 4 multipares.

PATIENTE TCA	AGE (ans)	IMC (kg/m ²)	âge gestationnel (SA)	Parité
15	41	19,0	19	2
58	34	22,0	22	1
82	39	21,8	24	2
125	33	23,0	21	2
126	32	19,1	18,5	1
43	27	22,3	27	1
52	30	20,3	21,3	1
135	30	19,0	18,2	1
158	30	22,0	24,6	2
moyenne	33	20,9	22	-

Figure 2 - Caractéristiques du groupe TCA

Les patientes 15, 58, 82, 125 et 126 sont des femmes qui avaient présenté des TCA à l'adolescence et qui ne présentaient pas de symptômes au moment de débuter la grossesse. Selon leurs discours, leur TCA avait été « étiqueté » par un professionnel de santé et toutes, à l'exception de la patiente 82, ont été suivies pour ce trouble. La patiente 15 avait présenté une anorexie nerveuse à l'adolescence pour laquelle elle avait été hospitalisée. La patiente 58 avait développé une boulimie nerveuse pour laquelle elle avait été suivie en hospitalisation de jour et par un psychiatre en ville. La patiente 82 avait une forme de boulimie sub-clinique non suivie. La patiente 125 avait eu une anorexie suivie d'une boulimie, ce qui a nécessité un suivi psychologique en ville sur une dizaine d'années. La patiente 126 avait développé une boulimie à l'adolescence qui a été suivie par des nutritionnistes.

Les patientes 43, 52, 135 et 138 sont des patientes présentant un TCA actif au moment de débuter la grossesse. La patiente 43 présente une boulimie. Les patientes 52 et

158 présentent une forme sub-clinique de boulimie. La patiente 135 présente une anorexie sub-clinique pour laquelle elle est suivie par un psychiatre en ville.

L'effectif du groupe témoin est de 20 femmes. L'âge moyen du groupe est de 33,2 ans, l'IMC moyen est de 22 kg/m², et les patientes ont été interrogées à un âge gestationnel moyen de 21 semaines d'aménorrhées. Le groupe témoin est constitué de 13 primipares et de 7 multipares.

PATIENTES TEMOINS	AGE (ans)	IMC (kg/m ²)	âge gestationnel (SA)	Parité
3	36	21	18,6	1
17	34	18	27,2	1
18	25	21	19,2	1
23	36	22	20,2	1
33	24	25	17,5	1
35	32	20	27,6	3
40	34	23	27	2
44	27	25	24,3	1
50	23	23	21,1	2
73	36	28	19,1	1
75	34	21	13,2	1
88	38	24	20,3	3
112	37	23	24,3	3
133	33	22	21,2	1
134	30	21	25	1
137	41	23	12,3	1
138	40	23	27,3	1
146	36	21	14	3
157	36	22	15	3
165	32	19	23,2	1
Moyenne	33,2	22	21	-

Figure 3 - Caractéristiques du groupe témoin

Le faible effectif de chaque groupe ne nous a pas permis de conclure à une différence significative entre les deux groupes pour ce qui concerne l'âge, l'IMC et la parité.

2. Fréquence d'occurrence des thèmes selon le groupe

L'analyse des différents discours à l'aide de la grille thématique a permis de rendre compte quantitativement de la fréquence des différents thèmes selon le groupe.

	THEMES	TCA (n=9)	TEMOINS (n=20)
1	Besoin de maîtrise	8	6
2	Lâcher prise	6	8
3	Changements alimentaires	9	20
4	Affects liés à la nourriture	2	16
5	Mécanismes défensifs	8	5
6	Facteurs d'insatisfaction corporelle	9	9
7	Facteurs de satisfaction corporelle	4	14
8	Se revivre adolescente	3	0
9	Place accordée à la féminité	3	1
10	Se représenter mère	2	0
11	Culpabilité	4	2
12	Besoin de soutien	5	3
13	Place de l'enfant	6	8
14	Le rôle du conjoint et son impact	3	2
15	Le regard de l'autre posé sur la grossesse	3	4
16	Les peurs	6	6

Figure 4 - Fréquence d'occurrence des thèmes selon le groupe

On voit par exemple que 8 femmes sur 9 du groupe TCA expriment le besoin de maîtrise, contre 6 femmes sur 20 du groupe témoin. On constate également qu'aucune femme du groupe témoin ne parle ni de l'adolescence ni de la façon dont elle se représente en tant que mère. En revanche, toutes les femmes, quel que soit le groupe sont concernées par les changements alimentaires. Dans un souci de clarté, la répartition de chaque thème selon le groupe est représentée par la figure 5.

3. Répartition des différentes thématiques selon le groupe

La figure 5 montre la proportion de femmes concernées par un thème selon le groupe.

On observe ainsi que le taux de femmes du groupe TCA et du groupe témoin sont proches. On constate de plus, que presque autant de femmes du groupe TCA que du groupe témoin sont préoccupées par le regard d'autrui sur la grossesse.

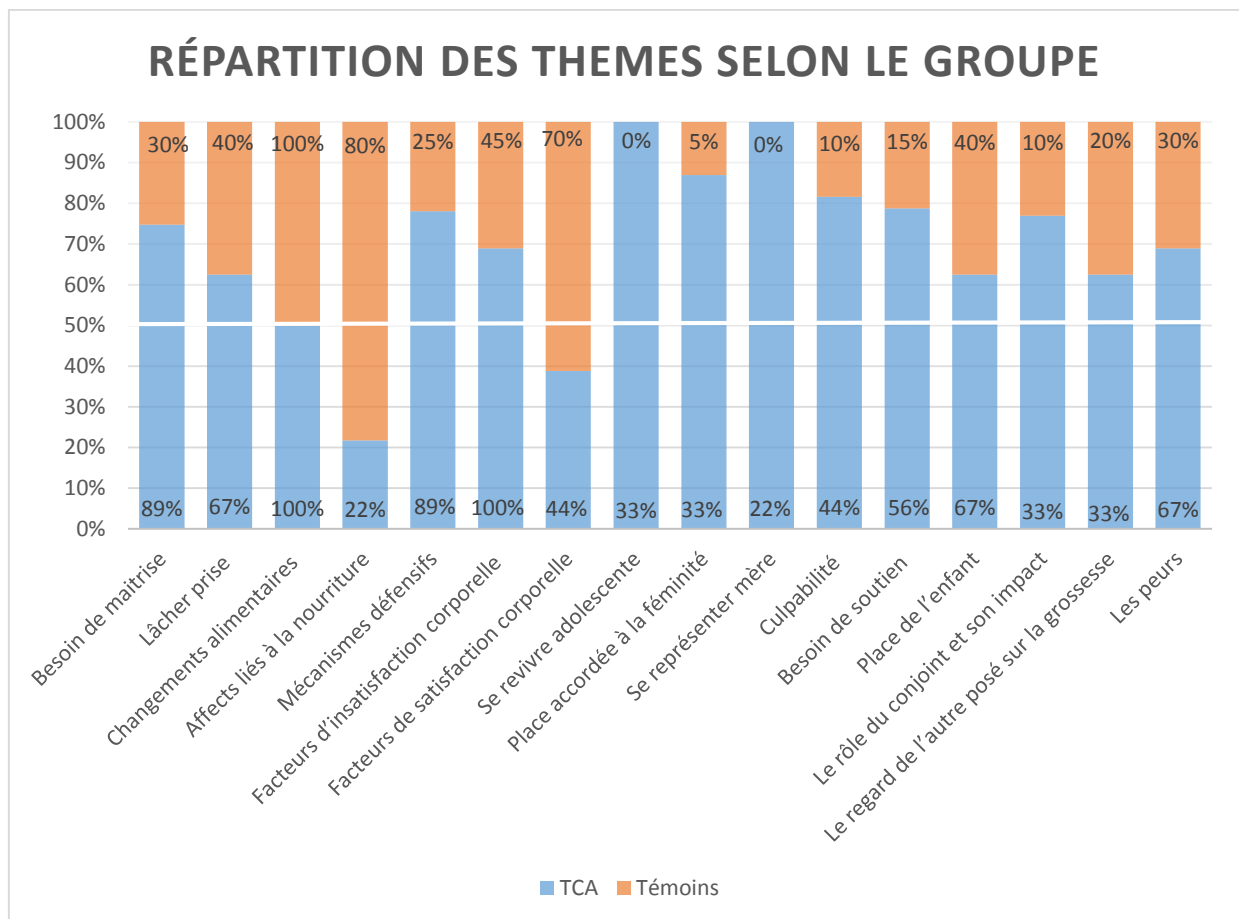


Figure 5 - Répartition des différentes thématiques selon le groupe

Les items pour lesquels on observe une différence marquée entre les deux groupes sont :

- Le besoin de maîtrise : près de 90% des femmes TCA expriment ce besoin contre 30% des femmes témoins. Le besoin de maîtrise recouvre le besoin de maintenir le contrôle à travers des stratégies que nous développerons par la suite.
- Affects liés à la nourriture : 80% des femmes témoins détaillent par des termes traduisant des émotions leur relation à la nourriture alors que 22% des femmes TCA le font.
- Mécanismes défensifs : près de 90% des femmes TCA mettent en avant des mécanismes de défense tandis que 25% des femmes témoins en utilisent. La nature des mécanismes défensifs sera développée par la suite.
- Facteurs d'insatisfaction corporelle : la totalité des femmes TCA manifeste de l'insatisfaction corporelle alors que cela concerne moins de la moitié des femmes témoins.

- Se revivre adolescente et se représenter mère: Ces items ne sont évoqués respectivement que par 33% et 22% des femmes TCA, et n'apparaissent pas dans le discours des femmes témoins.
- Place accordée à la féminité : 33% des femmes TCA en parlent contre 5% des femmes tout venant.
- Culpabilité : on constate que presque la moitié des femmes TCA se sent coupable alors qu'un dixième des femmes témoins évoque la culpabilité. On précisera par la suite ce que recouvre cette culpabilité.
- Besoin de soutien : plus de la moitié des femmes TCA exprime le besoin de soutien contre 15% des femmes témoins. En sachant que la majorité des femmes TCA a déjà recours ou eu recours à du soutien, nous verrons par la suite ce qu'implique ce besoin de soutien.
- Place du conjoint et son impact : 33% des femmes TCA parlent de leur conjoint alors que 10 % des femmes témoins l'évoquent.
- Les peurs : Près de 70% des femmes TCA manifestent des peurs tandis que 30% des femmes témoins en parlent.

La répartition quantitative des différents thèmes permet de constater des différences et des similitudes entre les deux populations. Cependant, il nous a semblé pertinent de nous intéresser aussi à la façon dont chaque thème s'exprime selon le groupe afin de pouvoir en dégager plus précisément les implications au sein de chaque population.

Analyse qualitative

1. Principaux résultats

1.1 Changements corporels

1.1.1 Femmes TCA

Pour ce qui concerne les changements corporels, nous avons constaté que les femmes TCA, plus nombreuses à être insatisfaites de leur corps, ont un discours très extrême par rapport aux changements physiques. Elles emploient soit un vocabulaire proche de la haine ou du dégoût pour décrire certaines parties de leur corps, soit au contraire des expressions admiratives qui se réfèrent principalement à leur poitrine ou à leur ventre qui s'arrondissent. Globalement, pour la plupart des femmes TCA le corps qui change est mal vécu, mal-aimé et dans certains cas devient une source de souffrance, et ce, quelle que soit l'évolution de leur trouble. Les femmes TCA semblent

en effet très affectées par leurs changements corporels. Elles expriment toutes des éléments traduisant de l'insatisfaction corporelle. Selon les femmes, celle-ci est plus ou moins marquée et s'exprime différemment. Les fesses, les cuisses et les hanches suscitent le plus de commentaires négatifs de la part des femmes TCA. Pour ce qui est de la poitrine et de l'augmentation de son volume, les propos sont assez divergents. L'augmentation est soit appréciée et mise en avant comme une forme de plénitude, ou un symbole de la maternité, soit au contraire dépréciée avec des seins qualifiés de « trop gros » « trop féminins ». « *Mes seins qui grossissent je trouve ça dégoûtant. J'aimerais être plate* » (52) Fairburn et Welch avaient montré que la satisfaction concernant la poitrine semblait dépendre de la satisfaction avant la grossesse (23). Notre analyse des discours ne nous a pas permis d'établir clairement cette corrélation, bien qu'on ait généralement pu observer une mauvaise satisfaction corporelle chez les femmes TCA en dehors de la grossesse. Le ventre, qui signe la maternité, suscite de nombreux commentaires de la part des femmes TCA. Certaines sont tranquillisées par le ventre qui s'arrondit, tandis que pour d'autres il est détesté et semble cristalliser leurs angoisses autour de l'alimentation. Ce résultat va dans le sens de Picard qui constate que le ventre peut soit raviver une montagne d'angoisses par rapport au trouble alimentaire, soit au contraire les contenir (5). « *J'aime mon ventre. C'est dû au fait que mon bébé est là. Je suis d'ailleurs assez étonnée d'aimer cette zone parce que je suis plate de ventre normalement, et je pensais que je ne le supporterais pas.* » (58). « *Mon ventre je le trouve beaucoup trop gros pour son terme, je sais très bien que ce n'est pas que dû au bébé s'il est gros mais aussi et surtout dû à ce que je mange.* » (52) Hubin-Gayte avait mis en avant, à travers l'analyse de forums sur internet, la préoccupation des femmes TCA à faire la différence entre ce qui relève du bébé et ce qui relève du poids. Elle constatait que les femmes présentant de tels troubles avaient tendance à différencier le « ventre bouffe et le ventre bébé » (38). En effet, le ventre, siège de la nourriture, contient maintenant un enfant ce qui peut être déstabilisant pour ces femmes ou au contraire les rassurer par rapport à la nourriture (17). Nous avons observé que le ventre semble être mieux accepté à partir du moment où les mouvements fœtaux commencent à se manifester. En effet, les patientes interrogées lorsqu'elles sentaient déjà les mouvements de leur enfant semblaient mieux apprécier leur ventre. Celles qui ne les ressentaient pas encore étaient peu satisfaites. De plus, elles se montraient dans l'attente de ressentir les mouvements comme si elles étaient conscientes que ce facteur pouvait jouer dans l'acceptation de

leur ventre, et peut-être par conséquent, dans l'acceptation de la maternité. « *Pour le moment je ne sens pas encore mon bébé bouger. J'attends de le sentir et de faire ma deuxième échographie pour être encore plus consciente du fait qu'il y a quelqu'un d'autre, que je suis vraiment enceinte* » (52). Un autre élément qui semble jouer dans l'acceptation du ventre est lorsque celui-ci est assez arrondi pour que l'entourage ne puisse pas douter de la maternité. En effet, la période intermédiaire du premier trimestre semble encore plus mal vécue par les femmes TCA, car le ventre à peine arrondi pourrait plutôt faire penser à de l'adiposité. « *J'aime pas la période intermédiaire de la grossesse où on ne voit pas que je suis enceinte. J'ai hâte de me voir au 6^{ème} mois de grossesse.* » (125) « *Pour mon ventre, je l'aime pas trop pour le moment, mais je verrai quand il sera encore plus gros* » (43). On peut alors s'interroger sur l'importance que revêt le regard de l'entourage pour les femmes TCA.

Le poids qui augmente est l'élément qui perturbe la majorité des femmes TCA. « *Là avec la grossesse c'est dur d'être pesée tous les mois, c'est quelque chose que j'appréhende beaucoup. Je me suis fixée ce que j'appelle des seuils psychologiques qui correspondent aux chiffres de la balance et que je ne dois pas dépasser.* » (126)

Ce résultat est intéressant et peut être mis en parallèle avec les conclusions de Shaffer et al qui montrent que la pesée est un véritable traumatisme pour les femmes TCA au cours de la grossesse (29). Toutefois, certaines sont rassurées de prendre du poids pour le bien-être de leur bébé. De plus, pour de nombreuses femmes, la perspective de retrouver la ligne dans le post-partum semble rendre la prise de poids plus acceptable, les aide à relativiser et leur permet de lâcher prise. Ce résultat rejoint celui de Picard, qui constate que la grossesse est une période où le lâcher prise n'est possible qu'en se projetant dans le post-partum (5). En effet, nous avons constaté dans de nombreux discours que « *récupérer son corps dans le post-partum* » devient une priorité. Les femmes TCA expriment l'envie urgente de retrouver leur corps d'avant la grossesse. Certaines ont déjà prévu un « *programme de remise en forme* » (135), tandis que d'autres disent qu'elles seront sévères avec elles-mêmes, ce qui traduit une forte volonté de reprendre le contrôle. Le post-partum apparaît alors comme une période où elles peuvent remettre en place des mécanismes de contrôle semblables à ceux d'avant la grossesse. L'éventualité de ne pas retrouver rapidement son corps dans le post-partum est une crainte majeure chez les femmes TCA. Ces résultats

pourraient expliquer la recrudescence du TCA dans le post-partum décrite par de nombreux auteurs mais il ne s'agit pas de notre sujet d'étude (12) (39).

Certaines femmes TCA, paraissent souffrir davantage des changements corporels car les transformations de leurs physiques ne se font pas comme elles l'avaient prévu.

« *J'ai toujours dit que j'arriverais à être mince pendant ma grossesse, mais là, c'est vraiment pas le cas.* » (43). Le fait de ne pas correspondre aux projections qu'elles avaient d'elles-mêmes semble être un facteur supplémentaire de détresse. Il est probable qu'à cause de la rigidité qui les caractérise, les femmes TCA aient des difficultés à adapter leur image corporelle au cours de la grossesse.

Pour d'autres femmes TCA, la grossesse serait capable de les sortir de leur trouble alimentaire. Elle aurait une sorte de « pouvoir magique ». Cet aspect avait été mis en avant par Namir chez des femmes anorexiques (27). Dans notre cas il est exprimé par une patiente anorexique et une patiente boulimique. Même s'il s'agit d'un petit effectif, nous pouvons supposer que cela est valable pour tous les types de TCA.

Le vécu des changements corporels chez ces femmes est donc complexe et difficile à appréhender car il est influencé par de multiples facteurs qui relèvent de l'histoire personnelle mais aussi de la façon dont ces femmes négocient les changements inhérents à la grossesse par rapport à leur trouble alimentaire. En effet, de nombreuses femmes TCA ont des commentaires contradictoires concernant leurs modifications physiques. « *Là j'ai quand même décidé de faire un peu attention parce que j'ai vraiment peur d'après la grossesse. Je me suis remise au régime parce que mon gynécologue me l'a dit. Non, en vrai il ne m'a pas parlé de régime mais il m'a dit d'essayer de pas prendre du poids pour le mois suivant (...) J'ai arrêté toutes mes conduites alimentaires pour le bébé, là je prends plus du tout de laxatifs et mon transit est même redevenu normal* » (43). D'une part, elles essaient de se rassurer en relativisant ou en déclarant qu'elles ne se sentent pas affectées par les changements corporels, d'autre part elles tentent de garder un contrôle sur les modifications à travers l'utilisation de stratégies qui témoignent de leur besoin de maîtrise. Ces stratégies consistent à continuer à avoir une activité physique soutenue ou à contrôler l'alimentation, comme nous le verrons par la suite.

De plus, à travers leur discours, nous avons constaté que la plupart des femmes TCA mettent en place des mécanismes psychiques de défense. Par exemple, elles utilisent le déni des changements, qui passe surtout à travers le camouflage des formes

physiques, le besoin de se justifier et de se comparer à d'autres femmes enceintes dans le but de se rassurer, ou encore elles se focalisent sur le fœtus. « *Pour le moment j'y pense pas trop (aux changements corporels). Je surveille quand même, je vois que c'est pas top mais j'y penserai après. Là je veux surtout penser au bébé. (...) Par rapport à mon apparence je suis un peu dans le déni pour le moment* » (82). « *Enceinte, je me suis sentie très mal psychologiquement jusqu'à il y a trois semaines. Là ça commence à aller mieux. Je cherche quand même à me faire plaisir à travers les vêtements, mais j'achète que des hauts, je fais de tout pour camoufler le bas* » (58). « *Je trouve ça vraiment moche les femmes enceintes toutes maigres.* » (135). Ces mécanismes, pas toujours conscients, semblent servir à ne pas se laisser fragiliser par les modifications corporelles. Ils servent à se protéger psychologiquement. En effet, le corps qui change sans qu'elles ne puissent le contrôler semble placer certaines femmes dans une position de détresse. Probablement car elles sont ramenées à une position de « passivité intolérable » comme dirait Picard. L'analyse des discours nous a permis de constater que le niveau de détresse est corrélé à la capacité de chaque femme à jongler entre son trouble alimentaire et la nécessité de s'adapter à l'état de grossesse. Nous avons observé trois tendances: la femme peut soit lâcher prise complètement en baissant la garde, soit mettre en place des mécanismes défensifs qui l'aident à tolérer les changements comme le déni, soit mettre en place des stratégies de contrôle encore plus grandes car les changements sont insupportables. Une femme peut alterner entre ces trois tendances. Lorsqu'il y en a une qui domine, cela semble expliquer l'amélioration du TCA ou sa régression. Ce résultat recoupe celui de Tierney qui trouve que les femmes TCA mettent en balance leur besoin de maîtrise et la volonté de lâcher prise pour le bien-être du bébé. Ainsi, certaines seraient capables de mettre leur trouble de côté pendant la grossesse, tandis que d'autres au contraire, seraient dans l'impossibilité de renoncer à des conduites pathologiques (40). Dans tous les cas, le conflit interne entre le besoin de maîtrise et le lâcher prise, engendrerait une déstabilisation interne qui pourrait expliquer la souffrance psychique engendrée par les changements corporels et alimentaires (4) (5).

Laisser le corps changer c'est aussi accepter la passivité propre à la grossesse et mettre de côté son besoin de contrôle. Il s'agit de lâcher prise. Pour toutes les femmes, quelle que soit son histoire, être enceinte c'est être ramenée à une position de passivité qui peut être plus ou moins bien vécue. D'après l'analyse des discours, il ressort que les femmes présentant des TCA semblent mal tolérer cette passivité. Ce

résultat est en accord avec de nombreux auteurs (5) (9) (26). Cela pourrait expliquer la mise en place de mécanismes défensifs. Paradoxalement pourtant, l'analyse quantitative nous montre que les femmes TCA ont davantage tendance à lâcher prise que les témoins, peut-être parce qu'elles partent d'un « seuil de maîtrise » plus important. Les femmes TCA reconnaissent l'utilité des changements pour le bien-être de l'enfant et en parallèle elles expriment l'urgence de récupérer leur corps dans le post-partum. En effet, pour certaines, la grossesse est décrite comme une parenthèse où il est possible de baisser la garde pour le bien-être du bébé, mais après l'accouchement le bébé n'est plus en elles pour les autoriser à lâcher prise. Elles remettraient alors en place, avec une rigidité accrue, des stratégies visant à reprendre le contrôle de leur corps. Ce phénomène pourrait expliquer la recrudescence des troubles dans le post-partum.

1.1.2 Femmes témoins

Concernant les changements corporels, on constate que les discours des femmes témoins sont globalement positifs et que leurs propos sont nuancés. En effet, elles sont plus à même d'avoir des jugements favorables sur leur corps de femme enceinte et la majorité d'entre elles déclare une augmentation de la satisfaction corporelle avec la grossesse. Ce résultat est en accord avec de nombreux auteurs (18) (19) « *Là avec la grossesse je complexe moins parce que je m'autorise plus de choses* » (75). « *Je suis plus satisfaite. Je me trouve moins grosse, plus harmonieuse, plus satisfaite, peut-être aussi parce que pendant la grossesse on est moins exigeante* » (40). « *Je me trouve beaucoup plus belle enceinte. Je me trouve vraiment embellie* » (33) Elles sont toutefois nombreuses à dire que cette augmentation de la satisfaction est limitée à l'état de grossesse et évoquent en simultanée la crainte du post-partum avec le corps inévitablement transformé. « *Là c'est positif parce que c'est pendant la grossesse, mais il y aura surement des conséquences négatives après l'accouchement. Il y a le problème du poids qu'il faut perdre, le problème des vergetures...En plus, j'ai allaité ma première et mes seins ne sont surement pas comme les vôtres. Bref... j'ai peur d'avoir un corps moins tendu, abimé par la grossesse* » (40). Cependant, contrairement aux femmes TCA, ces patientes n'expriment pas le besoin urgent de retrouver leur ligne dans le post-partum. Elles semblent être moins rigides et acceptent avec une plus grande facilité les changements de la grossesse car ils sont inéluctables.

En revanche, pour un petit effectif de femmes, la grossesse est perçue comme une période de leur vie qui va leur permettre de mieux s'accepter sur le long terme.

Les discours de certaines femmes témoins traduisent également une insatisfaction par rapport aux changements corporels. Cependant, même s'ils sont négatifs, leurs propos sont nuancés et expliqués. En effet, les femmes témoins adoptent des propos beaucoup plus modérés que les femmes TCA et ont tendance à rationaliser les transformations physiques car inhérentes à la grossesse. L'insatisfaction des femmes témoins semble liée à la sensation de perte de contrôle par rapport aux changements corporels et au sentiment d'être dépossédée de son corps. « *Je me sens vraiment beaucoup beaucoup moins satisfaite de mon corps. Je n'arrive plus à le contrôler.* » (44). « *Je me sens moins satisfaite parce que mon corps ne m'appartient pas vraiment.* » (146). Il est important de mettre en relief que les femmes témoins aussi ressentent le besoin de garder le contrôle sur le corps qui change et qu'elles peuvent être déstabilisées par les transformations corporelles. Cependant, elles le font dans une moindre mesure par rapport aux femmes TCA, et la détresse générée par les modifications est bien inférieure à celle des femmes présentant des troubles.

Concernant la satisfaction, un petit nombre de femmes se situe « entre les deux ». Elles ne sont ni franchement satisfaites, ni franchement insatisfaites. Elles semblent plutôt être dans un processus d'appropriation de leur corps de femme enceinte. « *Je ne me définis pas comme une de ces femmes épanouie par son corps de femme enceinte, mais depuis que je sens mon bébé bouger je l'accepte mieux* » (23). « *J'étais prête à accepter cette grossesse et les changements physiques qui l'accompagnent. Pour moi tous les changements sont normaux car c'est la grossesse et c'est comme ça.* » (134). Ce résultat est intéressant car il met en avant un phénomène d'adaptation des femmes à leur « nouveau » corps. Il rejoint les conclusions de Skouteris qui montrait que les femmes tout venant adaptent leur image corporelle en fonction de la prise de poids et en fonction de l'avancement du terme au cours de la grossesse (21). Les femmes témoins, parce qu'elles sont moins rigides et qu'elles tolèrent mieux la passivité, seraient ainsi capables d'adapter leur image corporelle au cours de la grossesse contrairement aux femmes TCA.

Les femmes témoins ont tendance à peu décrire les différentes parties de leurs corps. Elles sont peu nombreuses à parler des fesses, des cuisses et des hanches. Celles qui le font en parlent comme des zones peu appréciées. « *C'est difficile pour moi de*

voir mon corps changer. Ça pousse trop vite au niveau des hanches, des fesses et des cuisses.» (44). « Les fesses et les hanches c'est les zones qui me complexent à la base. (...) Je me sens moins satisfaite. Les zones qui me dérangent sont encore plus encombrées. » (3) Dans la plupart des cas, ces complexes paraissent être préexistants à la grossesse et semblent être renforcés par celle-ci.

Pour ce qui est de la poitrine, elle est soit adorée, soit détestée. L'augmentation de la sensibilité de la poitrine semble être une cause de son intolérance. Au contraire, le ventre suscite une vaste gamme de commentaires de la part des femmes témoins. Certaines sont contentes car il signe la présence de leur bébé, d'autres sont en admiration devant le ventre qui s'arrondit, tandis que pour d'autres il est mal vécu. *« Je trouve mon corps de femme enceinte incroyable. J'adore mon ventre, surtout le voir de haut, c'est beau! » (17)*

Chez les femmes témoins, le ventre paraît être bien accepté dès lors qu'il est assez gros pour qu'on puisse voir la grossesse, ou encore dès que les mouvements fœtaux se font sentir. *« Au niveau du ventre je trouve ça joli quand ça commence vraiment à s'arrondir. » (3) « Mon ventre, je ne l'aime pas trop pour le moment. On ne voit pas que je suis enceinte, on a l'impression que je suis grosse. » (88).* On retrouve ces mêmes facteurs d'acceptation chez les femmes TCA. En revanche, aucune femme témoin n'a fait de distinction entre ce qui relève du bébé et ce qui relève de l'adiposité. Ce trait serait spécifique aux femmes TCA.

A l'issue de ces éléments, on constate que les femmes témoins donnent l'impression d'accepter avec une moindre difficulté l'état de grossesse par rapport aux femmes TCA. Cela semble être lié à une meilleure acceptation de la passivité inhérente à la grossesse. Parce qu'elles tolèrent la passivité, le lâcher prise peut se faire naturellement en mettant en jeu moins de conflits internes et en générant moins de déstabilisation psychique contrairement aux femmes TCA.

1.2 Changements alimentaires

1.2.1 Femmes TCA

La grossesse engendre des changements alimentaires chez toutes les femmes TCA. Leurs discours contiennent peu d'éléments positifs concernant ces changements et la nourriture de façon générale. La notion de plaisir est quasiment absente. Elles décrivent leur rapport à la nourriture dans des termes conflictuels où la culpabilité

domine. L'angoisse liée aux modifications alimentaires est très présente. L'augmentation de l'appétit semble être l'élément le plus déstabilisant car il donne la sensation de perdre le contrôle. En revanche, les manifestations alimentaires propres à la grossesse, telles que les nausées, les vomissements, les dégoûts ou les envies ne sont quasiment pas mentionnées. Il est probable que les femmes TCA n'identifient pas les nausées, vomissements, dégoûts ou envies comme des manifestations de la grossesse mais plutôt comme une manifestation de leur trouble alimentaire. Dans ce cas, les vomissements ne seraient pas déclarés car tabou. Les envies seraient rapprochées de pulsions. Il semble exister alors une confusion entre ce qui relève du physiologique et ce qui relève du pathologique. Cette confusion pourrait être en partie à l'origine de la détresse psychique.

Presque aucune femme ne parle des recommandations alimentaires de la grossesse. La seule femme qui le fait, anorexique à l'adolescence, est angoissée par le fait qu'il n'existe pas de recommandations alimentaires « officielles » pendant la grossesse et se sent en « *insécurité alimentaire* » (15). Ce résultat est assez étonnant. En effet, on pourrait penser qu'elles soient très préoccupées par cet aspect. Toutefois, étant donné qu'il s'agit de femmes ayant l'habitude de respecter des « règles alimentaires », il est possible qu'elles ne soient pas focalisées sur des contraintes diététiques supplémentaires.

Les changements propres à la grossesse semblent déstabiliser toutes les femmes TCA. Cependant, elles y réagissent différemment.

De nombreuses femmes TCA disent améliorer leurs comportements alimentaires pour le bien-être du bébé. Pour certaines, la grossesse est « *la meilleure chose qui pouvait m'arriver du point de vue alimentaire* » (43). Elles mettent leurs conduites pathologiques, comme la prise de laxatifs, les régimes ou les vomissements de côté. De plus, elles adoptent à nouveau une alimentation équilibrée en introduisant des aliments interdits auparavant ou en évitant de sauter des repas. La grossesse semble simplifier leur relation à la nourriture car il s'agit de nourrir l'enfant. « *Avec la grossesse c'est plus simple de manger parce que je dois grossir et donc c'est plus facile à assumer* » (135). Hubin-Gayte avait montré que les femmes anorexiques enceintes ont une conception « naïve » des échanges alimentaires entre elles et le bébé : l'enfant se nourrirait directement à partir de ce qu'elles mangent. Cela expliquerait que la prise alimentaire soit mieux tolérée (38). L'analyse des discours ne nous a pas permis de mettre en évidence la conception que les femmes ont des échanges

alimentaires mais la présence de l'enfant semble soulager certaines femmes du poids que représente la nourriture pour elles. Cependant, l'amélioration des comportements alimentaires s'accompagne toujours d'un besoin de maîtrise. Celui-ci se manifeste par des comportements visant à contrôler la prise de poids comme des pesées très fréquentes en s'imposant des seuils de poids à ne pas dépasser, comme tenir des « carnets alimentaires » qui rendent compte de tout ce qu'elles mangent, ou encore à continuer à faire du sport pour compenser les prises alimentaires. Ainsi, il y aurait une adaptation à l'état de grossesse par l'amélioration des conduites alimentaires mais le besoin d'exercer le contrôle reste présent. Toutefois, l'amélioration des conduites alimentaires ne va pas forcément de pair avec une augmentation de la satisfaction corporelle.

Pour quelques femmes, la grossesse est responsable d'une aggravation de leurs conduites alimentaires. Celles qui sont concernées par ce type de réaction sont très fragilisées par l'état de grossesse. Elles s'inquiètent des répercussions que celles-ci peuvent avoir pour leur enfant. *« Je fais n'importe quoi avec la nourriture. Je veux tellement bien faire que je fais n'importe quoi. Je suis consciente que c'est beaucoup, je suis consciente que mon comportement peut avoir des répercussions pour après sur mon bébé. »* (52). Pour d'autres, même si elles constatent une augmentation des pulsions alimentaires, elles les tolèrent mieux car elles culpabilisent moins. Dans ce dernier cas, elles s'autoriseraient à lâcher prise plus facilement grâce à la grossesse. Parfois, le lâcher prise se fait de façon extrême : les femmes s'autorisent à manger tous les aliments interdits depuis longtemps sans limites de quantité.

Cette analyse nous a permis de constater deux types de tendances face à l'alimentation : une amélioration des conduites alimentaires ou un renforcement de conduites alimentaires pathologiques. Une troisième tendance, spécifique aux femmes TCA passés, sera développée par la suite. C'est la capacité à négocier entre le besoin de maîtrise ou le lâcher prise qui détermine ces tendances. Les tendances développées ne sont pas strictes. Une femme peut globalement améliorer ses conduites tout en ayant des phases de régression. De plus, les changements alimentaires semblent évoluer au cours de la grossesse. La prise de conscience qu'elles vont être mères, qui passe par le ventre qui s'arrondit et le début des mouvements fœtaux, semble être un facteur d'amélioration des conduites alimentaires. Intégrer l'existence de l'enfant les fait se sentir responsables pour quelqu'un et paraît

les aider à améliorer leurs conduites. Il faut garder à l'esprit que les femmes qui ont des TCA sont des femmes qui ont des problèmes identificatoires : la grossesse leur donne un statut (40).

1.2.2 Femmes témoins

Le discours des femmes témoins est riche en qualificatifs positifs pour ce qui concerne la nourriture. La nourriture est un plaisir, seule ou partagée. Elle est rattachée à des images positives : gourmandise, bonheur, convivialité. Elle revêt également un rôle fonctionnel. Pour de nombreuses femmes l'aspect santé est celui qui prédomine mais la nourriture remplit aussi un rôle de « médicament » pour faire face à la fatigue ou se donner de l'énergie ou encore elle a un côté palliatif de « nourriture doudou ». La grossesse vient renforcer l'aspect santé de la nourriture et toutes les femmes sont concernées par des changements alimentaires. De nombreuses femmes parlent des recommandations de santé et expliquent en quoi elles ont adapté leur alimentation. Dans la plupart des cas, les habitudes alimentaires sont améliorées pour respecter les recommandations. Ces femmes ont intégré les « lois de santé » : prendre un petit déjeuner, varier les fruits et légumes, éviter de manger trop sucré ou trop salé... De plus, le respect des conseils hygiéno-diététiques concernant la toxoplasmose et la listériose influe fortement sur leur alimentation. Pour certaines femmes il est moins naturel de s'alimenter pendant la grossesse car il faut réfléchir à ce qui est bon ou pas pour elles et leurs bébés. « *C'est moins naturel de s'alimenter quand on est enceinte parce qu'il faut réfléchir un minimum à l'aspect bien-être, c'est moins spontané de manger* » (133). Les habitudes alimentaires sont soumises également aux manifestations propres à la grossesse. Contrairement aux femmes TCA, les femmes témoins rapportent quasiment toutes l'existence de nausées, vomissements, envies, ou dégouts. Elles y font face en adaptant leur alimentation. L'augmentation de l'appétit ne paraît pas déstabiliser les femmes témoins, contrairement aux femmes présentant des TCA. Certaines femmes rapportent l'apparition de fringales nocturnes qui de même ne sont pas source de déstabilisation. Tous ces changements alimentaires sont tolérés et globalement bien vécus car inhérents à la grossesse. De nombreuses femmes témoins disent contrôler leur nourriture, en évitant par exemple de trop grignoter ou en mangeant des fruits en cas de fringales, afin d'éviter de prendre trop de poids qu'il faudra perdre dans le post-partum. La crainte du post-partum est aussi

évoquée dans ces cas-là. Cependant, le besoin de maîtrise est minime en comparaison à celui des femmes TCA et on retrouve très peu de culpabilité dans le discours des femmes témoins. Les femmes témoins qui ont l'impression de perdre le contrôle n'hésitent pas à avoir recours à la diététicienne pour avoir des conseils alimentaires. Nous avons pu constater que les femmes ayant la sensation de perdre le contrôle sur leur alimentation sont celles qui sont le plus insatisfaites parmi les témoins. Il existerait donc un lien entre satisfaction corporelle et alimentation, ce qui est en contradiction avec Bourgoin (18).

Les changements alimentaires sont mieux vécus chez les femmes témoins en comparaison aux femmes TCA. Ils engendrent moins de déstabilisation et témoignent encore une fois de la plus grande facilité au lâcher prise des femmes témoins. L'existence de manifestations alimentaires propres à la grossesse ne se manifeste surement pas exclusivement que chez les femmes témoins. Celles-ci doivent probablement exister chez les femmes TCA, mais pour ces dernières elles sont perçues comme des manifestations de leur trouble et non pas de la grossesse. Ce résultat est intéressant. En tant que praticien face à une femme ayant un TCA actuel ou passé, il faudrait interroger la femme sur l'existence de nausées, vomissements, dégoûts, envies, et autres et la rassurer sur le caractère normal de ceux-ci dans le but de soulager sa souffrance psychique.

1.3 Place de l'entourage

1.3.1 *Besoin de soutien*

Pour ce qui est du besoin de soutien, on observe que les femmes TCA sont plus nombreuses à le demander par rapport aux femmes témoins. La nature du soutien demandé est différente selon le groupe des patientes. En effet, les femmes témoins évoquent la possibilité de demander de l'aide à une diététicienne, surtout sous forme de conseils diététiques, alors que les femmes TCA évoquent le besoin supplémentaire de parler à un psychologue ou un psychiatre et motivent cela par la souffrance induite par l'état de grossesse. Les femmes témoins ont recours à la diététicienne lorsqu'elles ont l'impression de perdre le contrôle ou de prendre trop de poids. Parfois, elles disent avoir été adressées par la sage-femme ou le médecin pour ce motif. Les motivations qui poussent les femmes TCA à consulter sont différentes. Les femmes TCA y ont recours quand elles se sentent perturbées par les changements alimentaires et physiques. Elles semblent y aller par besoin de réassurance. Parfois, elles consultent

la diététicienne en « prévention » craignant une déstabilisation durant leur grossesse. Le recours à la diététicienne est presque toujours couplé à un support psychologique en parallèle. D'après leurs propos, aucune femme TCA n'a été adressée à la diététicienne ou au psychologue par une sage-femme ou un médecin. Elles y ont eu recours spontanément. Il faut cependant garder à l'esprit que dans notre échantillon de femmes TCA, la majorité avait été suivie en dehors de la grossesse. Le fait d'être enceinte les incite à continuer le suivi ou à en reprendre un s'il avait été interrompu. En effet, ces femmes-là savent ce que peut leur apporter l'aide d'un psychologue ou d'un psychiatre par rapport à leur trouble et sont donc plus à même d'y avoir recours.

1.3.2 Place du conjoint

L'entourage revêt une place importante dans l'acceptation des changements corporels et alimentaires pour toutes les femmes. Certaines patientes, aussi bien du groupe TCA que du groupe témoin, ont évoqué l'impact positif du regard du conjoint sur le corps qui change. Le fait que le conjoint apprécie les changements corporels semble aider les femmes à mieux accepter leurs corps et les conforte dans leur féminité. Ce résultat est en accord avec celui de Chang et al qui ont relevé qu'une attitude positive du partenaire vis-à-vis du corps semblait être un facteur d'acceptation de ce dernier (20). En revanche, contrairement à certaines études, nous n'avons pas trouvé que les femmes TCA demandent plus de soutien à leur entourage (18) (41).

1.3.3 Regard de l'autre

De façon générale, nous avons constaté que les femmes TCA et témoins sont très sensibles au regard que les personnes de leur entourage, mais aussi les étrangers, portent sur leur grossesse et sur leur corps qui change. Le regard des autres les fait sentir soit « plus femme » soit « plus mère ». *« J'ai pris conscience de ma féminité avec mes rondeurs qui s'accroissent. Surtout par le regard des autres. Je travaille dans un milieu très masculin et je sens que le regard de mes collègues a changé. Un d'eux m'a dit « Je n'avais jamais remarqué tes seins » »* (17). Le regard extérieur a le pouvoir de les conforter mais aussi de les inquiéter. Certaines femmes sont préoccupées de ne plus être considérées de la même façon, d'autres ont peur que la grossesse leur porte préjudice sur leur lieu de travail. Comme l'ont mis en avant d'autres études, la peur que l'on croit qu'elles sont « grosses » et non pas enceintes domine au premier trimestre avant de s'atténuer progressivement au cours de la grossesse (17) (21). De

façon générale, comme le mettent en avant Bourgoin et Skouteris, l'entourage semble ainsi avoir un rôle important à jouer dans le vécu de la grossesse (18) (21).

1.4 Influence de la grossesse chez des femmes ayant eu un TCA par le passé

Nous avons souhaité nous intéresser plus précisément aux femmes ayant présenté un trouble par le passé et qui étaient asymptomatiques au moment de débiter la grossesse, par rapport aux changements corporels et alimentaires. L'évocation de l'adolescence est propre aux femmes ayant eu un trouble actif par le passé. Nous avons constaté que trois de ces femmes rapportent une similitude entre les changements corporels de la puberté et ceux de la maternité. D'après leurs discours, cette symétrie serait déstabilisante et raviverait une multitude d'angoisses. Les femmes 58 et 126 parlent de leur « fragilité » qui revient avec la grossesse et elles la mettent en lien avec le début des changements corporels. « *Pour moi les formes qui réapparaissent c'est véritablement les formes de l'adolescence que je détestais. (...) Les fesses et les hanches je ne les supporte pas. C'est comme à l'adolescence et je trouve ça très bof. C'est gros, pas beau, j'aime pas du tout et ça me fait souffrir. J'en souffre pas tous les jours de façon intense, c'est variable, mais en général je le vis de façon négative* » (58). « *Voir le poids qui monte....ça me fait penser à l'adolescence. J'ai des moments d'angoisse parfois mais je sais que c'est normal et je l'accepte pour le bébé.* » (126). Cependant, deux femmes ayant respectivement un passé d'anorexie et de boulimie à l'adolescence ne font aucun parallèle avec la puberté. Selon elles, leur « expérience des régimes » leur a donné une meilleure connaissance de leur corps. Ces patientes sont peu déstabilisées par la grossesse même si elles constatent que les transformations physiques ne sont pas « *vécues très sereinement* » (15).

Pour ce qui est des changements alimentaires, trois femmes sont globalement très déstabilisées par les changements physiologiques de la grossesse. Ce sont les mêmes qui constatent une similitude entre la puberté et la grossesse. L'augmentation de l'appétit et les envies alimentaires, leurs donnent l'impression de revivre leur trouble passé. En effet, elles parlent des obsessions alimentaires qui reviennent, de la focalisation intense sur la nourriture et de leur incapacité à réguler leur alimentation alors qu'elles y arrivaient depuis des années. Comme pour les changements physiques, elles parlent toutes trois de leur « fragilité qui revient » et disent avoir peur que leur trouble s'installe à nouveau. Chez ces femmes, la crainte de faire du mal à

l'enfant et d'être une mauvaise mère est très présente. Le discours de ces femmes est empreint de détresse. Nous avons pu constater que certaines femmes ayant eu un trouble par le passé ont tendance à réagir aux modifications corporelles et alimentaires par la mise en place de « réflexes défensifs » pour reprendre le terme de Péolidis. Elles remettent en place des stratégies de contrôle du poids et de l'alimentation et font clairement le parallèle avec les stratégies mises en place à l'adolescence pour faire face aux changements de la puberté. Une des femmes précise : « *J'ai l'angoisse que mon trouble soit réactivé par la grossesse* » (58) Ce résultat conforte les hypothèses de Péolidis, en allant plus loin. En effet, la résurgence du trouble au cours de la grossesse ne semble pas limitée aux femmes ayant été anorexiques à l'adolescence mais pourrait s'étendre à tout type de TCA. Cette donnée est très intéressante pour notre pratique et nous montre la nécessité de dépister l'existence d'un vécu passé de TCA.

2. Autres résultats

D'autres résultats intéressants ont pu être mis en évidence par l'analyse des entretiens.

Culpabilité : Certaines femmes TCA se sentent coupables par rapport au fait de ne plus maîtriser leurs conduites alimentaires et culpabilisent de l'impact que leurs conduites peuvent avoir sur leur enfant. « *Par moments je culpabilise quand même du fait de ma fragilité alimentaire parce-que j'ai peur que mon bébé ressente tout ça parce-qu' il n'a pas à le ressentir. Je ne veux pas faire porter tout ça à mon bébé* » (58). Pour les femmes témoins, la culpabilité est moins présente et moins marquée. Lorsqu'elle s'exprime, elle est en rapport notamment avec des grignotages et ne concerne jamais des préoccupations envers l'enfant. Cependant, la grossesse semble diminuer leur sentiment de culpabilité à cet égard. « *Je grignote beaucoup plus qu'avant la grossesse mais je me sens beaucoup moins coupable parce que c'est la grossesse et je peux me lâcher.* » (75)

Se représenter mère : Deux femmes TCA ont évoqué des éléments en lien avec leur façon de se voir mère. Aucune femme témoin n'a évoqué de concepts en rapport avec l'image qu'elles se font de la maternité. Une des femmes TCA, ayant présenté une boulimie par le passé, exprime sa crainte de devenir mère. « *J'ai peur d'être maman. J'ai toujours eu une relation très fusionnelle avec mes parents et j'envisage*

difficilement la maternité » (58). Pour une autre des femmes, qui présente une boulimie actuelle, l'image de la mère se dessine en termes négatifs. Elle peint ainsi le portrait d'une « mauvaise mère ». « *Je suis consciente que mon comportement est mauvais pour mon bébé. C'est pas possible pour un enfant d'avoir une mère pareille » (52).* Même si l'effectif de femmes ayant abordé ce sujet est faible et ne nous permet pas d'établir une comparaison avec les témoins, nous pouvons imaginer que la maternité est plus difficile d'accès pour les femmes ayant des problématiques alimentaires. Il serait intéressant d'interroger plus précisément les femmes sur ce sujet dans une étude ultérieure.

Place accordée à la féminité : Quelques femmes ont rapporté des éléments en rapport avec la féminité. Les femmes TCA qui en parlent disent se sentir plus féminines depuis qu'elles sont enceintes. La grossesse aurait révélé leur féminité. « *Je me sens plus féminine, plus mature depuis que je suis enceinte » (135).* Pour les femmes témoins également la grossesse les aide à prendre conscience de leur féminité. « *J'ai pris conscience de ma féminité avec les rondeurs qui s'accroissent » (17).* Cependant, on constate que la féminité pour les femmes TCA est rapprochée de la maternité, alors que pour les femmes témoins elle a une connotation plus sexualisée.

Place de l'enfant : Selon les femmes, la place accordée à l'enfant et les représentations liées à ce dernier diffèrent. Le point commun entre les femmes du groupe TCA et celles du groupe témoin est que le bien-être du bébé prime par rapport au leur. Cependant, nous avons constaté que les femmes TCA ont besoin d'aménager une véritable place à l'enfant. A travers leurs discours, il semble qu'elles aient besoin d'intégrer l'existence de l'enfant. L'acceptation de la présence de l'enfant ne semble pas se faire spontanément. Une des femmes TCA parle de « nœuds » pour parler des difficultés ressenties face à l'épreuve de la maternité et dit : « *Quand j'ai pris conscience de tous ces nœuds avec mon psychiatre mon ventre est sorti d'un coup. Mon bébé a pu prendre sa place, la place que je lui ai laissée. » (58).* De plus, elles sont nombreuses à s'inquiéter des répercussions de leur trouble sur leur enfant. Pour ce qui concerne les femmes témoins, certaines emploient un vocabulaire qui rapproche le fœtus d'un intrus qui les déposséderait de leur corps. « *J'aime pas être enceinte, je perds toute mon intimité : il y a toujours quelqu'un avec moi ! » (88)*

Les peurs : La majorité des femmes TCA exprime des craintes. Celles-ci sont soit en rapport avec la grossesse, soit avec le post-partum. La grossesse est marquée par la

crainte de prendre trop de poids, ce qui est en accord avec Fairburn et Welch qui trouvent que 40% des femmes TCA enceintes dans leur étude ont peur de prendre trop de poids (23). Les peurs concernent aussi celle d'avoir des changements corporels trop importants et la crainte d'être culpabilisée par les professionnels de santé par rapport à une prise de poids inadaptée. Ce dernier élément est intéressant et peut être mis en parallèle des résultats de Shaffer et al qui trouvent que la pesée mensuelle a été vécue comme un véritable traumatisme par les femmes ayant un trouble alimentaire et ceci était d'autant plus marqué car les professionnels de santé ne leur expliquaient pas le motif de ces pesées et ne leur communiquaient pas toujours le poids (29). La peur du post-partum est principalement liée à la crainte de ne pas retrouver rapidement son corps et son poids, ce qui est en accord avec les résultats de Fairburn et Welch, (23). Une des femmes évoque la peur du baby-blues et de la dépression du post-partum. La proportion des femmes témoins exprimant des craintes est plus faible par rapport aux femmes TCA. Les peurs des femmes témoins sont surtout liées au corps transformé dans le post-partum. Cependant, les craintes à ce sujet sont plus tempérées par rapport aux femmes TCA.

Discussion

Notre étude nous a permis d'évaluer le vécu de la grossesse chez les femmes ayant un TCA actuel ou passé. Nous avons émis comme hypothèses que les femmes TCA vivraient moins bien les changements corporels et alimentaires de la grossesse et qu'elles seraient plus demandeuses de soutien psychologique ou diététique en comparaison aux femmes témoins. De plus, nous avons supposé que pour les femmes ayant eu un TCA par le passé la grossesse pourrait favoriser la reviviscence du trouble. Notre première hypothèse est confirmée. En effet, à l'issue de ce travail, nous pouvons affirmer, sans étonnement, que les femmes ayant des TCA sont plus insatisfaites des changements corporels et alimentaires au cours de la grossesse par rapport aux femmes témoins. Cependant, comme l'avait montré Swann, leur niveau d'insatisfaction corporelle semble globalement être moindre par rapport à l'hors grossesse ce qui s'explique par la présence du bébé qui justifie leurs modifications (42). L'insatisfaction des femmes TCA est principalement liée au corps qui change mais les changements alimentaires aussi paraissent jouer un rôle dans l'insatisfaction corporelle. Notre deuxième hypothèse est également confirmée. Effectivement, pour ce qui concerne le besoin de soutien, nous avons pu mettre en évidence que les femmes TCA sont plus demandeuses de soutien de la part des professionnels de santé, notamment de soutien psychologique, par rapport aux femmes témoins. Cela s'explique par la tourmente intérieure qu'engendrent les remaniements corporels et alimentaires sur le plan psychique. Ce résultat rejoint les conclusions de Namir et al qui avaient montré que les femmes TCA avaient besoin de se sentir soutenues et rassurées quant à leurs changements physiques et alimentaires (27). En revanche, elles ne semblent pas solliciter davantage le soutien de leur entourage et notamment de leur conjoint. En tant que professionnel de santé, il est ainsi important d'offrir un espace d'écoute et du soutien aux femmes TCA et de les rassurer sur la physiologie des modifications corporelles et alimentaires. Notre troisième hypothèse ne peut être ni confirmée ni infirmée. Pour ce qui concerne spécifiquement les femmes ayant été symptomatiques par le passé, nous avons supposé que la grossesse pouvait être un facteur de reviviscence du TCA. Nos résultats nous laissent supposer que des mécanismes défensifs similaires à ceux mis en place à la puberté sont réemployés. En effet, face au corps qui change pour la deuxième fois de leur vie de façon incontrôlable, ce qui les déstabilise profondément, ces femmes semblent réagir par la

défensive en utilisant des moyens qu'elles ont déjà utilisés. Cela passe par la mise en place de conduites alimentaires pathologiques. Toutefois, nos données sont peu consistantes pour affirmer la recrudescence de troubles alimentaires. En effet, la remise en place de mécanismes défensifs concerne 3 femmes sur les 5. De plus, l'analyse des discours nous a permis de constater le retour de problématiques alimentaires à un moment donné, mais ne nous permet pas de conclure à une reviviscence complète du TCA. Afin de mieux explorer cette dimension il aurait été intéressant d'interroger ces femmes dans le post-partum. Des études complémentaires seraient souhaitables. En revanche, nos résultats suggèrent qu'il est nécessaire d'accompagner les femmes ayant eu des troubles par le passé et de s'intéresser à la façon dont les changements physiques et alimentaires sont vécus.

Nos résultats nous ont aussi montré que les femmes TCA, actuels et passés, ont comme spécificité par rapport aux femmes témoins : d'essayer de faire la part entre ce qui relève de l'adiposité et ce qui relève du bébé, qu'elles ont des difficultés à adapter leur image corporelle au cours de la grossesse et qu'elles ne mentionnent pas les « petits maux », car elles les vivent probablement comme une manifestation de leur trouble. Il est donc important de rechercher systématiquement l'existence d'une histoire de TCA.

Pour une étude qualitative, notre échantillon de femmes TCA était conséquent puisque notre revue de la littérature nous a montré que l'effectif pour ce genre d'étude oscille entre 6 à 10 femmes. De plus, notre travail est un des seuls à comparer le discours des femmes TCA à celui de femmes tout venant, ce qui constitue une de ses forces. Comme l'avaient mis en avant Picard et Hubin-Gayte, cette comparaison a confirmé l'existence d'une continuité entre le discours des femmes TCA et celui des femmes témoins. En effet, toutes les femmes, quel que soit leur groupe, sont concernées par les mêmes problématiques au cours de la grossesse. En revanche, les femmes TCA sont plus extrêmes dans leur discours contrairement aux femmes témoins qui sont plus nuancées. De plus, malgré leur capacité à relativiser, les femmes témoins aussi peuvent vivre avec difficulté les remaniements inhérents à la grossesse. Ce résultat nous suggère de s'intéresser aux remaniements physiques et alimentaires pour toutes les femmes. Bien que le temps dédié aux femmes en consultation soit limité, il ne semble pas impossible en tant que sage-femme de leur demander, au moins une fois au cours de la grossesse comment elles vivent les changements inhérents à celle-ci

et de les rassurer sur la « normalité » de ces modifications physiologiques. Cependant, il faut être alerté par des discours trop négatifs et peu rationnels qui doivent nous faire rechercher une histoire de troubles alimentaires.

Le deuxième point fort de notre étude, est le fait d'avoir analysé dans une partie dédiée le vécu de la grossesse chez les femmes ayant un vécu passé de TCA. Ce point constitue l'originalité de notre étude. Nous n'avons pas retrouvé d'études semblables dans la littérature.

Le troisième point fort de notre travail est la diversité des troubles de notre échantillon. En effet, cela nous a permis d'analyser le discours des femmes TCA comme un tout et non pas de cloisonner selon le type de trouble.

Toutefois, notre échantillon de femmes ne comprenait pas de femmes présentant une anorexie nerveuse actuelle. Cela peut s'expliquer par la difficulté d'accès à la grossesse pour ces dernières. De plus, les femmes du groupe TCA présentaient des troubles plus ou moins marqués. Bien que cela constitue une richesse, la diversité d'expression des troubles peut également expliquer les différentes tendances que nous avons observées. Ce dernier élément constitue donc une limite de notre étude. Cependant, il n'aurait pas été possible de recruter des femmes ayant la « même gravité de pathologie ». De la même façon, nous n'avons pas analysé séparément le discours des femmes primipares et des femmes multipares, ce qui peut également avoir influé sur les résultats.

Conclusion

En conclusion, ce travail nous a permis d'étudier de quelle façon les femmes TCA vivent les remaniements de la grossesse. Il s'est avéré qu'il s'agit d'une population de femmes vulnérables profondément déstabilisées par l'état de grossesse et qui nécessitent de l'aide de la part des professionnels de santé. Toutes les femmes, qu'elles aient une histoire de TCA ou non, sont concernées par les remaniements de la grossesse et soulèvent des thématiques communes. Le discours des femmes TCA s'inscrit dans la continuité de celui des femmes témoins mais est beaucoup plus extrême et négatif. Ainsi, les changements physiques et alimentaires sont source d'insatisfaction. Ce résultat peut s'interpréter par le fait que les femmes TCA ont plus de difficultés à accepter la passivité inhérente à la grossesse. La façon dont ces femmes négocient leur trouble par rapport aux remaniements de la grossesse paraît être un facteur d'amélioration ou d'aggravation de leur pathologie. L'amélioration du trouble au cours de la grossesse semble être lié au sentiment de responsabilité vis-à-vis du fœtus. Cependant, même si il y a une amélioration de la symptomatologie alimentaire, le besoin de contrôle reste présent et le fait de lâcher prise peut être source de souffrance psychique. Dans le cas spécifique des femmes ayant eu un TCA à l'adolescence, la grossesse est fortement déstabilisante par sa similitude avec la puberté et pourrait favoriser la reviviscence du trouble. Des études ultérieures sur ce sujet sont à envisager. Les sages-femmes sont en première ligne pour le dépistage de TCA actuels ou passés et pour interroger toutes les femmes sur leurs ressentis face aux bouleversements physiques et alimentaires de la grossesse. Parler ouvertement avec les femmes TCA permet de les aider à prendre conscience des mécanismes défensifs qu'elles peuvent mettre en place et de lever leur déni, ou leur sentiment de culpabilité, ce qui peut les aider à soulager leur détresse. Une aide adaptée auprès des femmes ayant des TCA actuels ou anciens au cours de la grossesse pourrait probablement diminuer les risques de rechute dans le post-partum. De plus, venir en aide aux femmes TCA c'est prévenir les dysfonctionnements interactifs mère/ bébé qui peuvent conduire à des troubles alimentaires chez l'enfant. Il est de notre responsabilité, en tant que professionnel de la périnatalité de dépister les troubles alimentaires et de mettre en place l'aide adaptée.

Bibliographie

1. AFDAS-TCA, HAS. Anorexie mentale: prise en charge. 2010 Juin.
2. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *The Lancet*. 2003;361(9355):407–16.
3. Jeammet P. Troubles des conduites alimentaires. In: Guelfi J, Rouillon F. *Manuel de psychiatrie*. 1st ed. Issy-les-Moulineaux Cedex: Elsevier Masson; 2007. p. 477–97.
4. Tierney S, McGlone C, Furber C. What can qualitative studies tell us about the experiences of women who are pregnant that have an eating disorder? *Midwifery*. 2013 May;29(5):542–9.
5. Picard A. De l'expérience subjective de la maternité dans les troubles du comportement alimentaire: une étude qualitative. Thèse Med: Université de Toulouse; 2012.
6. Micali N, Treasure J, Simonoff E. Eating disorders symptoms in pregnancy: A longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *J Psychosom Res*. 2007 Sep;63(3):297–303.
7. Eagles JM, Lee AJ, Raja EA, Millar HR, Bhattacharya S. Pregnancy outcomes of women with and without a history of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 2012 Dec;42(12):2651–60.
8. Micali N, De Stavola B, dos-Santos-Silva I, Steenweg-de Graaff J, Jansen P, Jaddoe V, et al. Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: a population-based cohort study: Perinatal outcomes in women with eating disorders. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2012 Nov;119(12):1493–502.
9. Brunswick A. La grossesse à l'épreuve de l'anorexie. *Rev Sage-Femme*. 2013;(12):269–74.
10. Bulik CM, Von Holle A, Hamer R, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P, et al. Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychol Med*. 2007 Aug;37(08):1109.
11. Crow SJ, Agras WS, Crosby R, Halmi K, Mitchell JE. Eating disorder symptoms in pregnancy: A prospective study. *Int J Eat Disord*. 2008 Apr;41(3):277–9.
12. Hoffman E, Zervas S, Bulik C. Reproductive issues in anorexia nervosa. *Expert Rev Obstet Gynecol*. 2011;6(4):403–14.
13. Conrad R, Schablewski J, Schilling G, Liedtke R. Worsening of symptoms of bulimia nervosa during pregnancy. *Psychosomatics*. 2003;44(1):76–8.

14. Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M. Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 Oct;211(4):392.e1–392.e8.
15. Racamier P-C. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *Evol Psychiatr*. 1961;(26):525–70.
16. Bydlowski M. La dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité. 6th ed. Paris: PUF; 2008.
17. Hubin-Gayte M, Squires C. Étude de l'impact de la grossesse sur les comportements alimentaires à travers l'utilisation du questionnaire SCOFF. *Evol Psychiatr*. 2012 Apr;77(2):201–12.
18. Bourgoin E, Callahan S, Séjourné N, Denis A. Image du corps et grossesse : vécu subjectif de 12 femmes selon une approche mixte et exploratoire. *Psychol Fr*. 2012 Sep;57(3):205–13.
19. Loth KA, Bauer KW, Wall M, Berge J, Neumark-Sztainer D. Body satisfaction during pregnancy. *Body Image*. 2011 Jun;8(3):297–300.
20. Chang S., Chao Y, Kennedy N. I am a woman and I'm pregnant: body image of women in Taiwan during the third trimester of pregnancy. *Birth*. 2006;33(2):147–53.
21. Skouteris H, Carr R, Wertheim EH, Paxton SJ, Duncombe D. A prospective study of factors that lead to body dissatisfaction during pregnancy. *Body Image*. 2005 Dec;2(4):347–61.
22. Rousseau A, Rusinek S, Valls M, Callahan S. Influences socioculturelles médiatiques et insatisfaction corporelle chez les adolescentes françaises. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2011 May;59(3):163–8.
23. Fairburn CG, Welch SL. The impact of pregnancy on eating habits and attitudes to shape and weight. *Int J Eat Disord*. 1990;9(2):153–60.
24. Conti J, Abraham S, Taylor A. Eating behavior and pregnancy outcome. *J Psychosom Res*. 1998;44(3):465–77.
25. INPES. Le guide nutrition pendant et après la grossesse, Programme National de Nutrition Santé [en ligne]. 2009. [consulté le 21.11.2014]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1059.pdf>
26. Peolidis M. La maternité chez des femmes ayant été anorexiques mentales à l'adolescence. *Carnet PSY*. 2004;90(4):26-30.
27. Namir S, Melman KN, Yager J. Pregnancy in Restrictive-Type Anorexia Nervosa: A study of six women. *Int J Eat Disord*. 1986;5(5):837–45.
28. Stapelton H. "I'm not pregnant, I'm fat". The experiences of some eating disordered childbearing women and mothers. School of Nursing and Midwifery, University of Sheffield GRiP (Get Research into Practice); 2007.

29. Shaffer SE, Hunter LP, Anderson G. The Experience of Pregnancy for Women With a History of Anorexia or Bulimia Nervosa. *Can J Midwifery Res Pract.* 2008;7(1): 17-30.
30. Hubin-Gayte M. De l'intérêt d'une prévention des troubles des conduites alimentaires chez les femmes enceintes. *L'information psychiatrique.* 2008;84(8):725–31.
31. Morgan JF, Lacey JH, Sedgwick PM. Impact of pregnancy on bulimia nervosa. *Br J Psychiatry.* 1999 Feb 1;174(2):135–40.
32. Luck A, Morgan J, Reid F. The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study. *Br Med J.* 2002;(325):755–6.
33. Mond JM, Myers TC, Crosby RD, Hay PJ, Rodgers B, Morgan JF, et al. Screening for eating disorders in primary care: EDE-Q versus SCOFF. *Behav Res Ther.* 2008 May;46(5):612–22.
34. Duarte Garcia F, Grigioni S, Allais E, Houy-Durand E, Thibaut F, Déchelotte P. Detection of eating disorders in patients: Validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire. *Clin Nutr.* 2011 Apr;30(2):178–81.
35. Baudet ML, Montastier E, Mesthe P, Oustric S, Lepage B, Ritz P. The SCOFF score: A screening tool for eating disorders in family practice. *E-SPEN J.* 2013 Jun;8(3):e86–e89.
36. Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res.* 2005 Aug;59(2):51–5.
37. Missonnier S, Golse B, Soulé M. *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité.* 1st ed. Paris: PUF; 2004.
38. Hubin-Gayte M. Troubles des conduites alimentaires et maternité : analyse de forums sur Internet. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2011 Dec;169(10):615–20.
39. Lacey JH, Smith G. Bulimia nervosa. The impact of pregnancy on mother and baby. *Br J Psychiatry.* 1987 Jun 1;150(6):777–81.
40. Tierney S, Fox JRE, Butterfield C, Stringer E, Furber C. Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder: A qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2011 Oct;48(10):1223–33.
41. DiPietro JA, Millet S, Costigan KA, Gurewitsch E, Caulfield LE. Psychosocial influences on weight gain attitudes and behaviors during pregnancy. *J Am Diet Assoc.* 2003;103(10):1314–9.
42. Swann RA, Von Holle A, Torgersen L, Gendall K, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM. Attitudes toward weight gain during pregnancy: Results from the Norwegian mother and child cohort study (MoBa). *Int J Eat Disord.* 2009 Jul;42(5):394–401.

Annexes

ANNEXE 1 : Critères diagnostiques du DSM IV

1) Anorexie

- A. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85% du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu).
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.
- C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.
- D. Chez les femmes post-pubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs.

2) Boulimie

- A. Episodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée (un épisode d'hyperphagie incontrôlée consiste en des prises alimentaires, dans un temps court inférieur à deux heures, d'une quantité de nourriture largement supérieure à celle que la plupart des gens mangeraient dans le même temps et les mêmes circonstances et en une impression de ne pas avoir le contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter).
- B. Le sujet met en œuvre des comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids (vomissements provoqués, prises de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, exercice excessif).
- C. Les épisodes d'hyperphagie incontrôlée et les comportements compensatoires pour prévenir une prise de poids ont lieu en moyenne deux fois par semaine durant au moins trois mois.
- D. Le jugement porté sur soi-même est indûment influencé par la forme et le poids du corps.

Le trouble ne survient pas exclusivement au cours des épisodes d'anorexie.

ANNEXE 2 : Questionnaire SCOFF distribué aux femmes

Bonjour, je suis Anne-Lise, étudiante sage-femme et je fais un mémoire sur la vision que les femmes ont de leur corps au cours de la grossesse et sur le changement de relation à la nourriture depuis le début de la grossesse. Si vous avez quelques secondes pourriez-vous **remplir** ce questionnaire qui porte sur vos ressentis AVANT la grossesse? De plus, pour affiner mes recherches je serais **susceptible** de **vous recontacter** d'ici quelques jours à semaines pour avoir des compléments d'information. **Si** vous ne voulez **pas** être **recontactée**, il suffit de ne **pas noter votre numéro** mais vous pouvez tout de même **remplir le questionnaire** !

Merci d'avance pour votre contribution, elle m'aidera beaucoup!

Numéro de téléphone où je peux éventuellement vous contacter :

Votre poids **avant** la grossesse :kg Taille :

Date de début de grossesse :/...../.....

Ensuite, **cochez** ici pour les réponses qui vous concernent !

EN DEHORS DE LA GROSSESSE :	OUI	NON
Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?		
Pensez-vous que vous êtes trop grosse alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?		
Avez-vous déjà perdu plus de 6 kilos en moins de 3 mois ?		
Craignez-vous avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?		
Vous arrive-t-il de vous rendre malade car vous avez la sensation inconfortable d'avoir trop mangé ?		

M'autorisez-vous à utiliser les réponses de ce **questionnaire** dans le cadre de mon mémoire de façon **anonyme**? Oui Non (*entourez la bonne réponse*)

M'autorisez-vous à vous **contacter** pour un éventuel **entretien** et à utiliser les données de cet entretien de façon anonyme? Oui Non (*entourez la bonne réponse*)

Si oui, signez ci-dessous: « J'autorise Anne-Lise, étudiante sage-femme à me contacter si besoin et/ou à utiliser les données de ce questionnaire et de l'éventuel entretien de façon anonyme dans le cadre de son mémoire de fin d'études »: (**DATE** et **SIGNATURE précédée de « j'ai lu et j'accepte »**)

ANNEXE 3 : Document d'information distribué aux patientes à la remise du SCOFF

INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES : Le questionnaire que vous avez rempli me servira dans le cadre de mon mémoire de sage-femme. Celui-ci porte sur « *la vision que les femmes ont de leur corps au cours de la grossesse et sur le changement de relation à la nourriture depuis le début de la grossesse* ». Je vous remercie encore d'avoir pris le temps de me répondre !

A travers ce document, j'en profite pour vous rappeler que toutes les données issues du questionnaire que vous avez rempli sont entièrement anonymes.

En fonction des réponses au questionnaire, il est possible que je vous contacte pour un entretien. Si vous acceptez cet entretien, il vous est possible de le refuser au dernier moment. Si au contraire vous êtes d'accord pour me rencontrer en entretien, il s'agira juste de questions ouvertes. L'entretien ne sera pas enregistré et toutes vos réponses seront anonymes. En tant que future professionnelle de la santé, je suis soumise au secret professionnel, et toutes vos réponses sont confidentielles.

ANNEXE 4 : Grille de l'entretien

- 1) Comment se déroule votre grossesse? S'agit-il de votre première grossesse?
(question générale)
- 2) Comment perceviez-vous votre silhouette et votre poids en dehors de la grossesse?
- 3) Comment qualifieriez-vous votre relation à la nourriture en dehors de la grossesse?
- 4) Comment vivez-vous les changements de votre corps durant votre grossesse?
- 5) Au niveau des seins, du ventre, des cuisses, des hanches, comment vivez-vous ces changements ?
- 6) Depuis que vous vous savez enceinte avez-vous changé vos habitudes alimentaires, si oui, comment?
- 7) Comment a évolué votre jugement sur votre corps depuis que vous êtes enceinte par rapport à avant la grossesse?
- 8) Pour vous, quel impact votre grossesse peut avoir sur la façon dont vous percevez votre silhouette et votre poids?

RESUME : Le vécu de la grossesse chez les femmes ayant une histoire de troubles du comportement alimentaire.

Objectif : Les femmes ayant un TCA actuel ou un vécu passé de TCA peuvent de plus en plus facilement accéder à la maternité. Etant donné l'augmentation de l'incidence des TCA et la facilité du recours aux techniques de procréation médicalement assistée, il s'agit d'une problématique à laquelle les professionnels de la périnatalité, avec les sages-femmes en première ligne, seront confrontés. Le but de cette étude était d'évaluer l'impact d'un TCA actuel ou passé sur le vécu de la grossesse, et de savoir si la grossesse pouvait favoriser une recrudescence du trouble chez des femmes ayant présenté des troubles par le passé. Nous nous sommes particulièrement intéressés au vécu des changements corporels et alimentaires, ainsi qu'au besoin de soutien des femmes TCA en les comparant à un groupe de témoins.

Matériel et méthodes : Le SCOFF-F a été employé pour recruter des femmes enceintes susceptibles d'avoir un TCA actuel ou passé. Lorsqu'il était positif, les femmes étaient vues en entretien. L'entretien, semi-directif, permettait de confirmer ou non l'existence d'un TCA et d'explorer le vécu de la grossesse. A l'issue de l'entretien, deux groupes ont été constitués : groupe TCA (n=9) et groupe témoin (n=20). Une analyse thématique du contenu des entretiens a été réalisée.

Résultats et Discussion: Il existe une continuité entre le discours des femmes TCA et celui des femmes témoins. Cependant, les femmes TCA sont plus déstabilisées par les changements de la grossesse, qu'elles vivent avec plus de difficultés, et sont davantage demandeuses de soutien psychologique. Pour les femmes ayant un TCA passé, des mécanismes défensifs similaires à ceux développés à l'adolescence semblent se remettre en place. Toutefois, les résultats ne sont pas suffisants pour affirmer avec certitude la reviviscence du trouble. Des études supplémentaires sont nécessaires sur ce sujet.

Conclusion : Les femmes TCA vivent avec difficulté les remaniements de la grossesse et demandent plus de soutien auprès des professionnels de santé. Les sages-femmes ont un rôle indéniable dans le dépistage de TCA actuels ou passés et dans la mise en place d'une aide pour ces femmes.

Mots clés : Grossesse, TCA actuels et passés, SCOFF-F, Entretien semi-directif

ABSTRACT: Experience of pregnancy for women with a history of eating disorders.

Aim: Women suffering from an actual eating disorder (ED) or women with a past history of ED can more and more easily access to motherhood. Due to the increasing rate of ED in our occidental countries and the possibility to access to assisted reproductive technologies: perinatal practitioners, thus in first place midwives, will have to deal with pregnant women with ED. The aim of this study was to explore the impact of an actual or past ED on the experience of motherhood, and to determine if the pregnancy can be responsible of a resurgence of a past ED. We studied the experience of physical and eating changes during pregnancy and the need for support of women with a, actual or past, history of ED. We compared them to a group of women without any history of ED.

Methods: The SCOFF-F was employed to identify women who were likely to have an actual or past ED. When it was positive, women were interviewed. The semi-structured interview helped us to determine the presence of an actual or past ED and to explore their experience of motherhood. After the interview, two groups were created: the ED group (n=9) and the control group (n=20). We used the method of thematic analysis to study the interview.

Results and Discussion: The qualitative analysis of the speeches showed us a continuity between the ED group and the control group. Yet, women with ED are more emotionally unsettled by changes induced by pregnancy and require more psychological support. Women with past ED seem to employ similar defense mechanisms that they used during puberty. However, our results are not enough consistent to affirm a recrudescence of an eating pathology. Further studies are necessary on this topic.

Conclusion: Women with ED have a bad experience of pregnancy changes and require support from health practitioners. Midwives have an important role in the detection of actual and past ED and in the organization to help these women.

Key words: Pregnancy, ED actual and past, SCOFF-F, Semi structured interview