



HAL
open science

Mesure de la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les femmes enceintes : étude observationnelle descriptive réalisée dans une maternité de type III de la région Auvergne-Rhône-Alpes

Camille Chevallier

► **To cite this version:**

Camille Chevallier. Mesure de la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les femmes enceintes : étude observationnelle descriptive réalisée dans une maternité de type III de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01826543

HAL Id: dumas-01826543

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01826543v1>

Submitted on 29 Jun 2018

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.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE D'Auvergne – CLERMONT 1

**MESURE DE LA PREVALENCE DES TROUBLES DU
COMPORTEMENT ALIMENTAIRE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES**

(Etude observationnelle descriptive réalisée dans une maternité de type III de la région Auvergne-Rhône-Alpes)

**MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR
Camille CHEVALLIER**

Née le 26/03/1993

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Année 2017**



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE D'AUVERGNE – CLERMONT 1

**MESURE DE LA PREVALENCE DES TROUBLES DU
COMPORTEMENT ALIMENTAIRE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES**

(Etude observationnelle descriptive réalisée dans une maternité de type III de la région Auvergne-
Rhône-Alpes)

**MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR
Camille CHEVALLIER**

Née le 26/03/1993

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Année 2017**



Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements et témoigner toute ma gratitude aux personnes qui m'ont apporté leur soutien et leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie Madame TAITHE Séverine, Sage-Femme enseignante, ma directrice de mémoire, sans qui celui-ci n'aurait pas pu aboutir. Merci pour votre aide, vos conseils et vos disponibilités.

Je remercie le docteur Madame VILLEMAYRE-PLANE, co-directrice du mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils précieux et son soutien tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie toute l'équipe pédagogique de l'Ecole de Sage-Femme de Clermont-Ferrand pour les 4 années de formation à l'école.

Je remercie Monsieur PATOIS Paul-Alexandre pour l'aide dans la réalisation des tests statistiques.

Je remercie évidemment toute la promotion 2013-2017 pour ces 4 années passées ensemble. L'entente, l'entraide, la cohésion et la solidarité ont grandement participé à la réalisation de travail des plus favorables.

Je tiens à remercier ma famille, qui m'a toujours soutenue et encouragée.

Glossaire

BED : Binge eating disorders

BSQ : Body shape questionnaire

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EDNOS : Eating disorders not otherwise specifiedes

EPP : Entretien prénatal précoce

FCS : Fausses couches spontanées

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de masse corporel

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité

RCIU : Retard de croissance intra-utérin

TCA : Trouble du comportement alimentaire

Sommaire

Introduction	3
Revue de la littérature	6
1 Les troubles du comportement alimentaire.....	7
2 TCA et grossesse.....	12
3 Repérages des TCA.....	21
4 Place de la sage-femme.....	23
Population et méthode	25
1 Type et objectifs de l'étude.....	26
2 Participants.....	27
3 Méthode.....	28
Résultats	32
1 Diagramme de flux.....	33
2 Description et caractéristiques de la population étudiée.....	34
3 Objectif principal : mesure de la prévalence des TCA chez les femmes enceintes.....	40
4 Objectif secondaire : comparaison de la population à risque de développer un TCA versus population non à risque.....	40
5 Evolution du risque de TCA.....	45
Discussion	46
1 Limites et points forts de l'étude.....	47
2 Discussion des résultats.....	49
3 Projet d'action.....	54
Conclusion	56
Références bibliographiques	58

Introduction

La grossesse est une période de changements pour toutes femmes enceintes. Elles sont marquées par des perturbations corporelles et mentales. L'insatisfaction corporelle peut être responsable de conduites alimentaires non adaptées au cours de la grossesse, voire à des restrictions alimentaires avec des conséquences sur la santé maternelle et fœtale.

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont des troubles graves du comportement qui visent à contrôler le poids et qui altèrent significativement la santé physique, mentale et psychique. Les femmes en âge de procréer représentent la population la plus exposée aux troubles du comportement alimentaire et ceux-ci sont très peu identifiés pendant la grossesse. Les conséquences de ceux-ci restent très peu connues alors qu'ils sont très importants d'un point de vue psychologique et physique tant pour la mère que pour l'enfant. Le dépistage semble alors nécessaire par les professionnels de santé et donc par les acteurs de premier recours : les Sages-Femmes. Les troubles du comportement alimentaire toucheraient près de 10% des femmes en âge de procréer, et commenceraient à l'adolescence. Cependant la présence de TCA concernerait 20 à 25% des femmes enceintes mais les études sont peu fiables.

La sage-femme est une professionnelle autonome de première ligne formée pour être responsable de suivi de maternité complet pour les femmes en bonne santé qui présentent une grossesse à bas risque (85 % des grossesses) et leur nouveau-né. La sage-femme est autorisée à pratiquer les actes techniques et cliniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de la pathologie (article R4127-318 du Code de Déontologie).

Selon les nouvelles recommandations canadiennes, il est conseillé d'aider les femmes à avoir une bonne image d'elle, à avoir une opinion positive d'elle-même face aux chamboulements qu'entraîne la grossesse. L'idéal serait de fixer un objectif de gain de poids en fonction de l'IMC avant la grossesse. Mais la question de l'alimentation reste un sujet délicat à aborder pour les professionnels de santé et pour les femmes.

Etant donné le manque de données sur la région Auvergne-Rhône-Alpes, et le peu de connaissances sur ce sujet en France, l'objectif de cette étude observationnelle descriptive était de mesurer la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les femmes enceintes au service des consultations prénatales dans une maternité de type III d'Auvergne-Rhône-Alpes. Pour ensuite, comparer les caractéristiques des femmes atteintes de TCA par rapport aux femmes non atteintes, afin de mieux les dépister dans notre pratique quotidienne. Après avoir abordé les différentes généralités des TCA, et la perception corporelle des femmes enceintes ainsi que le rôle des sages-femmes, nous avons confronté les résultats avec les différentes études de la littérature et établi un projet d'action ciblé sur le rôle de la Sage-Femme.

Revue de la littérature

1 Les troubles du comportement alimentaire

Les TCA sont des perturbations graves du comportement alimentaire. Ce sont des troubles du comportement alimentaire qui visent à contrôler le poids et altèrent de façon significative la santé physique comme l'adaptation psychosociale, sans être secondaires à une affection médicale ou à un autre trouble psychiatrique. Un trouble du comportement alimentaire est d'approche multifactorielle : facteurs de vulnérabilité psychologique, biologique, environnementaux, familiaux et socioculturels. C'est une préoccupation exagérée par rapport à une partie du corps jugée insatisfaisante et produisant un mal être cliniquement significatif qui peut s'accompagner d'une détérioration sociale, professionnelle ou dans d'autres domaines importants d'activités de l'individu (1).

Il en existe plusieurs types : les troubles anorexiques, les troubles boulimiques et les troubles alimentaires non spécifiés.

1.1 L'anorexie mentale

L'anorexie mentale est définie selon les critères diagnostiques des classifications internationales. Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux IV (DSM IV) décrit l'anorexie comme la description suivante :

- Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins, conduisant à un poids significativement bas, compte tenu de l'âge, du sexe, du stade développemental ;
- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros ;
- 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 manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

La sévérité est selon l'indice de masse corporelle (IMC en kg/m^2) : considérée comme léger si supérieur ou égal à 17, et comme extrême si inférieur à 15.

Le DSM IV distingue deux types de troubles anorexiques :

- Le type restrictif : c'est une privation alimentaire sans épisodes récurrents de compulsions alimentaires et de vomissements sur les trois derniers mois.
- Le type avec crises de boulimie et vomissements ou prises de purgatifs : ce sont des crises convulsives qui se terminent par des vomissements ou la prise de traitements compensatoires. Ceux-ci représentent 30 à 40% des anorexiques.

Des personnes peuvent souffrir de forme subsyndromique. Elles ne répondent pas strictement à la définition mais présentent régulièrement des vomissements auto-induits après absorption de petites quantités de nourriture. Elles n'ont pas de compulsions (1).

1.2 TCA à type boulimique

La boulimie est décrite depuis 1979 et est intégré au DSM de la Haute Autorité de Santé (HAS).

1.2.1 *La boulimie nerveuse*

La boulimie se caractérise par :

- Survenue fréquente de crises de boulimie. Une crise de boulimie se caractérise par une absorption de grandes quantités de nourritures dans un temps restreint, et un sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise ;
- Comportements compensatoires inappropriés et répétitifs visant à prévenir la prise de poids : vomissements répétées, diurétiques, emploi de laxatifs, jeûne, exercice physique excessif ;
- Ces deux caractéristiques surviennent au moins une fois par semaine pendant trois mois.
- L'estime de soi est influencée par le poids et la forme corporelle.

Il y a deux sous types : le purging et le non purging.

Contrairement à l'anorexie mentale, le passage à l'acte se termine alors par une sensation de malaise : physique (la sensation d'avoir trop mangé), mais aussi psychique avec des idées de culpabilité et d'autodépréciation. Les personnes souffrant de boulimie ont généralement un IMC normal en raison de la mise en place de comportements compensatoires, ce qui implique le repérage. La moitié des malades boulimiques ont un passé d'anorexie mentale (2).

1.2.2 L'hyperphagie boulimique

L'hyperphagie boulimique a fait son apparition en 1994 et officiellement intégré dans le DSM-V depuis 2012.

L'hyperphagie boulimique se caractérise par des épisodes récurrents d'accès d'hyperphagie au moins une fois par semaine pendant trois mois : absorption en une période de temps limitée d'une quantité de nourriture ; sentiment de perte de contrôle.

Ils sont associés à au moins trois des caractéristiques suivantes : manger beaucoup plus rapidement ; manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale ; manger de grande quantité de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim ; manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe ; se sentir dégoûté de soi-même ; déprimé ou très coupable d'avoir trop mangé. Il y a une association de détresse marquée et très peu de comportements compensatoires. L'apport excessif de calories lors de ces crises explique que les personnes hyperphagiques soient généralement en surpoids ou obèses (2).

1.3 Troubles alimentaires non spécifiés

Les troubles alimentaires non spécifiés aussi appelé EDNOS (eating disorders not otherwise specified) regroupent les troubles alimentaires qui ne remplissent pas tous les critères spécifiés et qui sont donc incomplets pour un trouble alimentaire défini précédemment.

L'anorexie mentale atypique (de poids subnormale), la boulimie nerveuse de fréquence et de durée limitées (moins d'une fois par semaine pendant moins de trois mois), night eating syndrome (épisodes répétés de consommation d'alimentaire excessives après le diner, ou grignotages pendant la nuit), les vomissements provoqués (comportement compensatoire sans compulsions alimentaires) sont considérés comme des troubles alimentaires non spécifiés. Ils entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement socioprofessionnel.

Les troubles alimentaires non spécifiés sont beaucoup plus fréquents que les TCA caractérisés allant de deux fois plus fréquentes à cinq fois plus fréquentes selon les études réalisées (3,4).

Les troubles non spécifiques débutants ont un meilleur pronostic que les troubles avérés. En revanche la comorbidité psychiatrique est élevée (79%).

1.4 Epidémiologie

En France, les troubles du comportement alimentaire ont une prévalence supérieure aux autres pays Européens (5,6).

1.4.1 Population générale

Les études retrouvées ciblent le plus souvent les adolescentes car leur apparition survient le plus souvent à cette période-là, surtout entre 15 et 19 ans.

Le taux de prévalence retrouvé dans diverses études est très variable. Pour l'anorexie, la HAS de 2010 trouve une prévalence de chez les femmes de 0,9% à 1,5%. Cette prévalence est significativement plus élevée chez les jeunes femmes par rapport aux hommes. Au terme de sa littérature, Hoek estime à 8 pour 100000 l'incidence moyenne d'anorexie mentale. Celle-ci est stable depuis les 30 dernières années dans la population générale mais en revanche elle est en nette augmentation chez les jeunes filles de 15 à 25 ans. Dans cette tranche d'âge, l'anorexie constituerait la troisième cause des maladies chroniques, et cette tranche d'âge représenterait jusqu'à 40% des cas.

Au moins 20% des anorexiques présenterait des formes mixtes avec accès boulimiques et vomissements associées (les formes subsyndromiques ne répondant pas strictement aux critères diagnostiques est plus fréquentes) (1,7).

La prévalence de la boulimie est de 1 à 3% selon la HAS datant de 2015. Les formes partielles sont deux à trois fois plus fréquentes et atteindraient un taux de 5%. Elles surviendraient plus tard que l'anorexie : plutôt en fin d'adolescence et début de la vie adulte. L'âge moyen est de la boulimie est 18 ans (2).

Le BED (Binge Eating Disorders) est en nette augmentation, la prévalence serait de 3% de la population féminine française (2). Il concernerait 10% des personnes obèses et 20 à 40% des personnes consultant en nutrition (8). L'EDNOS constituerait 4% de la population générale, soit deux à quatre fois plus fréquents que la boulimie (4).

Tandis que la boulimie et l'anorexie toucheraient d'avantage les adolescents, l'hyperphagie boulimique surviendrait souvent à l'âge adulte (l'âge médian est de 21 ans).

En conclusion, les TCA toucheraient 5 à 7% des femmes en âge de procréer (9).

1.4.2 Femmes enceintes

Les femmes enceintes atteintes de TCA dissimuleraient le plus souvent leurs symptômes, et n'auraient pas de suivi particulier lors de la grossesse. Cependant la présence de TCA et des formes syndromiques concerneraient 20 à 25% mais les études sont peu nombreuses et peu fiables avec des puissances peu élevées. De plus en plus d'études montrent que si ces troubles ont tendance à régresser lors de la grossesse, les symptômes sont plus présents que dans la population générale (9,10). Les études sur les TCA ciblent souvent les adolescentes, car la majorité survient à cette période et plus particulièrement chez les jeunes filles de 15 à 19 ans. Certaines études montrent une augmentation de la gêne occasionnée par le changement du corps et l'insatisfaction qui en résulte pendant la grossesse chez les adolescentes. En revanche, d'autres études, mettent en évidence qu'au contraire, la plupart des adolescentes enceintes ont eu une image positive de leur corps ainsi que des réactions positives concernant la prise de poids due à la grossesse (11).

2 TCA et grossesse

2.1 Psychopathologie

2.1.1 Généralités

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. 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 réémergences afin de former un nouvel entrelacement » (12).

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. L'alimentation renvoie à un mode d'expression très archaïque qui est favorisé chez la femme en début de grossesse (13,14). D'après Hytten, une femme prend en moyenne 12,5 kg pendant sa grossesse, son corps est totalement transformé pendant les neuf mois de grossesse. Son ventre n'est pas la seule partie de son corps à s'arrondir, mais toutes les autres parties lui rappelant sa féminité (hanche, poitrine, cuisse) se modifient (13, 15). L'image du corps qu'elle a pu construire durant son adolescence va de nouveau être transformée. Les futures mères sont sensibles à ces perturbations corporelles. Elles doivent, en plus, suivre les recommandations de santé qui conseillent de pas prendre plus de certains kilos, et ne doivent pas manger certains aliments contre la listériose et toxoplasmose (16). Ces restrictions entraînent alors une forte pression sociale et médiatique. Elle va se traduire par une augmentation d'intérêt pour la nourriture pendant la grossesse et va devenir l'élément central de la grossesse. L'étude de Abraham, King et Lewellyn-Jones a montré que 20 % des femmes considèrent leur poids et leur problème d'alimentation comme plus importants pendant la grossesse qu'avant, 9 % ont de sévères problèmes de frénésies alimentaires, la plupart sont ambivalentes sur le fait d'être pesée à chaque visite prénatale (17).

Des perturbations au niveau des conduites alimentaires apparaissent chez de nombreuses femmes enceintes et sont souvent entendues et comprises comme une donnée culturelle : envie irrésistible de manger un produit bien particulier et nécessité de manger « pour deux ». La maternité et la grossesse peuvent effrayer les futures mères car elles éprouvent le sentiment de ne plus pouvoir contrôler leur corps, ou plus généralement, leur « nouvelle » vie. Chang et Al, qui ont interrogés 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 (12,18). Tandis que pour Hubin-Gayte et Squires, la satisfaction corporelle varie peu avec la grossesse (14). Pour d'autres auteurs, la satisfaction corporelle évoluerait au cours de la grossesse. Elle serait moindre en début de grossesse, et augmenterait au cours des derniers mois pour enfin diminuer dans le dernier mois de grossesse (19). 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 (20,21). 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 (15).

2.1.2 Body shape questionnaire

Afin d'évaluer la satisfaction corporelle, Le Body Shape Questionnaire (BSQ) a été créé (annexe I). Il permet d'explorer le rôle d'une préoccupation excessive de l'apparence du corps dans le développement, le maintien et le traitement des TCA (22). Les préoccupations typiques à la boulimie et à l'anorexie y sont révélées par un score élevé. La dernière version réalisée par Cooper et Al comporte 8 items. La version française a été validée par Vanessa Lentillon- Keastner en 2011.

2.1.3 La « mummyrexie »

La « mummyrexie » aussi appelé « pregorexia » prend du terrain depuis une dizaine d'année. En effet, cette malheureuse obsession du poids pendant la grossesse est de plus en plus fréquente chez les jeunes futures mamans. Un phénomène qui a pris de l'ampleur à cause de la pression des médias, des réseaux sociaux et des magazines américains. Contraction de « mummy » (maman) et d'anorexie, ce néologisme décrit l'obsession de grossir le moins possible pendant la grossesse pour se glisser dans ses vêtements en rentrant de la maternité. « Et ce au moyen de régimes hypocaloriques, de repas escamotés... « Les mummyrexiques » se restreignent sur les sucres, les féculents, la viande, les œufs et les matières grasses, ce qui est loin d'être anodin »

Elle craint, inconsciemment, de réactiver, au moment où elle devient mère à son tour, les souffrances et les angoisses qui lui ont été transmises par sa mère. Contrôler son poids est une façon de ne pas se laisser aller à une maternité potentiellement douloureuse (23).

2.2 Complications

Il existe plusieurs complications materno-fœtales et néonatales concernant les femmes souffrant de TCA.

2.2.1 *Complications maternelles*

2.2.1.1 *Anorexie*

Pendant longtemps, il a été mis en avant le fait que les femmes présentant des TCA n'ont pas d'enfant. L'aménorrhée fait partie d'un des principaux symptômes de l'anorexie.

L'aménorrhée est la conséquence d'une hyperactivité physique et d'une dénutrition importante. Ceci altère le mécanisme de la fonction gonadotrope créant un profil hormonal pré-pubertaire. En effet, la fécondité est diminuée de 90%.

Cependant, une ovulation et donc une grossesse restent possible notamment si l'IMC se situe entre 17 et 18, si les apports alimentaires en graisses restent correctes, s'il n'y a pas d'hyperactivité physique avérée. De plus, ce faible pourcentage de fertilité est associé à leur choix de ne pas avoir d'enfants (24).

Mais ces chiffres restent relatifs car les femmes présentant des TCA et désirant des enfants ont recours à des traitements hormonaux. Devenir mère en ayant un TCA ou un antécédent de TCA est de plus en plus fréquent. De plus, lorsqu'elles sont enceintes « naturellement », le déni de leurs troubles explique que les TCA soient rarement évoqués en présence de la sage-femme.

Ces grossesses sont considérées à haut risque pour les professionnels de santé, du fait notamment de la malnutrition (Lemberg et Philips, 1989). On peut voir apparaître des troubles métaboliques du fait de l'anorexie mentale. En effet, ceux-ci apparaissent progressivement. On retrouve souvent une hypokaliémie qui provoque des troubles cardiaques, notamment de l'hypotension et de la bradycardie, une hyponatrémie, ainsi qu'une anémie. Les infections urinaires et les œdèmes sont aussi relativement fréquents (25).

Certains auteurs dans la littérature, constatent une amélioration du TCA pendant la grossesse avec un retour des symptômes dès le post-partum, alors que d'autres études montrent un renforcement de ces TCA lors de la grossesse (9).

Sur le plan psychique, les patientes sont considérées comme fragile. Le risque suicidaire et les symptômes anxio-dépressifs sont particulièrement fréquents chez ses femmes (26).

2.2.1.2 TCA à type boulimique

L'aménorrhée concerne un tiers des femmes boulimiques et la moitié des cas ont des troubles menstruelles. La fécondité chez les boulimiques est moins étudiée que chez les anorexiques. Les carences et les vomissements aggravent la malnutrition et diminuent les chances d'être enceintes. La fécondité est diminuée de 30 à 40%.

2.2.2 *Complications obstétricales et fœtales*

On retrouve peu d'études de puissance élevée concernant les issues obstétricales de patientes atteintes de TCA et souvent les études ont été mal réalisées. De plus, la littérature est discordante quand à ces issues. Cependant certaines complications semblent bien connues.

L'équipe de Micali a lié la présence d'un trouble du comportement alimentaire avant la grossesse ou d'un trouble du comportement alimentaire pendant le premier trimestre à un risque accru pour le bébé (poids faible à la naissance, accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérin, mort néonatale, anomalies du tube neural) (27).

2.2.2.1 *Anorexie*

Les femmes souffrant d'anorexie mentale sont associées à un taux plus élevé que dans la population générale d'accouchement prématuré (deux fois plus important), de retard de croissance utérin (RCIU) dans le dernier trimestre, de mortalité périnatale (croissante avec l'état d'amaigrissement maternelle, et six fois plus élevé). On retrouve un risque plus important de césarienne. Cependant le RCIU reste la complication la plus fréquemment retrouvée (27-30). L'étude de Bulik évoque en plus un risque de fausses couches spontanées (31).

2.2.2.2 *TCA à type boulimique*

Chez les femmes boulimiques, on retrouve les complications similaires aux femmes anorexiques. En effet, il y a une augmentation du risque de césarienne, d'accouchement prématuré. D'autres études ont retrouvé également un risque élevé de fausses couches, de vomissements gravidiques et de nausées plus fréquentes (ce qui semblent cacher une femme souffrant de problème de TCA) (27,32,33).

Les BED sont significativement associés à une augmentation du risque de césarienne et à une hypertension artérielle gravidique (34). L'augmentation du risque d'avoir un bébé avec un poids de naissance inférieur, même si le trouble du comportement alimentaire n'est plus actif, a été confirmée par d'autres études.

2.2.3 Complications néonatales

Chez les différents types de TCA on retrouve des complications plus fréquentes que dans la population générale, telles que l'hypotrophie, hypoxie, hypoglycémie, la malnutrition et un score d'Apgar bas. Le périmètre crânien serait plus souvent plus petit (microcéphalie y compris) et les bébés sont plus petits selon l'âge gestationnel (35,36).

Pour la plupart des complications, les causes sont peu ou mal connues. Cependant le RCIU et l'hypotrophie semblent liés à l'IMC maternel avant conception, à une prise inadéquate de poids, et de la consommation de tabac fréquemment associées à un trouble de TCA (37).

2.2.4 Impact sur le post-partum

2.2.4.1 Dépression du post-partum

Le principal risque maternel dans la période du post partum est la dépression. En effet, les femmes présentant un TCA actif auraient deux fois plus de risques de présenter une dépression du post-partum que la population générale ; et quatre à six fois plus de risques si les femmes avaient en plus un antécédent de dépression. L'existence d'antécédents de TCA constitue aussi un facteur de risque du développement de dépression du post-partum (38). Dans une autre étude on retrouve aussi plus de symptômes de dépression du post-partum chez les patientes atteintes de boulimies et de binge eating disorders (39).

2.2.4.2 Allaitement

Les femmes présentant des TCA auraient plus de mal que la population générale à allaiter leur bébé ou à maintenir leur allaitement. Dans la littérature, il est écrit que celles-ci ont du mal à s'adapter aux demandes de leur bébé, ce qui déclenche un sentiment de culpabilité et donc un échec d'allaitement (40). On constate que les femmes ayant un antécédent de TCA allaitaient significativement moins que les femmes qui en étaient exempt (41). Dans une autre étude, les mères primipares avec un épisode de trouble du comportement alimentaire au cours de la première année du post-partum exprimaient souvent des émotions négatives envers leurs bébés pendant les repas, les émotions des enfants étaient plus négatives, et les repas étaient plus conflictuels (42).

Dans la conclusion de l'étude de Nguyen et AL, les femmes ayant un passé avec des troubles alimentaires ont moins tendance à nourrir leur bébé par le sein. L'étude suggère que les femmes ayant déjà connues des troubles alimentaires et leurs enfants ont tendance à avoir un régime alimentaire. Cependant, l'étude ne détermine pas si les enfants continuent à manger sainement quand ils commencent à faire leur propre choix de nourriture. Une autre recherche avec un suivi au fur et à mesure de la croissance de l'enfant serait nécessaire dans le but de mettre en évidence une association à long terme (43).

Selon l'étude Koubaa, 92% des mères souffrant de TCA ont des difficultés d'interaction avec leur enfant de 3 mois, tandis qu'elles ne sont que 13% dans le groupe témoin. Elles ont du mal à reconnaître les signes de faim et de satiété chez leurs enfants ou encore leurs états émotionnels. L'interaction mère-enfant est altérée dès le plus jeune âge à cause de ces problématiques (36).

2.3 Co-addictions

Les TCA sont des formes d'addictions corporelles. Ceux-ci sont fréquemment associés à des autres addictions, telles que le cannabis, le tabac, l'alcool, l'héroïne et les médicaments psychoactifs.

L'importance de la prévalence des conduites addictives pendant la grossesse doit inciter les professionnels de la périnatalité à mettre en place des stratégies de repérage systématique de ces problématiques : tabac, alcool, cannabis et TCA en particulier.

La littérature a révélé qu'environ 37% des boulimiques et 27% des anorexiques présentaient des co-addictions (44). Mais les chiffres varient selon les études. Concernant le tabac, celui-ci est souvent associé à tous les types de TCA, on retrouve une prévalence de 40% dans la littérature. Le taux de poursuite du tabac chez les patientes atteintes de TCA est aussi plus élevé que dans la population générale (45,46).

La consommation de psychotropes est aussi significativement plus élevée chez les patientes souffrant de n'importe quel type de TCA (47).

Concernant l'alcool, les boulimiques et les EDNOS en sont nettement plus consommatrices que dans la population générale, contrairement aux patientes atteintes d'anorexie. On retrouve 30 à 40% de consommation dépendante ou abusive d'alcool chez les patientes atteintes de boulimie ou de EDNOS (46,48).

2.4 Facteurs de risque

Plusieurs facteurs de risques peuvent entrer en jeu à l'apparition de troubles du comportement alimentaire. Le comportement alimentaire déviant est souvent un moyen de « gérer » des émotions, comme le stress, l'anxiété, la pression professionnelle. Il procure un sentiment de confort, de soulagement, même s'il est parfois associé à une forte culpabilité (surtout en cas d'hyperphagie). Certains traits de personnalités comme le perfectionnisme, le pouvoir de contrôle, la faible estime de soi sont fréquemment retrouvés chez les personnes souffrant de TCA. Ceux-ci sont fréquemment associés à d'autres troubles comme la dépression, des troubles anxieux pendant l'enfance, des troubles obsessionnels compulsifs, la dépendance à certaines substances (alcool, drogues, tabac), et de troubles de la personnalité. Ces situations sont plus souvent rencontrées dans les catégories sociales plus élevées mais les TCA sont quand même retrouvés dans tous les milieux sociaux (49).

Il existe une part socio-environnementale et de vulnérabilité importante dans les pays occidentales (50). Plusieurs spécialistes dénoncent l'influence de la culture occidentale qui fait l'apologie des corps sveltes, voire maigres, sur les jeunes filles. Celles-ci risquent de viser un « idéal » physique bien éloigné de leur physiologie, et de devenir obsédées par leur alimentation et leur poids. Cela peut aussi exister là où les milieux où la minceur est valorisée (métier ou activités prônant la minceur) (51).

De plus en plus d'études montrent que des facteurs génétiques et neurobiologiques jouent un rôle dans l'apparition des TCA. L'étude de Strober a montré qu'une part génétique serait responsable de l'apparition de TCA bien que les gènes ne soient pas connus. Le risque de développer des troubles est plus élevé si les parents de premier degré sont eux aussi atteints (52).

Des études montrent que des règles irrégulières, une puberté tardive peuvent être à l'origine de troubles du comportement alimentaire. Le jeune âge est aussi une période à plus à risque de développer un TCA (53).

La grossesse peut constituer un facteur de précipitation de TCA chez les femmes (21). En effet, celle-ci est une période de chamboulements qui a tendance à altérer leur mode d'alimentation. Les études sont peu nombreuses, notamment sur l'influence de la grossesse sur la survenue de TCA. En effet, un IMC bas en début de grossesse une insuffisance de prise de poids au deuxième trimestre ou une perte de poids pendant la grossesse, une hyperémèse gravidique peuvent influencer une apparition à un TCA (52).

Les troubles du comportement alimentaire sont des maladies complexes et multifactorielles, dont les origines sont à la fois biologiques, psychologiques, sociales et environnementales.

3 Repérages des TCA

L'augmentation de la prévalence de comportements alimentaires déviants ces dernières décennies a mené à l'élaboration de nombreux outils permettant d'évaluer les comportements problématiques face à l'alimentation. Il y a de nombreux types de dépistage dans la recherche internationale, et un avis expert par un psychiatre est nécessaire permettant de confirmer le diagnostic.

3.1 Les différents types de questionnaires

3.1.1 Entretien clinique semi-directif

Eating disorders examination est un test diagnostique par un entretien clinique semi-directif. Il évalue la fréquence des différents comportements alimentaires sur 28 jours et l'aspect psychopathologique des TCA. Il y a quatre parties : le contrôle et la préoccupation de l'alimentation, le poids et l'aspect (55).

3.1.2 Auto-questionnaire

Le Eating Attitude Test de Garner et Garfinkel permet l'évaluation du risque de développer un trouble de l'alimentation et des conduites alimentaires. Il est l'outil de dépistage le plus utilisé. Cet outil a été abrégé en trois sections avec 26 questions concernant la diète, la boulimie et ses symptômes, et le contrôle oral (autocontrôle de la nourriture chez les anorexiques) (56).

Le BULIT-R évalue seulement les symptômes de la boulimie nerveuse en 36 items.

Le eating disorders inventory est un auto-questionnaire qui évaluent les aspects comportementaux, et psychologiques de l'anorexie, et la boulimie et des EDNOS (57).

Le test de SCOFF est décrit sur le 3.2.

3.2 Test de SCOFF

Le questionnaire de SCOFF (annexe II) a été réalisé par Morgan et Al. en 1999. Il est de plus en plus utilisé dans la recherche internationale. Il est composé seulement de cinq items. Chaque item renvoie à une dimension symptomatologique des TCA. Les patientes répondent par oui ou par non.

C'est un test rapide d'utilisation, peu coûteux et fiable (14). En effet, La sensibilité et la spécificité de ce test sont comprises entre 85 et 94% ce qui en fait aussi un bon test de dépistage. Il a été validé dans de nombreux pays. En France l'étalonnage est en cours. Cependant, la version française a été élaborée en confrontant les traductions de plusieurs chercheurs en psychologie de même langue native et maîtrisant l'anglais, elle a été recorrectée par une traductrice. Une étude préalable a consisté à adapter ce questionnaire à une population de femme enceintes. Compte tenu des changements de conduites alimentaires pendant la grossesse, il s'est posé la question de distinguer les périodes : avant et pendant la grossesse. La cotation reste la même que Morgan et Al. les femmes ayant données deux réponses positives à ce test sont dépistées à risque de développer un TCA. Ce score a donc été choisi pour cette étude (58).

4 Place de la sage-femme

La sage-femme est une professionnelle autonome de première ligne formée pour être responsable de suivis de maternité complets pour les femmes en bonne santé qui présentent une grossesse à bas risque (85 % des grossesses) et leur nouveau-né. La continuité relationnelle est un élément central du travail de la sage-femme. Habituellement, la femme est suivie par la même sage-femme durant sa grossesse (article R4127-318 du Code de Déontologie).

Au cours de la grossesse, pendant l'accouchement ou durant la période postnatale, certaines situations nécessitant une attention médicale peuvent survenir. En accord avec son champ de pratique et les règlements qui encadrent sa pratique, la sage-femme dépiste les situations à risques ou encore transfère les soins de la femme ou du nouveau-né à un autre professionnel de la santé.

4.1 Préparation à la naissance et à la parentalité

La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) complète le suivi médical. Les séances doivent être proposées aux femmes enceintes précocement lors des consultations prénatales. L'objectif global de ces séances est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés par une approche éducative et préventive. Un entretien prénatal précoce est intégré dans les séances de PNP, il s'agit de la première consultation. L'un des buts recherchés de l'entretien prénatal précoce (EPP) est de compléter et donner des informations sur les risques liés aux modes de vie, des conseils d'hygiène alimentaire, et de nutrition (59). Celui-ci peut être un moment propice au dépistage du TCA.

4.2 TCA et sage-femme

La sage-femme doit être pourvoyeuse de conseils pendant toute la grossesse et la période du post-partum. La nécessité de s'intéresser à l'influence réciproque entre TCA et grossesse est donc évidente quand on connaît les risques sur le devenir du fœtus, et sa naissance.

La grossesse semble être un moment propice au dépistage car la femme est plus sensible, plus ouverte aux conseils et à la discussion, et surtout si celle-ci est suivie par la même sage-femme durant toute sa grossesse.

Un interrogatoire sur l'alimentation et une pesée est effectuée afin de voir l'évolution de la grossesse. La femme atteinte de TCA doit être suivie de près et ainsi, avoir des échographies rapprochées et doit être pesée à chaque consultation obstétricale. Une discussion doit être engagée entre la sage-femme et la patiente concernant l'alimentation. Des explications claires doivent être données sur l'alimentation et la prise de poids pour une bonne évolution de croissance de l'enfant pendant la première consultation médicale et pendant tout le suivi de la grossesse.

Les recommandations canadiennes de 2010 recommandent aux professionnels de santé d'aider les femmes à avoir une opinion positive face aux changements corporels de la grossesse. En effet, il est important de prendre du poids pour aider le fœtus à bien se développer, la réserve d'énergie accumulée semble nécessaire à l'allaitement. Il n'est donc pas recommandé de perdre du poids pendant la grossesse. L'idéal serait de fixer un objectif de gain de poids selon l'IMC de la femme, et la santé maternelle en début de grossesse à la première consultation, mais cela reste un sujet délicat à parler pour les professionnels de santé et les femmes enceintes. Il faudrait informer la femme de la cinétique du gain de poids face à l'évolution de la grossesse : prise de poids plus importante aux deuxièmes et troisièmes trimestres ; et seulement un à deux kg au premier trimestre. Il faut aussi encourager les femmes à être active : la grossesse n'est pas une maladie. L'activité physique permet à aider les femmes à avoir un gain de poids conforme (IOM 2009), à faciliter les l'acceptation des changements physiques de la grossesse, à aider les femmes à maintenir un niveau de forme physique et à réduire les risque de diabète gestationnel, pré éclampsie ou de diminuer les maux de grossesse (comme le mal de dos) (Davies et Al. 2003) (60).

Une fois repéré, il faut orienter les femmes à risques vers les services adaptés pour les aider. C'est une véritable prise en charge multidisciplinaire.

Population et méthode

1 Type et objectifs de l'étude

L'étude se décompose en deux volets. Il s'agit d'une étude observationnelle à visée descriptive (volet 1) et à visée étiologique (volet 2).

1.1 Objectif principal (volet 1)

L'objectif de cette étude était de mesurer la prévalence des troubles du comportement alimentaire des femmes enceintes au service des consultations obstétricales dans une maternité d'Auvergne-Rhône-Alpes de type III.

1.2 Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était un score de SCOFF (annexe I) supérieur ou égal à deux sur cinq questions.

1.3 Objectif secondaire (volet 2)

L'objectif secondaire visait à comparer deux populations : population à risque de développer un TCA et population non à risque notamment par l'utilisation du BSQ.

1.4 Critères de jugements secondaires

Le critère de jugement secondaire a porté sur les données des thèmes suivants : renseignements généraux, antécédents médicaux, renseignements sur l'alimentation, le rapport au corps (utilisation du calcul du BSQ) et la grossesse actuelle suivant les deux groupes : population à risque et population non à risque.

2 Participants

Cette étude s'est déroulée du 1^{er} septembre 2016 jusqu'au 1^{er} décembre 2016.

2.1 Lieu de l'étude

L'étude a été menée dans une maternité de niveau III de la région Auvergne-Rhône-Alpes au sein du service des consultations prénatales.

2.2 Population cible

Cette étude intéresse toutes les femmes durant leur grossesse.

2.3 Population source

Elle concerne les femmes enceintes allant à leur consultation prénatale à la maternité de type III de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

2.3.1.1 *Critères d'inclusion*

Sont incluses les femmes enceintes allant à leur consultation prénatale à la maternité de type III de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

2.3.1.2 *Critères d'exclusion*

Sont exclues les femmes ne comprenant pas la langue française écrite et orale, ainsi que les femmes ayant refusé de participer à l'étude.

3 Méthode

3.1 Le recueil des données

3.1.1 *Les variables recueillies*

Les variables nécessaires à l'étude ont été demandées aux patientes via un auto-questionnaire. Ce questionnaire se présente en plusieurs parties.

- Renseignements généraux : Diplôme, profession, situation familiale, âge, poids avant la grossesse, origine ethnique

- Antécédents personnels : contraception précédente, technique médicale à la procréation, nombre de grossesse (y compris fausses couches spontanées, morts fœtales in utéro, accouchement prématuré), antécédents familiaux de troubles de conduites alimentaire et de problème d'alimentation, activité physique avant et pendant la grossesse, consommation de médicaments, consommation de tabac, de cannabis et d'alcool avant et pendant la grossesse. L'analyse d'une consommation d'alcool à risque a été déterminé par le questionnaire DETA adapté pendant la grossesse (annexe III) : une réponse égale à deux sur cinq est considérée comme consommation à risque.

- Concernant l'alimentation : suivi ou non de l'alimentation par un professionnel, informations délivrées par les professionnels de santé, questions nécessaires au calcul du score de SCOFF avant et pendant la grossesse.

- Concernant le rapport au corps : utilisation du BSQ. Un score élevé est associé à une image négative de soi.

- Concernant la grossesse actuelle : suivi PNP, hospitalisations.

3.1.2 Outil de recueil de données

L'auto-questionnaire a été distribué par le chercheur principal dans les salles d'attentes dans le service des consultations obstétricales aux femmes enceintes en semaine pendant les jours de repos en période de stage.

3.1.3 Le circuit des données

Les auto-questionnaires remplis par les patientes étaient déposés par celles-ci dans des boîtes cartonnées placées en salle d'attente. Les questionnaires étaient collectés chaque semaine par le chercheur principal.

3.1.4 Le contrôle qualité des données

L'ensemble des données collectées a été inspecté et corrigé par une tierce personne qualifiée. Le contrôle qualité a été fait à l'aide de l'outil « filtre » présent sur Microsoft® Excel®, permettant d'éviter les risques de « doublons » au sein du tableau.

3.1.5 Saisie des données

La saisie des données des auto-questionnaires remplis sur Excel a été faite d'octobre 2016 à janvier 2017. Elles ont été reportées sur le logiciel informatique : Microsoft® Excel® version 2016.

3.2 L'analyse des données

3.2.1 Les groupes comparés

Dans cette étude deux groupes ont été comparés : les femmes enceintes à risque de développer un TCA et les femmes non à risque (établis selon le score de Scoff).

3.2.2 Les tests statistiques utilisés

Les données sont décrites à l'aide de nombres et de pourcentages associés pour les variables qualitatives et par des moyennes pour les données quantitatives.

Le test du chi-2 (avec la correction de Yates en cas de besoin) a été utilisé pour comparer les variables qualitatives via le logiciel Biostatgv®. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05. Le test de Student a été utilisé pour l'analyse de deux variables quantitatives.

3.2.3 Le logiciel d'analyse utilisé

La réalisation des tableaux et graphiques a été exécutée avec le logiciel Microsoft® Excel® version 2016. le logiciel Biostatgv® a été utilisé pour le calcul du p-value.

3.2.4 Le codage des données

L'analyse a été permise grâce au codage des données comme établie en dessous.

Les variables qualitatives binaires ont été codées 0 et 1 de la manière suivante : la variable « score de scoff supérieure ou égal à 2 » conduit 0 si non et 1 si oui.

Concernant les variables qualitatives nominales, voici l'exemple de « la catégorie socioprofessionnelle » basé sur le Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) 2003 au niveau 1 de l'Insee. La catégorie retraitée a été remplacée par « femme au foyer » et la catégorie « autres personnes sans activité professionnelle » a été développée en « étudiantes, en formation » et « chômeuses » ; une dernière catégorie « autres » a été créée.

1 : Agricultrices, exploitantes.

2 : Artisanes, commerçantes et chefs d'entreprises.

3 : Cadres, professions libérales, professions scientifiques, de l'information ou des arts.

4 : Professions intermédiaires (professeures des écoles, techniciennes, professions intermédiaires de la santé et du travail social, professions intermédiaires administratives et commerciales...)

5 : Employées

6 : Ouvrières

7 : Femmes au foyer

8 : Étudiantes, en formation

9 : Chômeuses

10 : Autres

Pour les variables quantitatives continues, les valeurs ont été stratifiées pour être codées. L' « Indice de Masse Corporelle » (IMC en kg/m^2) a été calculé à partir du « poids avant la grossesse en kilogramme » et de la « taille en centimètre ». Il a ensuite été stratifié en 4 classes : $< 18,5$; $18,5 - 24,9$; $25 - 29,9$; ≥ 30 (respectivement maigreur, poids normal, surpoids, obésité).

Le calcul des effectifs des groupes à comparer s'effectue grâce aux données de l'auto-questionnaire s'appuyant sur le score de SCOFF décrit précédemment dans la revue de la littérature.

3.3 Aspects éthiques et réglementaires

Avant de débiter l'étude, une demande d'autorisation écrite a été envoyée au chef de pôle puis a été signée par celui-ci. De plus, une demande d'autorisation par mail a été envoyée au correspondant Informatique et Libertés.

Enfin, une lettre d'information a été lue et gardée par la patiente (annexe IV), en complément du questionnaire distribué aux patientes (annexe V).

Résultats

1 Diagramme de flux

Durant le temps de l'étude, 216 auto-questionnaires ont été distribués aux femmes enceintes durant leur consultation prénatale de la maternité de type III d'Auvergne-Rhône-Alpes. Au total, en raison de nombreux perdus de vues, de certains refus, de population exclue et d'auto-questionnaire ininterprétable, la population de l'étude s'élève donc à 183 femmes. Il y a donc 15,27 % de pertes.

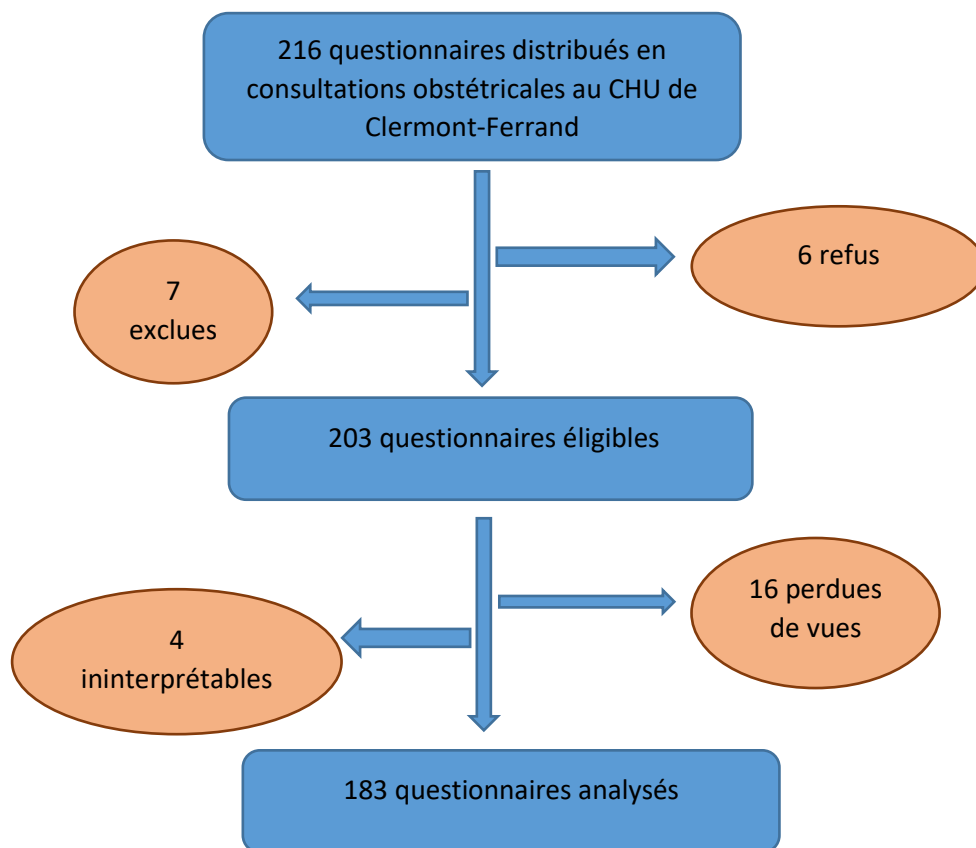


Diagramme de Flux de l'étude : « Mesure de la Prévalence des TCA chez les femmes enceintes au services des consultations obstétricales du centre de niveau III d'Auvergne-Rhône-Alpes »

2 Description et caractéristiques de la population étudiée

2.1 Selon l'âge, l'origine ethnique, la profession, leur IMC, leur situation familiale

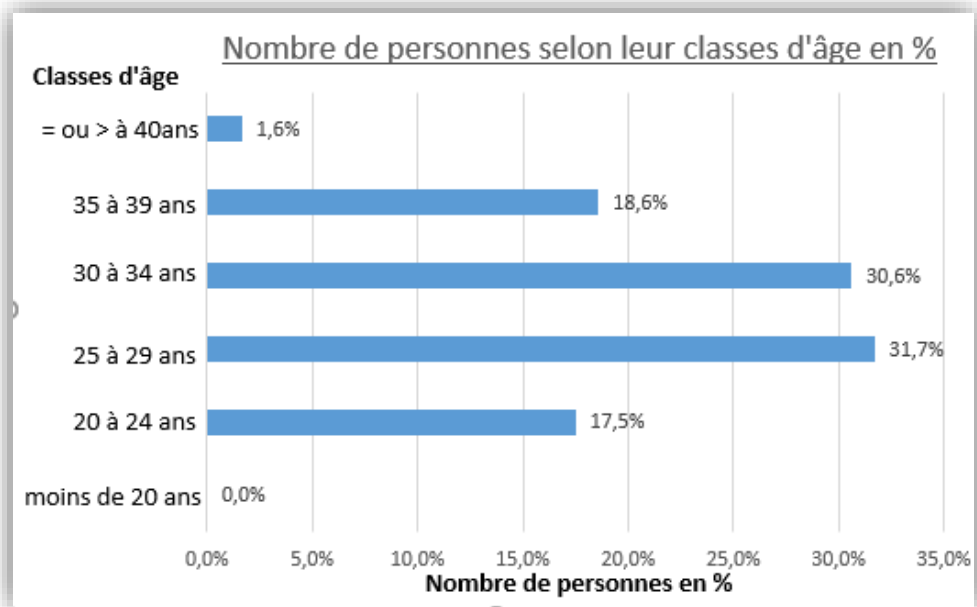


Diagramme I : Nombre de personnes en pourcentage (%) selon leur classe d'âge.

La population avait une moyenne d'âge de 29,7 ans et la médiane était de 30 ans.

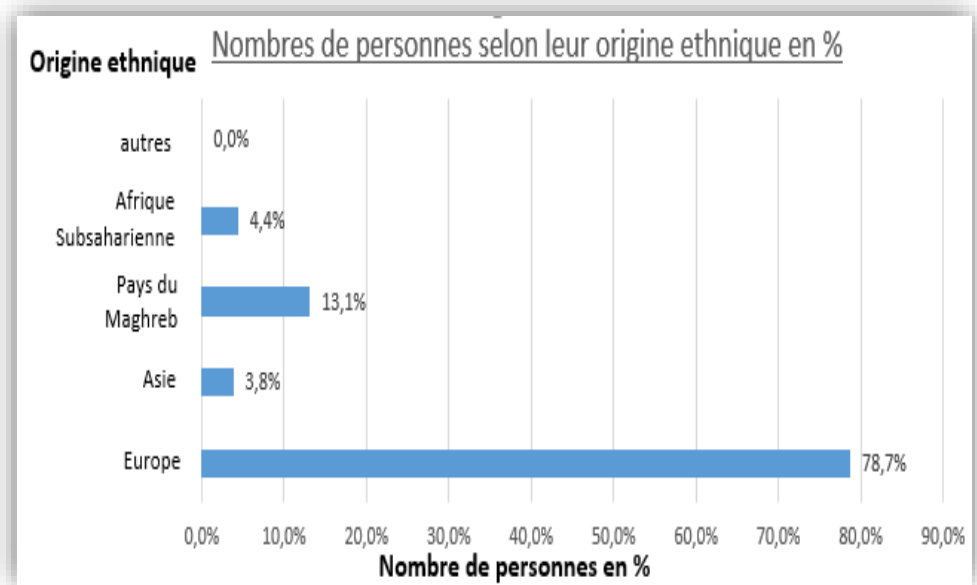


Diagramme II : Nombre de personnes en pourcentage (%) selon leur origine ethnique.

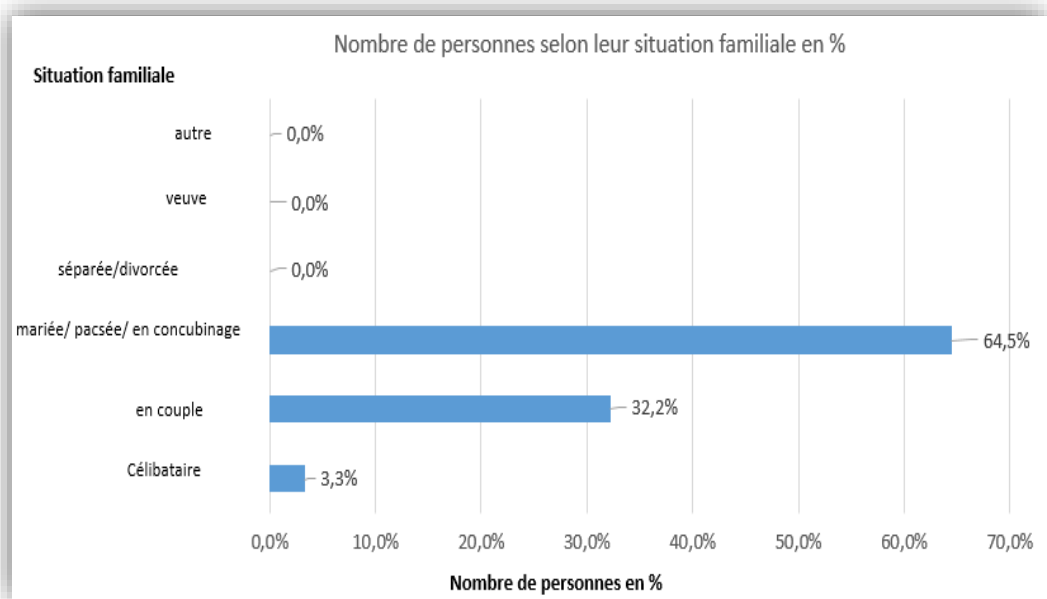


Diagramme III : Nombres de personnes en pourcentage (%) selon leur situation familiale.

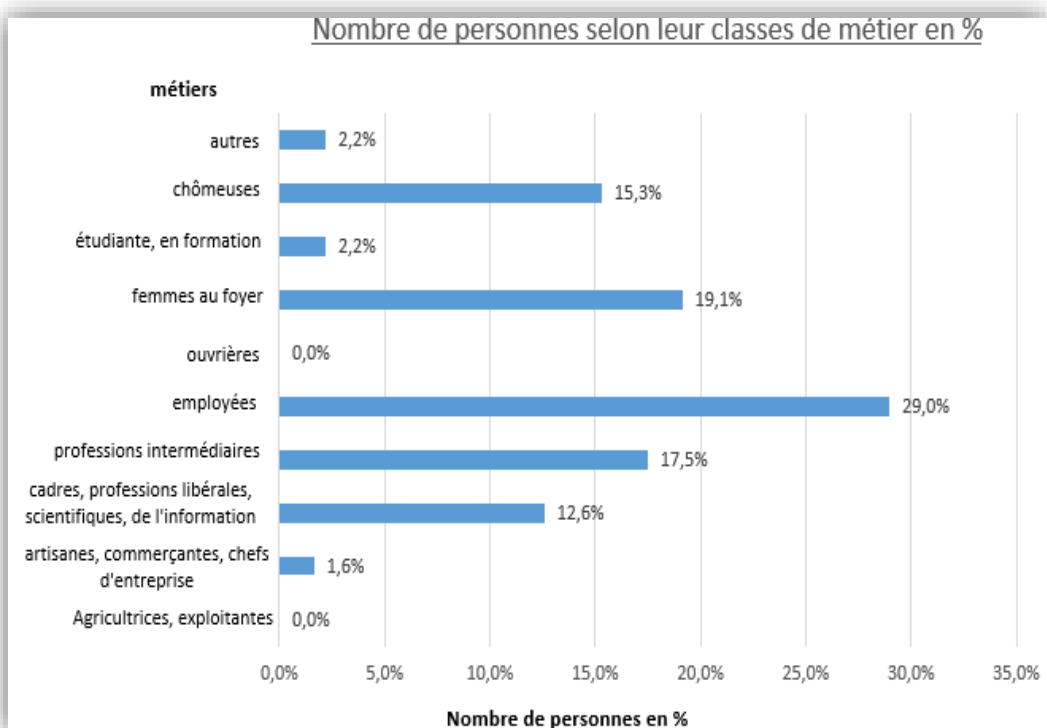


Diagramme IV: Nombre de personnes en pourcentage (%) selon leur classes de métier.

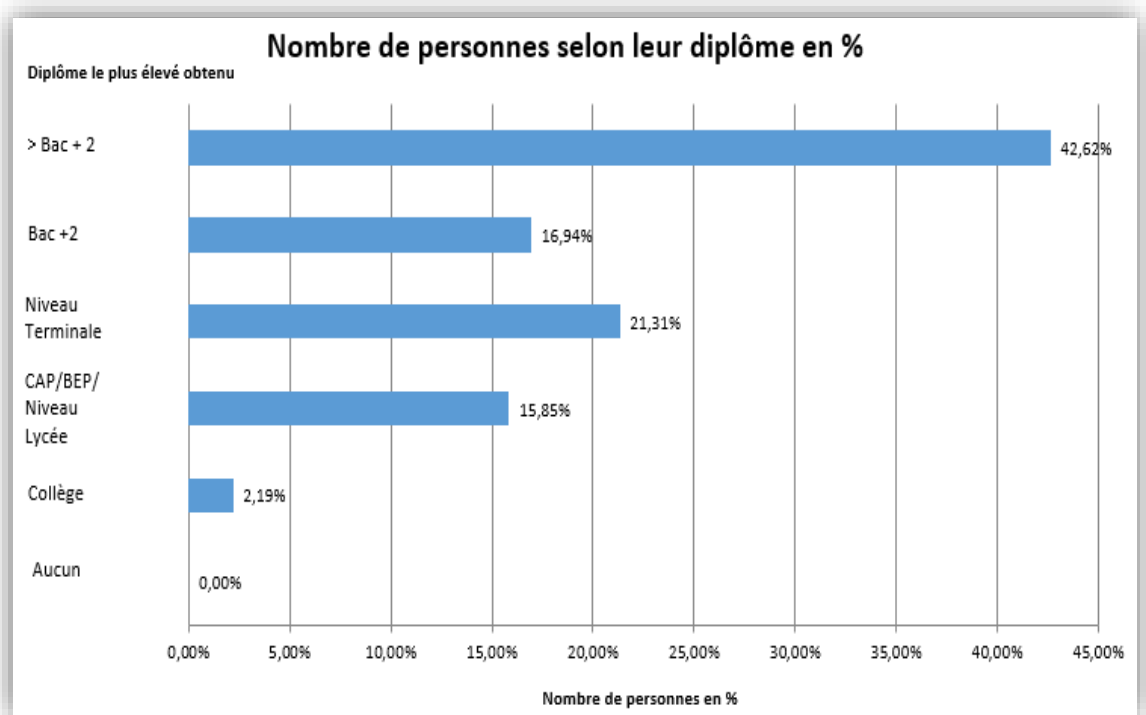


Diagramme V : Nombre de personnes en pourcentage (%) selon leur diplôme.

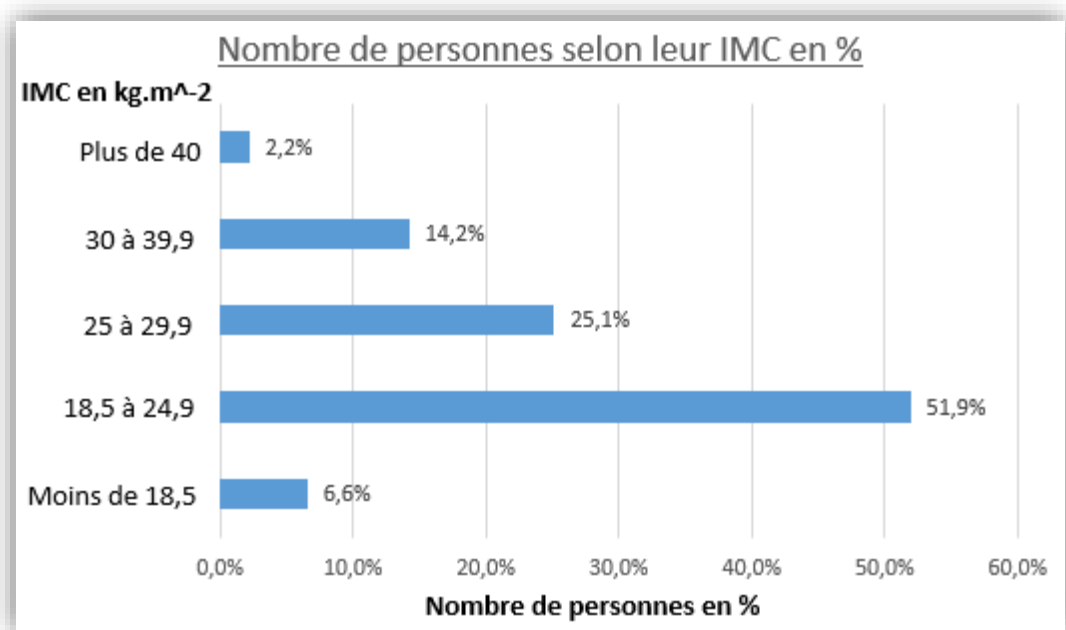


Diagramme VI : Nombre de personnes en pourcentage (%) selon leur IMC.

La population générale avait une moyenne de IMC à 24,15 et une médiane de 23.

2.2 Selon leur contraception, leur activité physique, la présence d'AMP

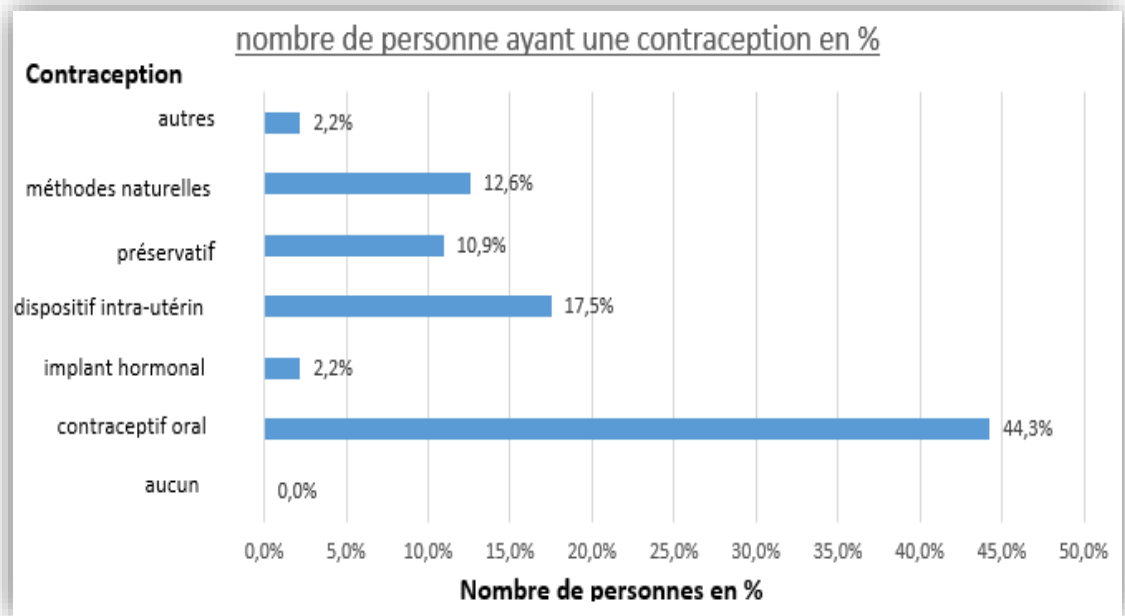


Diagramme VII : Nombre de personnes en pourcentage (%) ayant une contraception.

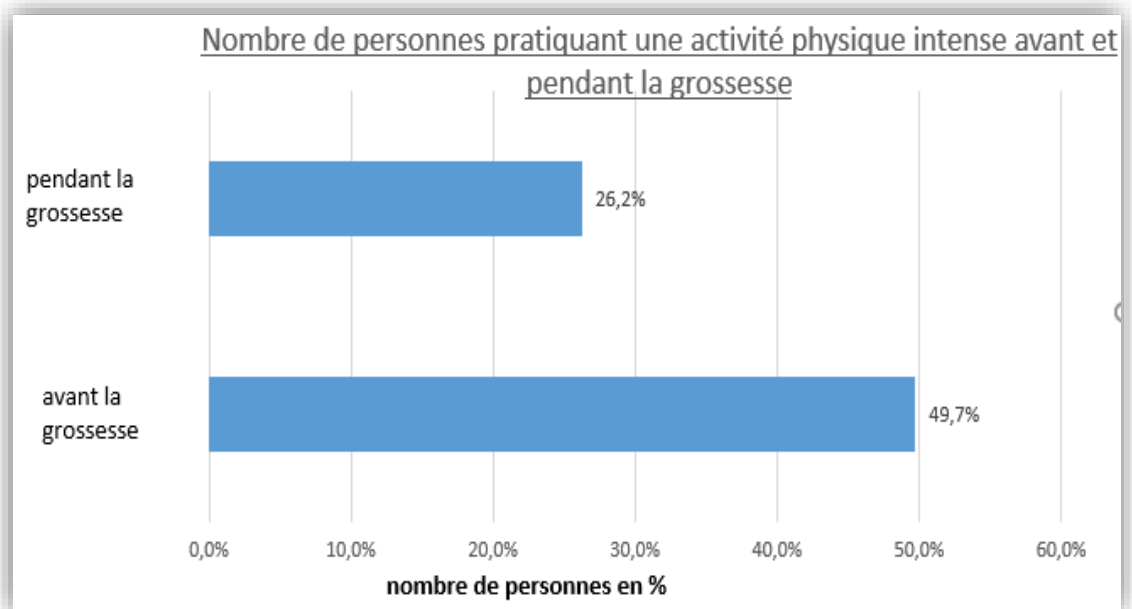


Diagramme VIII : Nombres de personnes en pourcentage (%) pratiquant une activité physique intense avant et pendant la grossesse.

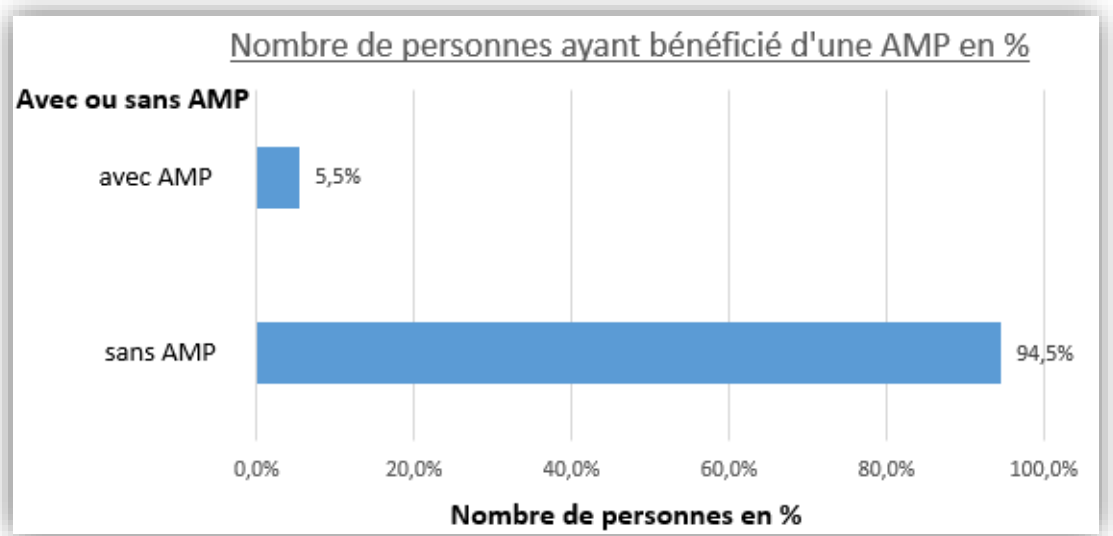


Diagramme IX : Nombres de personnes en pourcentage (%) ayant bénéficié d'une AMP.

2.3 Selon les différentes addictions : cannabis, tabac, alcool

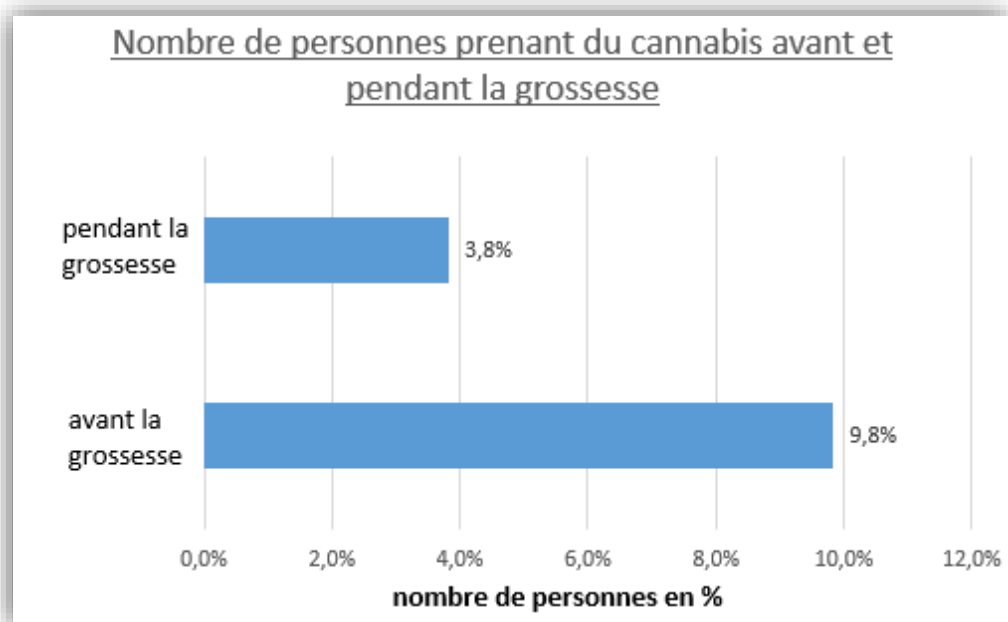


Diagramme X : Nombre de personnes en pourcentage (%) consommant du cannabis avant et pendant la grossesse.

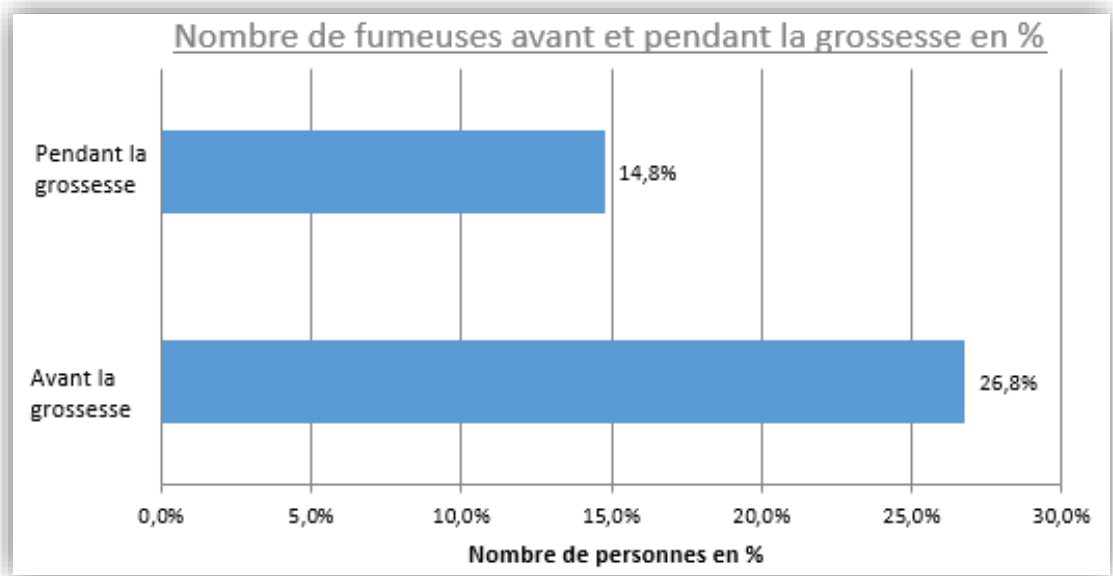


Diagramme XI : Nombre de fumeuses en pourcentage (%) avant et pendant la grossesse.

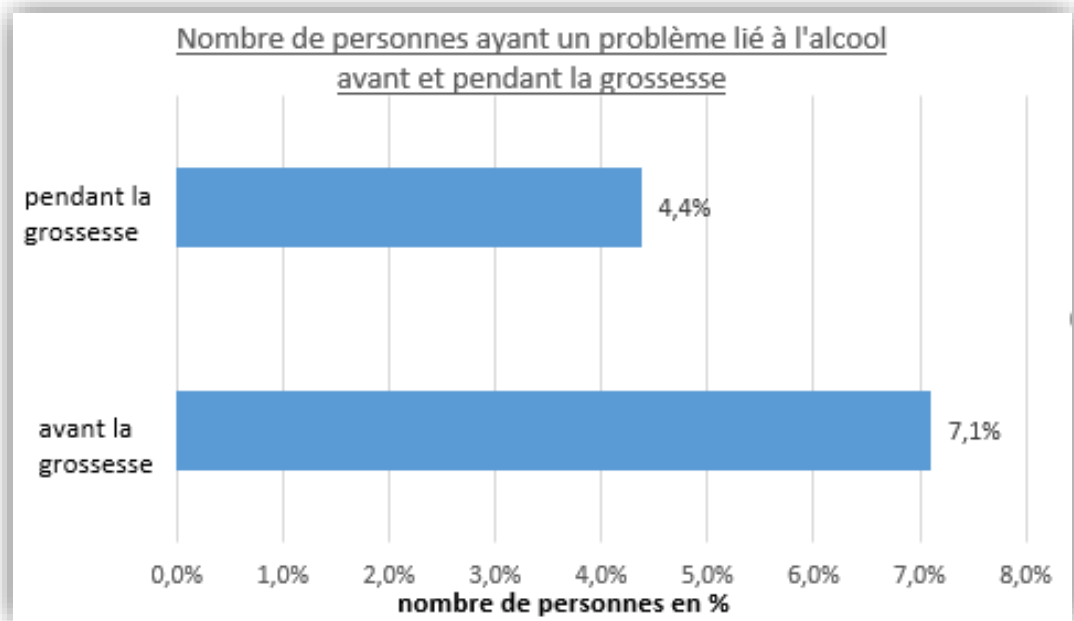


Diagramme XII : Nombres de personnes en pourcentage (%) ayant un problème lié à l'alcool avant et pendant la grossesse.

3 Objectif principal : mesure de la prévalence des TCA chez les femmes enceintes

Dans notre population, un score positif pendant la grossesse a été retrouvé chez 60 patientes soit une prévalence de 32,79%. Un score positif avant la grossesse a été retrouvé chez 67 patientes soit 36,61%.

Pour le reste de l'étude, il a été retenu la population ayant une prévalence positive durant la grossesse soit 32.79. Ce qui donne une prévalence de 32,79 [+/- 4,67].

4 Objectif secondaire : comparaison de la population à risque de développer un TCA versus population non à risque

A travers l'utilisation du score de Scoff, nous avons pu identifier que 32,72% des patientes présentaient un risque de développer un TCA. Ainsi, l'objectif secondaire de l'étude était d'identifier les caractéristiques de la population à risque en les comparant à la population dite non à risque. Au total, on retrouve un effectif de 60 patientes à risque de TCA contre un effectif de 123 patientes non à risque.

4.1 Selon l'âge, l'origine ethnique, le diplôme, l'IMC

Ce tableau représente les comparaisons entre les deux populations selon leur diplôme, l'origine ethnique, l'IMC et l'âge.

Tableau I : selon le diplôme, l'origine ethnique, l'IMC, l'âge.

	Population à risque de développer un TCA pendant la grossesse	Population non à risque de TCA pendant la grossesse	
	n=60 (%)	n=123 (%)	p
Diplôme le plus élevé			
Collège	4 (6,7)	0 (0,0)	0.01
CAP/BEP/Niveau Lycée	7 (11,7)	22 (17,9)	NS
Niveau terminale	9 (15)	31 (25,2)	NS
Bac+2	9 (15)	22 (17,9)	NS
> Bac+2	33 (55)	46 (37,4)	0.02
Origine ethnique			
Europe	48 (80)	96 (78)	NS
Asie	5 (8,3)	2 (1,6)	NS
Pays du Maghreb	6 (10)	18 (14,6)	NS
Afrique Subsaharienne	2 (3,3)	6 (4,9)	NS
IMC (kg-m⁻²)			
Moins de 18,5	4 (6,7)	8 (6,5)	NS
18,5 à 24,9	22 (36,7)	73 (59,3)	0.003
25 à 29,9	18 (30)	28 (22,8)	NS
30 à 39,9	12 (20)	14 (11,4)	NS
Plus de 40	4 (6,7)	0 (0,0)	0.01
âge			
Moins de 20 ans	0 (0,0)	0 (0,0)	NS
20 à 24 ans	6 (10)	26 (21,1)	NS
25 à 29 ans	15 (25)	43 (35,0)	NS
30 à 34 ans	28 (46,7)	28 (22,8)	0.0009
35 à 39 ans	10 (16,7)	24 (19,5)	NS
= ou supérieure à 40 ans	1 (1,7)	2 (1,6)	NS

L'âge moyen de la population à risque était de 30,4 ans contre 29,3 ans de la population non à risque (p-value non significatif). La médiane était de 30 pour la population à risque contre 29 pour la population non à risque.

L'IMC moyen de la population à risque est 26,12 contre 23,16 de la population non à risque (**p-value significatif à 0.0023**). La médiane était de 25 pour la population à risque contre 23 pour la population non à risque.

4.2 Selon les situations particulières, l'AMP, la prise de médicaments, la contraception

Ce tableau représente la comparaison entre les deux populations : à risque versus non à risque concernant les fausses couches spontanées, les morts fœtales in utéro, accouchement prématuré, l'aide médicale à la procréation (AMP), la prise de certains médicaments tels que laxatifs, diurétiques.

Tableau II : comparaison selon les situations particulières, l'AMP, la prise de médicaments.

	Population à risque de développer un TCA pendant la grossesse	Population non à risque de TCA pendant la grossesse	
	n=60 (%)	n=123 (%)	p
	Situations particulières		
Fausses couches spontanées	30 (50,0)	28 (22,8)	0.0003
Morts fœtales in utéro	3 (5,0)	3 (2,4)	NS
Accouchement prématuré	8 (13,3)	6 (4,9)	NS
	AMP		
	2 (3,3)	8 (6,5)	NS
	prise de médicaments		
Laxatifs	8 (13,3)	4 (3,3)	0.02
Diurétiques	2 (3,3)	0 (0,0)	NS

4.3 Selon les co-addictions

Ce tableau représente la comparaison entre les deux populations : à risque versus non à risque concernant la consommation de tabac, cannabis, alcool, et activité physique intense avant et pendant la grossesse.

Tableau III : Comparaison selon les co-addictions.

	Population à risque de développer un TCA pendant la grossesse	Population non à risque de TCA pendant la grossesse	
	n=60 (%)	n=123 (%)	p
	Tabac		
Avant la grossesse	25 (41,7)	24 (19,5)	0.002
Pendant la grossesse	15 (25,0)	12 (9,8)	0.002
	Consommation de cannabis		
Avant la grossesse	8 (13,3)	10 (8,1)	NS
Pendant la grossesse	5 (8,3)	2 (1,6)	0.03
	consommation d'alcool à risque		
Avant la grossesse	9 (15,0)	4 (3,3)	0.004
Pendant la grossesse	6 (10,0)	2 (1,6)	0.01
	Activité physique intense		
Avant la grossesse	36 (60,0)	55 (44,7)	0.05
Pendant la grossesse	22 (36,7)	26 (21,1)	0.03

4.4 Selon le suivi sur l'alimentation, la PNP

Ce tableau représente la comparaison des deux populations selon les antécédents de TCA et les problèmes de poids dans la famille, le suivi de l'alimentation et l'information des professionnels de santé.

Tableau IV : Comparaison selon les antécédents de TCA, antécédents familiaux, et le suivi de l'alimentation.

	Population à risque de développer un TCA pendant la grossesse n=60 (%)	Population non à risque de TCA pendant la grossesse n=123 (%)	p
Antécédents TCA			
	8 (13,3)	2 (1,6)	0.002
Problème de poids dans la famille			
Surpoids	21 (35,0)	28 (22,8)	NS
Obésité	8 (13,3)	8 (6,5)	NS
Maigreur	3 (5,0)	4 (3,3)	NS
Suivi alimentation			
	11 (18,3)	2 (1,6)	0.0001
Informations des professionnels			
	31 (51,7)	54 (43,9)	NS

Pour les femmes ayant eu des informations concernant l'alimentation par les professionnels de santé, 87% déclarent qu'elles étaient suffisantes.

Il y a 56,66 % personnes à risque de développer un TCA (n=60) qui suivent une PNP. Parmi ces personnes, 16,66% ont eu un EPP.

4.5 Selon la perception du BSQ

Plus l'apparence physique est considérée comme négative, plus le score total lié aux troubles alimentaires est élevé. Les préoccupations typiques à la boulimie et à l'anorexie y sont révélées par un score élevé. Le score va de 8 à 48.

Tableau V : Perception du BSQ selon la population générale.

Population générale	Score moyen total	Médiane
Avant la grossesse	17,46	16
Pendant la grossesse	15,86	13

Avant la grossesse, avec des extrêmes allant de 8 à 35, on note que 17% des patientes étaient au-dessus de la moyenne.

Pendant la grossesse, avec des extrêmes allant de 8 à 36, on note que 15,84% des patientes étaient au-dessus de la moyenne.

Tableau VI : Perception du BSQ comparée aux deux populations : à risque versus non à risque.

	Population à risque de TCA (n=60)		Population non à risque de TCA (n=123)		p-value
	Score moyen total	Médiane	Score moyen total	Médiane	
Avant la grossesse	22,68 (+/- 5,6)	23	14,84	21	1,14p-10
Pendant la grossesse	21,13 (+/- 5,2)	16	13,23	13	5,08p-12

Avant la grossesse, il y avait 36,66% de patientes au-dessus de la moyenne pour le groupe à risque contre 4,06% dans le groupe non à risque.

Pendant la grossesse, il y avait 33,33% de patientes au-dessus de la moyenne pour le groupe à risque contre 4,87% dans le groupe non à risque.

5 Evolution du risque de TCA

Sur 183 questionnaires rendus, 60 avait un score positif pendant la grossesse. Hors, 15 patientes avaient un score positif avant la grossesse et qui s'est révélé négatif pendant la grossesse. Et 8 patientes avaient un score négatif avant la grossesse qui s'est révélé positif pendant la grossesse. C'est-à-dire que sur 67 patientes ayant un score positif avant la grossesse, 20% des patientes se sont présentées comme non à risque pendant la grossesse alors que dans les 116 patientes considérées comme non à risque avant la grossesse, 6,89% des patientes se sont présentées comme à risque pendant la grossesse.

Discussion

1 Limites et points forts de l'étude

1.1 Limites et biais de l'étude

1.1.1 Biais de l'étude

La limite principale de l'étude était le manque de puissance : sur 4000 accouchements de la maternité de type III d'Auvergne-Rhône-Alpes, seuls 216 questionnaires ont été distribués, soit 5,4 %.

Ensuite on retrouve aussi un biais de sélection : l'étude a été réalisée seulement dans un seul centre. Cela aurait pu être judicieux d'analyser dans les différentes maternités de la région Auvergne-Rhône-Alpes et au niveau des cabinets libéraux afin d'en comparer les résultats.

Il existe aussi un certain biais de mémorisation et de déclaration pour les questions autour des addictions, et du score de Scoff et du BSQ concernant les réponses avant la grossesse.

1.1.2 Limites de l'étude

Pour des raisons de faisabilité, les questionnaires n'ont pas été distribués aux femmes enceintes aux mêmes termes de grossesse. L'étude aurait pu faire préciser le gain ou la perte de poids selon l'âge gestationnel durant la grossesse afin de comparer les deux populations.

Avec plus de moyens humains, il aurait été judicieux d'établir un questionnaire en trois volets : un pendant la période préconceptionnelle, un pendant la grossesse et un trois mois après l'accouchement pour avoir une évolution de la situation de TCA.

Les patientes ne parlant et ne comprenant pas le français ont été exclues de l'étude. Hors selon diverses études, les femmes dites déracinées sont plus sujettes aux vomissements pendant la grossesse.

Les problèmes psychologiques n'ont pas été mentionnés dans le questionnaire du fait de la difficulté à poser des questions de telles sortes dans un questionnaire quantitatif. Ainsi une étude complémentaire qualitative aurait pu être envisagée.

Par choix, pour ne pas réaliser un questionnaire trop long, les questions sur le mode d'alimentation n'ont pas été abordées, hors cela aurait été intéressant de savoir leurs connaissances en la matière.

1.2 Points forts de l'étude

Les questionnaires ont été donnés aux femmes lors de leurs consultations prénatales pendant la grossesse : dans les autres études effectuées à ce sujet, beaucoup d'entre eux ont été réalisés en post-natal. Donc on retrouve des études peu nombreuses avec existence de biais de mémorisations.

Le taux de refus est faible : seulement six sur 216 questionnaires proposés. Le taux de participation est élevé, avec un taux de questionnaire final exploitable. Il y avait peu de critères d'exclusion, et une grande variabilité de la population.

Le questionnaire était rapide à remplir, le temps en moyenne était de cinq minutes par questionnaire et peu de questions ont été posées après avoir rempli celui-ci.

Il y a eu très peu de questionnaires non interprétables : seulement quatre.

L'intégration du thème de la préparation à la naissance dans le questionnaire et l'information des professionnels de santé ont permis d'émettre des hypothèses sur le problème de dépistage de TCA.

Le Score de Scoff met en avant des patientes ayant une attention excessive sur leur poids ou leur silhouette.

2 Discussion des résultats

2.1 La prévalence des TCA chez les femmes enceintes

Dans cette étude, la mesure de prévalence de TCA était de 32,75%. Il y a donc une correspondance avec les résultats retrouvés dans les études de C Squires et M Hubin Gates qui trouvaient respectivement 26,47% et 34% de femmes à risque. Seulement le score de Scoff n'est pas un test de diagnostic mais un test de repérage. Il permet de repérer les femmes à risque de développer un TCA (14,58).

2.2 Population à risque de TCA versus population non à risque : quelles différences ?

2.2.1 Selon les catégories socio professionnelles et niveau d'études

Dans cette étude, une différence statistiquement significative a été retrouvée sur le fait d'appartenir à une catégorie socio-professionnelle élevée et d'avoir réalisé des études supérieures à bac + 2. En effet, les TCA seraient beaucoup moins fréquents dans les pays en voie de développement et dans les zones rurales. Il existe une part socio-environnementale importante. Il y a une véritable pression sociale prônant la minceur dans les pays développés (49-51). Une différence statistiquement significative a été aussi relevée sur le fait d'avoir un diplôme le moins élevé pour la population à risque.

2.2.2 Selon l'IMC

L'IMC entre 18,5 et 24,9 était statistiquement significatif dans les deux groupes, ainsi que l'IMC supérieur à 40 étaient statistiquement significatif pour le groupe à risque. La moyenne était aussi statistiquement significative entre les deux groupes. Donc la population à risque de l'étude se classerait plus dans le groupe de la boulimie et de TCA non spécifiés telles que binge eating disorders. Dans l'étude réalisée au CHU de Nantes, on note que 0,7% des femmes présentaient des critères d'anorexie mentale, 2,3% de boulimie nerveuse et 9% de TCA non spécifiés. Ce qui serait en accord avec les résultats de l'étude réalisée (61).

D'après l'étude de El Hodgkinson et Al, les sages-femmes sont conscientes d'être perçues comme juges de la situation de la prise de poids d'une femme enceinte. Elles ont trouvé les femmes très anxieuses et vulnérables, mais ont aussi pu constater qu'elles étaient moins « soucieuses de leur santé » et se « complaisaient » de l'augmentation de leur IMC. Selon les femmes enceintes et les sages-femmes, l'IMC idéal se situerait entre 18 et 30 kg/m². Les femmes enceintes avec un IMC inférieur à 18kg/m² souffriraient d'un manque de chaleur, auraient plus tendance à avoir une personnalité désagréable (62).

2.2.3 Selon la présence de fausses couches spontanées

Comme dans la littérature, nous retrouvons un taux de FCS significativement plus élevé chez les femmes à risque de TCA. Il y était aussi décrit que les femmes souffrant de TCA sont associées à un taux plus élevé que dans la population générale d'accouchements prématurés (deux fois plus important), de mortalité périnatale (croissante avec l'état d'amaigrissement maternelle, et six fois plus élevé) (27,29-31).

2.2.4 Selon les co-addictions

Concernant les co-addictions que présentent la population à risque, l'étude retrouvait des résultats significatifs avec la consommation de tabac, cannabis et alcool que ce soit avant et pendant la grossesse. C'était également le cas dans l'étude du Pr Rigau (2006) qui montrait l'existence d'une plus forte prévalence de fumeuses chez les patientes atteintes de TCA, hors grossesse. En cas d'anorexie mentale, il y avait 23% de fumeuses en moins que dans la population générale. A l'inverse, il y avait 51% de fumeuses en plus chez les malades souffrant d'anorexie mentale de type boulimique, 11% de plus en cas de boulimie et seulement 29% de plus en cas de compulsions alimentaires fréquentes. Chez les fumeurs, le degré de dépendance était plus fort en cas de TCA, qu'en leur absence (63). La littérature a révélé qu'environ 37% des boulimiques et 27% des anorexiques présentaient des co-addictions. Mais les chiffres varient selon les études. Concernant l'alcool, les boulimiques et les EDNOS en sont nettement plus consommatrices que dans la population générale, contrairement aux patientes atteintes d'anorexie. On retrouve 30 à 40% de consommation dépendante ou abusive d'alcool chez les patientes atteintes de boulimie ou de EDNOS (44,45,48).

2.2.5 Selon la prévention et les informations des professionnels de santé

Dans les résultats présentés ci-dessus, un autre point remarquable peut être abordé. 51,7 % des femmes à risque et 43,7% des femmes non à risque déclarent avoir eu des informations sur l'alimentation pendant la grossesse. Ce qui démontre que presque la moitié des femmes enceintes n'ont pas reçu d'informations ou ne se souviennent pas de ces informations sur l'alimentation pendant la grossesse.

L'étude ELFE a permis d'apporter des éléments d'évaluation des risques alimentaires et nutritionnels et de mieux comprendre les facteurs démographiques et socioéconomiques associés aux comportements nutritionnels des femmes enceintes, ce qui pourrait permettre l'orientation des programmes nationaux de prévention et d'éducation à la santé. Un score d'adéquation des apports vis-à-vis des recommandations adultes (score PNNS) et un score d'adéquation des apports vis-à-vis des recommandations spécifiques de la grossesse (score grossesse) ont été construits puis mis en relation avec les caractéristiques démographiques et socioéconomiques des femmes. Le score PNNS médian (échelle de 0 à 11) était de 7,8 et le score grossesse médian (échelle de 0 à 10) était de 7,7. Ces deux scores étaient associés positivement à l'âge de la femme, son niveau d'étude, de revenus et le suivi des cours de préparation à la naissance. Les deux scores étaient également plus élevés chez les femmes nées à l'étranger, primipares et avec un IMC faible. En effet, les mères ayant déjà un ou plusieurs enfants pourraient modifier leurs habitudes alimentaires pour respecter d'avantage les recommandations dès lors qu'elles ont des enfants. Ainsi elles pourraient faire bénéficier à leurs enfants d'une alimentation plus saine et leurs inculquer de meilleures habitudes alimentaires (64). Une étude a rapporté que les sages-femmes manquaient de connaissances de base en matière de nutrition pendant la grossesse. Cela pouvait être dû à une formation inadéquate concernant la nutrition dans les programmes d'apprentissage de formation de Sage-Femme. Le taux de satisfaction est de 6.9% (65). Dans une étude Australienne, la majorité des Sages-Femmes (86.6% et 75.7% respectivement dans chaque hôpital) ont mis en évidence l'importance de la nutrition pendant la grossesse et l'importance de leur rôle de conseillère en nutrition.

La connaissance des sages-femmes sur les habitudes alimentaires à adopter est insuffisante dans un grand nombre de domaines tels que le gain de poids, les repas quotidiens et les besoins en iode (73.3%, 73.2% et 79.9% de mauvaises réponses respectivement dans chaque hôpital). Seulement la moitié des sages-femmes ont reporté avoir reçu une formation sur la nutrition pendant leurs études (51.1% et 54.1%) (66).

2.2.6 Selon l'aspect psychologique

Les troubles psychologiques n'ont donc pas été pu abordés sur le questionnaire de l'étude mais cela aurait pu être intéressant de savoir si certaines femmes souffrent de problèmes psychologiques. En effet, dans l'étude de Brenda Broussard sur un échantillon de 56 femmes sondées, 27.8% ayant répondu aux critères de l'étude de l'inventaire des troubles alimentaires indiquent qu'elles ont eu des traits psychologiques et comportementaux en lien avec des troubles de l'alimentation telles que dépression (14%), bipolarité (7%), et anxiété (67).

2.2.7 Selon le BSQ

Le score de BSQ comparant les deux populations retrouvait des résultats très statistiquement significatifs : les femmes étant à risque de développer un TCA ont une plus mauvaise image d'elles que celles n'étant pas à risque. Seulement il n'y a pas d'études retrouvés dans la littérature qui pourraient comparer nos résultats. Boscaglia et Al. (2003) et Kamyshewa et Al. (2008) ont montré que les femmes enceintes de la population n'évaluent pas plus négativement leur corps et seraient même plus positives que hors grossesse (68). Achim et Al. ont montré que 50% des femmes atteintes de TCA font allusion à la prise de poids inhérente à la grossesse, mais se disent convaincues qu'elles la toléreraient plutôt bien (69). Selon l'étude de Zaltzman et Al. les femmes enceintes ont eu une meilleure estime de soi, une image plus positive du corps avec la grossesse, une confiance en soi plus importante et de meilleurs sentiments de productivité en tant que membre d'une famille par rapport à des femmes qui ne sont pas enceintes sur un échantillon de 43 femmes enceintes (70). De même, 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 (vécu de la grossesse) (71).

Ce résultat rejoint les conclusions de Namir et Al. qui avait montré que les femmes TCA avaient besoin de se sentir soutenues et rassurées quant à leurs changements physiques et alimentaire (72). De même les femmes qui ont été affectées de manière négative par les changements du corps dus à la grossesse auraient moins tendance à allaiter leur bébé. Cela aurait pour origine des problèmes tels que l'embrassement vis-à-vis de l'entourage ou l'impact qu'amènerait l'allaitement sur leur corps. Les conclusions sont importantes pour la compréhension de l'impact de l'image du corps selon l'intention et la capacité à commencer ou continuer l'allaitement pendant la grossesse et la période post-natale (73).

2.3 Caractéristiques de la population à risque de développer un TCA

D'après cette étude, les tendances en faveur d'une TCA ont été identifiées. Grâce à la comparaison de deux populations, les éléments notables suivants ont été retrouvés de manière plus fréquente dans la population à risque :

- Antécédents de TCA dans la famille ;
- Age élevée (après 30ans) ;
- Catégories socio-professionnel élevées (supérieure à bac + 2) ou à l'inverse niveau collège ;
- Antécédents de fausses-couches spontanées ;
- Prise de laxatifs couramment ;
- IMC élevé ;
- Présence de co-addictions : consommation de tabac, cannabis, alcool hors ou pendant la grossesse ;
- Pratique d'une activité physique intense ;
- Mauvaise estime de soi.

D'après toutes ces tendances, il serait intéressant d'approfondir leur comportement alimentaire et de les questionner sur leurs habitudes alimentaires.

3 Projet d'action

Cette étude a permis de montrer que le nombre de femmes enceintes atteintes de TCA était sous-estimé. Le sujet de l'alimentation ne semble pas abordé suffisamment durant le suivi prénatal. Les femmes n'avaient pas les informations nécessaires sur l'alimentation normale d'une femme enceinte (ou ne s'en souvenaient pas) ou alors sous-estimaient les risques materno-fœtales d'une alimentation déséquilibrée. Seules les femmes diabétiques étaient surtout très suivies.

La sage-femme est une professionnelle de premier recours dans le parcours de la femme, elle doit dépister la pathologie. La grossesse semble être un moment propice au dépistage car la femme est plus sensible, plus ouverte aux conseils et à la discussion, et surtout si celle-ci est suivie par la même sage-femme durant toute sa grossesse. L'entretien prénatal semble être le meilleur moment de repérer les facteurs de vulnérabilité médicaux-psycho-sociaux qui peuvent avoir un retentissement sur la mère et le fœtus. Les consultations prénatales et les autres séances de préparation à la naissance doivent être aussi les moments où la sage-femme la sage-femme doit être pourvoyeuse de conseils. Il y a une véritable relation de confiance entre les deux protagonistes.

Le score de Scoff peut être un outil de dépistage utile à la pratique quotidienne des sages-femmes. Quel que soit le résultat, un interrogatoire et des conseils précis sur l'alimentation et la prise de poids doivent être expliquées (20). A la suite de cet entretien, si le résultat est positif un rendez-vous avec un nutritionniste ou une diététicienne pourrait être proposé à la patiente et avec les professionnels de santé expert de la situation. A chaque femme enceinte (même avec un score négatif), pourrait être donné une plaquette d'information (annexe VI) précise sur l'alimentation, l'importance de la prise de poids, l'activité physique pendant la grossesse ainsi que les complications materno-fœtales possibles avec explications avec le professionnel de santé. Si les consultations sont considérées comme trop courtes pour expliquer et donner les informations essentielles à la femme enceinte sur l'alimentation, un cours sur l'alimentation notamment avec une diététicienne ou une sage-femme pourrait être proposé une fois par mois dans le service. Le cours pourrait être proposé à toutes les femmes enceintes en début de grossesse, et se limiterait à un groupe de 7 ou 8 patientes.

Il pourrait être proposé un suivi régulier par des consultations individuelles consacrées à l'alimentation par une sage-femme ou une diététicienne tout au long de la grossesse suivant l'évolution de la prise de poids, des habitudes alimentaires ...

En tant que professionnel de santé, il est ainsi important d'offrir un espace d'écoute et du soutien aux femmes souffrant de TCA et de les rassurer sur la physiologie des modifications corporelles et alimentaires. C'est une véritable prise en charge multidisciplinaire : avec notamment les sages-femmes (professionnels de premier recours), obstétriciens (les femmes diagnostiquées sont considérées comme grossesse à risque), addictologues (suivant les co-addictions présentes avec le TCA), psychologues, psychiatres, diététiciennes, Protection Maternelle et Infantile, et puéricultrices (notamment dans la surveillance du retour à domicile et la relation mère-enfant).

Un protocole de recherche qualitatif pourrait être aussi réalisé. Les résultats ont montré qu'il y avait un manque ou un oubli des informations sur l'alimentation pour les femmes enceintes. Il viserait à explorer l'information des professionnels de santé en termes d'alimentation pour la femme enceinte. On chercherait à voir le point de vue des femmes avec un entretien semi-ouvert : leurs connaissances, leurs besoins, les informations qu'on leur donne en consultations. Cela semblerait intéressant de confronter ce point de vue avec celui des professionnels de santé et des recommandations actuelles : leurs connaissances sur le sujet et sur les TCA, les informations qu'ils donnent à la femme enceinte, leurs besoins, les freins. Ainsi l'objectif de cette étude de cas serait de connaître ce qui peut améliorer l'information sur l'alimentation des femmes enceintes, les freins, les besoins. La connaissance de la psychopathologie des TCA permettrait aussi d'aborder plus facilement le sujet, et de le comprendre. Il sensibiliserait le professionnel de santé à cette problématique et de poser les questions facilement pendant la première consultation prénatale.

Conclusion

Cette étude a montré une prévalence très élevée de TCA au sein de la maternité du niveau III d'Auvergne-Rhône-Alpes. Les femmes avec mauvaise image d'elles-même, qui appartiennent plutôt dans une catégorie socio-professionnelle élevée ou faible, avec un IMC élevé, qui consomment du tabac, cannabis ou alcool que soit avant ou pendant la grossesse, qui pratiquent des activités physiques intense, avec des antécédents de fausses couches spontanées, avec des antécédents familiaux de TCA et des prises de laxatifs couramment ont été observés de manière plus fréquente dans la population dépistée par un score de Scoff positif. La grossesse apparaît comme plutôt un marqueur d'évolution favorable pour les femmes souffrant de TCA. Mais ceux-ci restent de véritables risques concernant la grossesse avec des complications materno-fœtales importantes et des difficultés post-natales notamment concernant la relation mère-enfant.

Malgré la médiatisation importante de ce trouble dans la presse féminine, il n'existe pas de réelle politique de prévention et de soins au niveau des pouvoirs publics. Une sensibilisation sur ce sujet semble importante et permet d'inciter au repérage et à la création d'un réseau de soins. La période prénatale est le moment idéal pour le repérage des TCA. En effet, l'entretien du 4ème mois semble le moment le plus propice pour discuter et d'évaluer les facteurs de risques. L'accompagnement médico-psycho-sociale de la patiente assurerait la prévention d'une possible transmission intergénérationnelle et un effet néfaste pour l'enfant à venir.

La méconnaissance des TCA et de ses conséquences est le cœur du problème que ce soit pour les patientes et les professionnels de santé. Il s'agit d'une faille au niveau du manque d'informations ou alors une méconnaissance concernant l'alimentation au sein de la grossesse chez les femmes enceintes. Il ne faut pas les négliger. Il serait judicieux d'interroger les professionnels de santé sur la connaissance des TCA et les conseils alimentaires qu'ils prodiguent à la femme durant sa grossesse, et d'interroger les femmes enceintes pour confronter les deux points de vue pour connaître ce qui peut améliorer cette information et savoir ce qui la freine. Un repérage des femmes à risque de TCA devient nécessaire à notre profession Sage-Femme.

Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale : Prise en charge. Juin 2010 : 1-33.
2. Haute Autorité de Santé. Boulimie et hyperphagie boulimique : Repérage et éléments généraux de prise en charge. Novembre 2015 : 1-22.
3. Wade TD, Bergin JL, Tiggemann M, Bulik CM, Fairburn CG. Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006; 40 (2): 121-8.
4. Fairburn CG, Bohn K. Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome «not otherwise specified» (NOS) category in DSM-IV. *Behav Res Ther*. Juin 2005; 43 (6): 691-701.
5. Preti A, Girolamo G de, Vilagut G, Alonso J, Graaf R de, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res*. Sept 2009 ; 43 (14): 1125-32.
6. Grigioni S, Déchelotte P. Épidémiologie et évolution des troubles du comportement alimentaire. *Médecine Nutr*. 13 juin 2012 ; 48 (1): 28-32.
7. Van Son GE, van Hoeken D, Bartelds AIM, van Furth EF, Hoek HW. Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care study in The Netherlands. *Int J Eat Disord*. 2006; 39 (7): 565-9.
8. Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, et al. Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord*. 1 avr 1992 ; 11 (3): 191-203.
9. Micalin N, Treasure J, Siminoff E. Eating disorders symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *J Psychosom Res* (2007) 63: 297–303
10. Rocco PL, Orbitello B, Perini L, Pera V, Ciano RP, Balestrieri M. Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: A prospective study. *J Psychosom Res*. sept 2005; 59 (3): 175-9.
11. Alina Zaltzman BSc, MSc 1 , Bani Falcon BSc, MSc 1 , Megan E. Harrison MD, FRCPC. Body image in Adolescent Pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 28 (2015) 102-108.
12. Bydlowski M. La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité. 6th ed. Paris : PUF; 2008.
13. Picard A. De l'expérience subjective de la maternité dans les troubles du comportement alimentaire : une étude qualitative. Thèse Med : Université de Toulouse; 2012.
14. Hubin-Gayte M, Squires C. Étude de l'impact de la grossesse sur les comportements alimentaires à travers l'utilisation du questionnaire SCOFF. *EvolPsychiatr*. 2012 Apr ; 77 (2): 201–12.

15. 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.
16. INPES. Le guide nutrition pendant et après la grossesse, Programme National de Nutrition Santé [en ligne]. 2009. [consulté le 11.08.2016]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1059.pdf>
17. Abraham S, King W, Llewellyn-Jones D. Attitudes to body weight, weight gain and eating behavior in pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1994 ; 15 : 189-95.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. Conti J, Abraham S, Taylor A. Eating behavior and pregnancy outcome. *J Psychosom Res.* 1998 ;44(3):465–77.
22. Rousseau A, Knotter A, Barbe P, Raich RM, Chabrol H. Etude de la validation du Body Shape Questionnaire. *L'Encéphale*(2005) 31 : 162-173.
23. Mathieu J. What is Pregorexia? *Journal of the AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION* (Juin 2009): 976-979.
24. Dayan J, Andro G Dugnat M. Psychopathologie de la périnatalité. Collection Les âges de la vie, Edition Masson.
25. Miller KK, Grinspoon SK, Ciampa J, Hier J, Herzog D, Klibanski A. MEDical findings in outpatients with anorexia nervosa. *Arch Intern Med.* 14 mars 2005; 165 (5) : 561-6.
26. Berkman ND, Lohr KN, Bulik CM. Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature. *Int J Eat Disord.* 2007; 40 (4) : 293-309.
27. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *Br J Psychiatry.* 3 janv 2007; 190 (3): 255-9.
28. Franko DL, Blais MA, Becker AE, Delinsky SS, Greenwood DN, Flores AT, et al. Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am J Psychiatry.* Sept 2001 ; 158(9):1461-6. 63.
29. Solmi F, Sallis H, Stahl D, Treasure J, Micali N. Low Birth Weight in the Offspring of Women with Anorexia Nervosa. *Epidemiol Rev.* 1 janv 2014;36(1):49-56.
30. 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; 42 (12) : 2651-60.

31. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A, Dawn A, McCullin M. Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: a controlled study. *J Clin Psychiatry*. févr 1999; 60 (2):130-5; quiz 135-7.
32. Morgan JF, Lacey JH, Chung E. Risk of postnatal depression, miscarriage, and preterm birth in bulimia nervosa: retrospective controlled study. *Psychosom Med*. juin 2006; 68 (3): 487-92.
33. Bulik CM, Von Holle A, Siega-Riz AM, Torgersen L, Lie KK, Hamer RM, et al. Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study. *Int J Eat Disord*. 2009; 42(1): 9-18.
34. 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*. oct 2014;211(4): 392.e1-8.
35. Goldman, R.D. and G. Koren, Anorexia nervosa during pregnancy. *Can Fam Physician*, 2003. 49: p. 425-6.
36. Kouba S, Hällström T, Lindholm C, Hirschberg AL. Pregnancy and Neonatal Outcomes in Women with Eating Disorders: *Obstet Gynecol*. févr 2005; 105 (2): 255-60.
37. Sollid, C.P., et al. Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol*, 2004. 190(1): p. 206-10.
38. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Pregnancy and post-partum depression and anxiety in a longitudinal general population cohort: The effect of eating disorders and past depression. *J Affect Disord*. juin 2011;131(1-3):150-7.
39. Morgan JF, Lacey JH, Sedgwick PM. Impact of pregnancy on bulimia nervosa. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. févr 1999; 174:135-40.
40. Waugh E, Bulik CM. Offspring of women with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 1 mars 1999;25(2):123-33.
41. Larsson G, Andersson-Ellström A. Experiences of pregnancy-related body shape changes and of breast-feeding in women with a history of eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 1 mars2003; 11 (2) : 116-24.
42. Waugh E, Bulik CM. Offspring of women with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 1 mars 1999 ; 25 (2) :123-33.
43. Anh N, Nguyen a, Lisanne M. de Barse, Henning Tiemeier c, d , Vincent W.V. Jaddoe a, b, e , Oscar H. Franco a , Pauline W. Jansen c, f , Trudy Voortman. Maternal history of eating disorders: Diet quality during pregnancy and infant feeding. *Appetite* 109 (2017) 108-114.
44. Hudson JI, Hiripi E, Pope Jr. HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 1 févr 2007 ; 61 (3) : 348-58.

45. Krug I, Treasure J, Anderluh M, Bellodi L, Cellini E, di Bernardo M, et al. Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: A European multicenter study. *Drug Alcohol Depend.* 1 sept 2008 ; 97(1-2) :169-79.
46. Anzengruber D, Klump KL, Thornton L, Brandt H, Crawford S, Fichter MM, et al. Smoking in eating disorders. *Eat Behav.* nov 2006;7(4):291-9
47. Corcos M, Nezelof S, Speranza M, Topa S, Girardon N, Guilbaud O, et al. Psychoactive substance consumption in eating disorders. *Eat Behav.* 2001 ;2 (1) : 27-38.
48. Gadalla T, Piran N. Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: a meta-analysis. *Arch Womens Ment Health.* 1 août 2007 ;10 (4) :133-40.
49. Passeport Santé. Les troubles du comportements alimentaires – les facteurs de risques. [En ligne]. 2014. [consulté le 14.08.2016]. Disponible sur : <http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=troubles-alimentation-douglas-pm-les-causes-des-troubles-de-l-alimentation>.
50. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull.* sept 2002 ; 128 (5) : 825-48.
51. Wildes JE, Emery RE, Simons AD. The Roles of Ethnicity and Culture in the Development of Eating Disturbance and Body Dissatisfaction: A Meta-Analytic Review. *Clin Psychol Rev.* juin 2001;21(4):521-51.
52. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am J Psychiatry.* Mars 2000 ; 157(3) :393-401.
53. Grigioni S, Déchelotte P. Épidémiologie et évolution des troubles du comportement alimentaire. *Médecine Nutr.* 13 juin 2012; 48 (1) : 28-32.
54. Zerbe K. Eating disorders in the 21st century: identification, management and prevention on obstetrics and gynecology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2007 ; 21 : 331-43.
55. Hill, L.S., et al. *SCOFF*, the development of an eating disorder screening questionnaire. *Int J Eat Disord*, 2010. 43(4): p. 344-51.
56. Garner, D.M. and P.E. Garfinkel. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 1979. 9: p. 273-279.
57. "Scoring the eating disorder inventory ". *American Journal of Psychiatry*, 143(5), pp. 680–681.
58. Hubin-Gayte M, Squires C, Doncieux K, Sajko A. De l'intérêt d'une prévention des troubles des conduites alimentaires chez les femmes enceintes. *L'Information Psychiatrique* (2008) 84 : 725-3.
59. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité : recommandations professionnelles. [En ligne] Nov 2005. [Consulté le 30.08.2016]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf.

60. Santé Canada. Lignes directrices sur la nutrition pendant la grossesse à l'intention des professionnels de la santé. Eating Well and Being Active: Towards a Healthy Weight Gain during Pregnancy [Internet]. 2010 [cité 20/01/2017]. Disponible sur : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/pdf/nutrition/prenatal/ewba-mbsa-fra.pdf.
61. Chassevent-Pajot A, Guillou-Landreat M, Grall-Bronnec M, Wainstein L, Philippe HJ, Lombrail P, Venisse JL. Etude de la prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes dans une maternité universitaire, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (2011) 40 : 237-245.
62. Emma L. Hodgkinson, Debbie M. Smith, Dougal J. Hare, Anja Wittkowski. The attitudes of pregnant women and midwives towards raised BMI in a maternity setting: A discussion of two repertory grid studies. *Midwifery* 45 (2017) : p14-20.
63. Rigaud D, Pennacchio H, Bussens P, Chancenotte JM. Caractéristiques comparatives de 238 malades anorexiques et boulimiques hospitalisés. *Cahiers de Nutrition et de Diététique* (2011) 46 : 11-20.
64. Manik Kadawathagedera, Kersuzan C, Wagner S, Tichit C, Gojard S, Charles M-A, Lioret S, De Lauzon-Guillain B. Adéquation des consommations alimentaires des femmes enceintes de l'étude ELFE aux recommandations du Programme National Nutrition Santé. *Cahier de Nutrition et de Diététique* (2016).
65. Arrish Jamila, Yeatman H, Williamson M. Midwives and nutrition education during pregnancy : a literature review. *Women and Birth* 27 (2014): 2-8.
66. Arrish Jamila, Yeatman H, Williamson M. Australian midwives and provision of nutrition education during pregnancy: a cross sectional survey of nutrition knowledge, attitudes, and confidence. *Women and Birth* 29 (2016) : 455-464.
67. Brenda Broussard, PhD, RN, IBCLC. Psychological and Behavioral Traits Associated with Eating Disorders and Pregnancy: A Pilot Study. *Journal of Midwifery & Women's Health* Volume 57, No.1 (2012) : 61-66.
68. Bourgoin E, Callahan S, Sejourne N, Denis A. Image du corps et grossesse : vécu subjectif de 12 femmes selon une approche mixte et exploratoire. *Psychologie Française* (2012) 57: 205-213.
69. Achim J, Lafortune D, Laurier C, Jeammet P, Corcos M. Perspective de la maternité et troubles des conduites alimentaires : une exploration de l'univers de « l'avant-conception ». *L'Evolution Psychiatrique* (2012) 77 : 247-264.
70. Zaltzman BSc, MSc, Banni Falcon BSc, MSc, Megan E. Harrison MD, FRCPC. Body image in adolescent pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 28 (2015) : 102-108.
71. 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.
72. 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.

73. Amy Brown, PhD, J. Rance, PhD L. Warren, PhD. Body image concerns during pregnancy are associated with a shorter breast feeding duration. *Midwifery* 31 (2015) : 80 – 89.

ANNEXES

Annexe I : Body Shape Questionnaire (BSQ).

	par rapport à la grossesse	jamais	rarement	quelquefois	souvent	très souvent	toujours
Avez-vous peur de devenir ronde ?	avant						
	pendant						
Vous sentir remplie après un repas copieux vous a-t-il fait vous sentir ronde ?	avant						
	pendant						
Penser à votre silhouette trouble-t-il la capacité à vous concentrer ?	avant						
	pendant						
Avez-vous imaginé vous faire enlever des parties rondes de votre corps ?	avant						
	pendant						
Vous êtes-vous sentie excessivement ronde ?	avant						
	pendant						
Avez-vous pensé que vous avez la silhouette que vous méritez à cause d'un manque de contrôle sur vous-même ?	avant						
	pendant						

<u>Êtes- vous mal à l'aise lorsque vous regardez votre silhouette dans le miroir ?</u>	<u>avant</u>						
	<u>pendant</u>						
<u>Avez-vous été particulièrement préoccupée par votre silhouette lorsque vous êtes en compagnie d'autres personnes ?</u>	<u>avant</u>						
	<u>pendant</u>						

Annexe II : Questionnaire de Scoff adapté à la grossesse.

	<u>Avant la grossesse</u>	<u>Pendant la grossesse</u>
Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?	Oui Non	Oui Non
Pensez-vous que vous êtes trop grosse alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?	Oui Non	Oui Non
Avez-vous déjà perdu plus de 6kg en moins de 3mois ?	Oui Non	Oui Non
Craignez-vous avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?	Oui Non	Oui Non
Vous arrive-t-il de vous rendre malade parce que vous avez la sensation inconfortable d'avoir trop mangé ?	Oui Non	Oui Non

Annexe III : Questionnaire DETA lié à la consommation d'alcool

	Par rapport à la grossesse		
Combien de verres vous faut-il pour ressentir les effets de l'alcool ?	Avant	— —	
	Pendant	— —	
Est-il arrivé que des proches, des professionnels de santé s'inquiète de votre consommation d'alcool ?	Avant	Oui	Non
	Pendant	Oui	Non
Avez-vous déjà essayé de réduire votre consommation d'alcool?	Avant	Oui	Non
	Pendant	Oui	Non
Avez-vous déjà eu des besoins d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	Avant	Oui	Non
	Pendant	Oui	Non

Annexe IV : Lettre d'information donnée à la patiente

LETTRE D'INFORMATION

Titre de l'étude : **Mesure de la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les femmes enceintes au sein des consultations du centre hospitalier universitaire de niveau 3 d'Auvergne.**

Investigateurs : CHEVALLIER Camille, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand, sous la direction de Mme TAITHE Séverine, enseignante Sage-femme à Clermont-Ferrand.

Madame,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée « **Mesure de la prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les femmes enceintes au sein du service des consultations du centre hospitalier universitaire de niveau 3 d'Auvergne** »

Une étude sur titre de votre étude est engagée au sein de service dans lequel vous faites votre étude. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une (e) étudiante (e) sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame TAITHE, enseignant Sage-femme à Clermont- Ferrand.

1- Pourquoi cette étude ?

Cette étude permet de réaliser un mémoire qui fait partie intégrante à l'acquisition du diplôme d'Etat de Sage-Femme. La sage-femme est une professionnelle autonome de première ligne formée pour être responsable de suivis de maternité complets pour les femmes en bonne santé qui présentent une grossesse à bas risque. L'alimentation au cours de la grossesse est au cœur de la préoccupation des femmes enceintes, et la Sage-femme doit être apte à vous informer et à répondre à vos questions. L'objectif de cette étude est de dépister les comportements à risques de troubles du comportement alimentaire qui pourraient avoir des conséquences sur la grossesse.

2- L'étude en pratique ?

Ce questionnaire est distribué aux femmes enceintes au service des consultations du centre hospitalier universitaire d'Auvergne et sont recueillis afin d'en analyser les résultats. Ce sont des auto-questionnaires qui sont anonymes et qui ne vous engage à rien. Toutes ces informations sont indispensables à l'élaboration de cette étude.

3- Confidentialité et sécurité des données

Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel. Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

4- Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait (aucune modification de prise en charge). Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 7 août 2004, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement la destruction de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à Chevallier Camille,

Annexe V : Questionnaire donné à la patiente en consultations prénatales.

I. Vos données personnelles

1) Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ?

Aucun

Collège

CAP/BEP ou niveau lycée (seconde ou première)

Niveau terminale (avec ou sans obtention du baccalauréat)

Bac + 2ans (DUT, BTS, DEUG, etc.)

Supérieure à bac + 2 ans (licence, maîtrise, master, doctorat, diplôme grande école, etc.)

2) Actuellement, vous êtes (hors congés maternité) ?

Agricultrices, exploitantes

Artisanes, commerçantes et chefs d'entreprises.

Cadres, professions libérales, professions scientifiques, de l'information ou des arts.

Professions intermédiaires (professeures des écoles, techniciens, professions intermédiaires de la santé et du travail social, professions administratives et commerciales...)

Employées

Ouvrières

Femmes au foyer

Étudiante, en formation

Chômeuse

Autres: _____

3) Concernant votre situation familiale, vous êtes ?

Célibataire

En couple

Mariée/pacsée/en concubinage

Séparée/divorcée

Veuve

Autre: _____

4) Quel est votre âge en années révolues ? ___ __ ans

5) Quel est votre origine ethnique ?

Europe

Asie

Pays du Maghreb

Afrique Subsaharienne

Autre : _____

6) Quel est votre taille (en cm) ? ___ __ __ cm

7) Quel était votre poids avant la grossesse (en kg) ? ___ __ __ kg

II. Vos antécédents personnels

8) Avant votre grossesse, quel moyen de contraception utilisiez-vous ?

Contraceptif oral

Préservatif

Implant hormonal

Méthodes naturelles

Stérilet

Autres : _____

9) Votre grossesse a-t-elle fait suite à une technique d'assistance médicale à la procréation (FIV, ICSI...) ?

Oui

Non

10) Combien de fois avez-vous été enceinte ? ___ __ fois

11) Avez-vous déjà été confronté à ces situations ? (Indiquez leur nombre si vous avez coché le rond).

- | | |
|--|---------------------------------------|
| Fausses couches spontanées | <input type="radio"/> --> ___ __ fois |
| Mort fœtales in utéro | <input type="radio"/> --> ___ __ fois |
| Accouchement prématuré | <input type="radio"/> --> ___ __ fois |
| Je n'ai rencontré aucune de ces situations | <input type="radio"/> |

12) Est-ce que dans votre famille, il existe des problèmes de poids (anorexie, boulimie par exemple) ou des problèmes par rapport à l'alimentation (dénutrition, malnutrition) ?

- Oui Non

13) Lors d'une semaine type (7 jours consécutifs), combien y a-t-il de jours au cours desquels vous faites des activités physiques intenses (Les activités physiques intenses font référence aux activités qui vous demandent un effort physique important et vous font respirer beaucoup plus difficilement que normalement. Pensez seulement aux activités que vous avez effectuées pendant au moins 10 minutes d'affilée.) comme porter des charges lourdes, bêcher, faire du VTT, faire du footing, etc. ?

- Avant la grossesse _____ jours
- Pendant la grossesse _____ jours
- Je n'ai pas fait d'activité physique intense ni (passez directement à la question avant et ni pendant la grossesse -> 15)

14) Au total, combien de temps passez-vous à faire des activités intenses au cours de cette semaine type ?

Avant la grossesse : _____ heures _____ minutes

Pendant la grossesse : _____ heures _____ minutes

Je ne sais pas

15) Vous arrive-t-il d'utiliser une de ces catégories de médicaments ?

Diurétiques

Laxatifs

Aucun des deux

Pour les questions 16 et 17, mettez une croix dans les cases correspondant à votre situation :

16) Est-ce que vous fumez?

	Avant la grossesse	Pendant la grossesse
Non		
Oui		

17) Est-ce que vous consommez du cannabis ?

	Avant la grossesse	Pendant la grossesse
Non		
Oui		

18) A propos de votre consommation d'alcool : (Remplissez les cases et entourez les cases oui ou non qui vous correspondent).

	Par rapport à la grossesse		
Combien de verres vous faut-il pour ressentir les effets de l'alcool ?	Avant	— —	
	Pendant	— —	
Est-il arrivé que des proches, des professionnels de santé s'inquiète de votre consommation d'alcool ?	Avant	Oui	Non
	Pendant	Oui	Non
Avez-vous déjà essayé de réduire votre consommation d'alcool?	Avant	Oui	Non
	Pendant	Oui	Non
Avez-vous déjà eu des besoins d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	Avant	Oui	Non
	Pendant	Oui	Non

III. Concernant votre alimentation

19) Avant votre grossesse, est-ce que vous aviez un suivi par rapport à votre poids ou votre alimentation par un professionnel de santé ?

Oui Non

20) Est-ce que vous avez eu des informations concernant l'alimentation pendant la grossesse par un des professionnels de santé (sage-femme, gynécologue, médecin généraliste,...) ?

Oui Non (passez directement à la question 22)

21) Si oui pensez-vous que cela a été suffisant ?

Oui Non

22) Concernant votre alimentation : (entourez la réponse oui ou non).

	<u>Avant la grossesse</u>	<u>Pendant la grossesse</u>
Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?	Oui Non	Oui Non
Pensez-vous que vous êtes trop grosse alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?	Oui Non	Oui Non
Avez-vous déjà perdu plus de 6kg en moins de 3mois ?	Oui Non	Oui Non
Craignez-vous avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?	Oui Non	Oui Non
Vous arrive-t-il de vous rendre malade parce que vous avez la sensation inconfortable d'avoir trop mangé ?	Oui Non	Oui Non

IV. Concernant votre rapport au corps

23) Quel est votre rapport au corps ? (Cochez les cases qui correspondent à votre situation)

	par rapport à la grossesse	jamais	rarement	quelquefois	souvent	très souvent	toujours
Avez-vous peur de devenir ronde ?	avant						
	pendant						
Vous sentir remplie après un repas copieux vous a-t-il fait vous sentir ronde ?	avant						
	pendant						
Penser à votre silhouette trouble-t-il la capacité à vous concentrer ?	avant						
	pendant						
Avez-vous imaginé vous faire enlever des parties rondes de votre corps ?	avant						
	pendant						
Vous êtes-vous sentie excessivement ronde ?	avant						
	pendant						
Avez-vous pensé que vous avez la silhouette que vous méritez à cause d'un manque de contrôle sur vous-même ?	avant						
	pendant						

Êtes- vous mal à l'aise lorsque vous regardez votre silhouette dans le miroir ?	avant						
	pendant						
Avez-vous été particulièrement préoccupée par votre silhouette lorsque vous êtes en compagnie d'autres personnes ?	avant						
	pendant						

V. Concernant votre grossesse

24) Souhaitez-vous suivre ou suivez-vous des cours de Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) ? (Plusieurs réponses sont possibles).

- Non
- Oui et j'ai consulté pour un entretien prénatal précoce
 - Oui mais je n'ai pas eu d'entretien prénatal précoce
- J'ai déjà fait < 5 séances de PNP
- J'ai fait > 5 séances de PNP

25) Durant cette grossesse, avez-vous été hospitalisée ? (Plusieurs réponses sont possibles).

- Non
- Pour menace d'accouchement prématuré
- Pour retard de croissance de votre bébé
- Pour vomissements
- Pour hypertension
- Pour anémie
- Pour un autre motif, précisez : _____

Annexe VI : Plaquette d'information

L'alimentation est **essentielle** pendant la grossesse. Elle doit garantir son bon déroulement et le développement harmonieux de bébé. L'alimentation de la femme enceinte doit répondre à 2 objectifs : **couvrir les besoins, accrus pendant cette période, et éviter les carences.**

PRENDRE DE BONNES HABITUDES

Il convient de manger le plus régulièrement possible : idéalement 3 repas énergiquement équivalent et 2 collations. Il est important de respecter l'équilibre alimentaire, en insistant sur les apports en **glucides**, en **fer** et en **calcium**. Il est essentiel de manger suffisamment : la grossesse représente un **supplément** de 150 kcal/jour pendant le 1er trimestre et de 350 kcal/jour jusqu'au terme. Ainsi, l'apport énergétique **ne doit-il pas être inférieur à 1500 kcal/jour** pendant la 2ème partie de la grossesse.

DES ALIMENTS A PRIVILEGIER

LES PROTEINES : viandes, poissons, œufs..., sont indispensables pour fabriquer les muscles. Les apports recommandés de protéines sont de 70 g/j pendant la grossesse.

LES GLUCIDES sont très importants pour le développement du fœtus. Il faut privilégier les sucres lents (féculents) et bien les répartir au cours de la journée. Les risques d'hypoglycémie sont importants après le jeûne de la nuit ; aussi, le petit déjeuner doit-il comporter suffisamment de glucides lents : 40 à 50 g, ce qui représente 80 g de pain ou 6 biscottes ou 60 g de céréales.

LES LIPIDES sont nécessaires au développement du système nerveux du bébé, au premier rang desquels les acides gras essentiels (AGE).

CALCIUM Les besoins en calcium augmentent jusqu'à 1200 mg/j pendant la grossesse. Le calcium permet la minéralisation osseuse du bébé ; il protège également la maman des risques d'hypertension artérielle. Ex : laits et produits laitiers : yaourt, fromage blanc.

VITAMINES Tous les besoins en vitamines augmentent pendant la grossesse. Les besoins en vitamines A,B,C sont facilement couverts par une alimentation diversifiée. En revanche, l'acide folique (vitB9) pose plus de problèmes. En effet, beaucoup de femmes en ont un taux assez bas en début de grossesse et un déficit en acide folique augmente le risque de prématurité, de retard de croissance, voire de malformations. Ainsi, conseillait-on à chaque femme d'augmenter ses apports alimentaires. La carence en vitamine D est fréquente en fin de grossesse et favorise les hypocalcémies néonatales. La supplémentation en vitamines D est recommandée pendant la grossesse et elle est systématique au cours du 3ème trimestre. Parlez-en à votre professionnel de santé qui assure votre suivi.

FER Les besoins en fer sont très augmentés au cours des 6 derniers mois de grossesse : 30 à 50 mg/j. La carence en fer (carence martiale) entraîne une anémie qui augmente le risque de prématurité et d'hypotrophie fœtale. Ex : viande, poisson, boudin noir, légumes secs (lentilles, haricots blancs, pois chiches).

IODE Les besoins en iode sont de 100 à 150µg/jour chez l'adulte et l'adolescent et ils passent à 200-250 µg/jour chez les femmes enceintes et allaitantes. Ex : crustacés bien cuits, poissons de mer, laits et produits laitiers, les œufs.

Lors d'une grossesse normale, la prise de poids moyenne est de **9 à 12 kg**.

S'il est important de ne pas se priver pour répondre aux besoins nutritionnels accrus et éviter les carences, une surveillance pondérale est nécessaire car les excès ne sont pas anodins et les kilos superflus souvent difficiles à perdre.

Attention aux excès : la prise de poids n'est pas linéaire pendant la grossesse. Elle est très faible au 1er trimestre puis augmente : **1.5kg/mois en moyenne**. Il ne faut pas considérer qu'une femme enceinte doit manger pour deux mais plutôt qu'elle doit **manger deux fois mieux, en résistant notamment aux fringales et aux tentations boulimiques que rencontrent de nombreuses femmes**.

La surveillance au premier plan : les abus ne sont pas anodins et sont souvent à l'origine de complications médicales. C'est pourquoi la **surveillance régulière du poids** est fondamentale pendant la grossesse. Elle permet également de maintenir un régime alimentaire équilibré et adapté à la grossesse.

Ne faites jamais seule de régime alimentaire pour éviter la prise de poids ; il pourrait générer des carences dangereuses pour vous-même et pour bébé.

Dans tous les cas : préparez-vous à **réduire vos apports et à augmenter votre activité physique après la grossesse**, afin de favoriser le retour à votre poids d'avant.

Un soutien et des conseils peuvent être proposés par le professionnel de santé de votre choix qui vous accompagne tout au long de la grossesse. N'hésitez pas en parler.

ACTIVITE PHYSIQUE

La grossesse est tout à fait compatible avec la poursuite de l'activité quotidienne habituelle.

Pourquoi bouger ? Le maintien d'une activité physique « raisonnable » est conseillé, cela permet de conserver une musculature abdominale, favorise l'équilibre psychologique et diminue les sentiments d'anxiété éventuels. L'activité physique favorise une alimentation plus équilibrée et aide à la récupération fonctionnelle du périnée après l'accouchement.

Quelles activités physiques ? Privilégiez la marche (30 minutes au moins par jour), la natation (bénéfique pour le dos) ou la gymnastique d'entretien.

COMPLICATIONS MATERNO-FŒTALES

Si vous avez une **alimentation déséquilibrée, en restriction ou en excès**, plusieurs complications peuvent surgir avant ou pendant votre grossesse :

- Diminution de la fécondité
- Symptômes anxio-dépressifs
- Fausses couches spontanées
- Retard de croissance intra-utérin
- Accouchement prématuré
- Complications néonatales : hypoglycémie, hypocalcémie, malnutrition, mauvaise adaptation à la vie extra-utérine
- Dépression du Post-partum
- Allaitement difficile
- Relation mère-enfant altérée [...]

Résumé

Introduction : Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont des troubles graves du comportement qui visent à contrôler le poids et qui altèrent significativement la santé. Les femmes en âge de procréer représentent la population la plus exposée à ceux-ci. La grossesse est marquée aussi par des perturbations corporelles et mentales. L'insatisfaction maternelle peut être responsable de conduites alimentaires non adaptées pendant la grossesse. Cette étude s'est intéressée à la mesure de prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les femmes enceintes.

Population et méthode : Une étude observationnelle descriptive a été réalisée du 1^{er} septembre 2016 au 16 décembre 2016. 216 femmes enceintes ont été recrutées dans une maternité de type III de la région Auvergne-Rhône-Alpes. 187 femmes ont répondu à un auto-questionnaire distribué en consultations prénatales. Les femmes exclues étaient celles ne comprenant pas la langue française écrite et orale.

Résultats : 183 femmes ont été incluses : il y avait 32,75% des femmes à risques de développer un trouble du comportement alimentaire. Les femmes avec une mauvaise image d'elle-même, appartenant plutôt à une catégorie socio-professionnelle élevée, avec un IMC élevé, consommant du tabac, cannabis ou alcool, qui pratiquent des activités physiques intenses, avec des antécédents familiaux du trouble du comportement alimentaire et de fausses couches spontanées ont été observés de manière plus fréquente dans la population repérée par un score de Scoff positif.

Discussion : La moitié des femmes n'avait pas ou ne se souvenait pas des informations nécessaires sur l'alimentation pendant la grossesse. Il serait judicieux de repérer les femmes à risque pendant la première consultation prénatale, de leur apporter les informations nécessaires et de les orienter vers les professionnels de santé experts dans la prise en charge des TCA.

Mots-clés : trouble du comportement alimentaire - repérage - grossesse - multidisciplinaire.

Abstract

Introduction: eating disorders are very serious behavioural troubles which aim is to control the weight and which alter significantly the health of the person. Women able to give birth are the most exposed to those troubles. Pregnancy is disturbed by physical and mental troubles. Pregnancy dissatisfaction may be responsible of eating patterns unsuitable with pregnancy. The survey is about measuring the prevalence of eating disorders among pregnant women.

Study design: a survey based on descriptive observations was carried out from September the 1st to December the 16th. 216 pregnant women were questioned at the type-3 maternity hospital in the Auvergne-Rhone-Alpes region. 187 have answered the survey questionnaire which was given during prenatal consultation. Women who didn't understand the French language were excluded from the survey.

Results: the results were provided by 187 women: among them, 32.75% had a risk of developing eating disorders. Women with a bad body image of themselves, women belonging mostly to a high socio-professional category, women with a high BIM value, women consuming Tabaco cannabis or alcohol, women practising intense physical activities, women with a family history of eating disorders and spontaneous miscarriage were observed more frequently among the population with a positive Scoff's score.

Discussion: half the women didn't have or didn't remember the necessary information about feeding during pregnancy. Spotting women having a risk to develop eating disorders at the first consultation would be judicious as well as giving them the necessary information and leading them to health professionals expert.

Key-words: eating disorders, tracking, pregnancy, multidisciplinary