



HAL
open science

Anorexie mentale en période périnatale : une revue de la littérature

Julie Herbet

► **To cite this version:**

Julie Herbet. Anorexie mentale en période périnatale : une revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02998042

HAL Id: dumas-02998042

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02998042>

Submitted on 10 Nov 2020

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.

**THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE**

Diplôme d'État

Par

HERBET Julie

Née le 13 novembre 1991 à Saint Aubin Lès Elbeuf (76)

Présentée et soutenue publiquement le 06 Octobre 2020 à Rouen

**ANOREXIE MENTALE EN PÉRIODE PÉRINATALE : UNE REVUE DE LA
LITTÉRATURE**

PRÉSIDENTE DU JURY ET DIRECTRICE DE THÈSE

Professeur Priscille GÉRARDIN

MEMBRES DU JURY

Professeur Gisèle APTER

Professeur Vincent LAUDENBACH

Docteur Agathe RAYNAL

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020
U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : Professeur Benoît VEBER

ASSESEURS : Professeur Michel GUERBET
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I – MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHO	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique

Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Éric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (surnombre)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (détachement)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie

Mr Jean-Christophe RICHARD (détachement)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (disponibilité)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (surnombre)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas MOUREZ (détachement)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire

Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II – PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIE (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO-MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie

Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël DAOUPHARS

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
---------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel MOUHAJIR	Parasitologie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
-----------------	----------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES
--

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III - MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup HERMIL (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu SCHUERS (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS - MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel LEFEBVRE UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth MAUVIARD UFR Médecine Générale

Mr Philippe NGUYEN THANH UFR Médecine Générale

Mme Yveline SEVRIN UFR Médecine Générale

Mme Marie Thérèse THUEUX UFR Médecine Générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS - MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal BOULET UFR Médecine Générale

Mme Laëtitia BOURDON UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel HAZARD UFR Médecine Générale

Mme Lucile PELLERIN UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences	du	Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique		

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

SJ - Saint Julien Rouen

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations utilisées	17
Introduction	18
Première partie : Rappels terminologiques	19
I. L'anorexie mentale.....	19
A) Description clinique et critères diagnostiques.....	19
1. Description clinique	19
2. Critères diagnostiques et classifications.....	21
3. Dépistage clinique	22
B) Épidémiologie	23
1. Prévalence	23
2. Incidence	23
3. Évolution et pronostic	24
C) Étiopathogénie.....	24
1. Facteurs prédisposants.....	25
a) Individuels	25
b) Familiaux	26
c) Socio-culturels	26
2. Facteurs déclenchants.....	26
3. Facteurs pérennisant	27
II. La maternité.....	28
A) Une crise maturative.....	28
B) Remaniements psychologiques de la grossesse.....	28
1. Désir de grossesse, désir d'enfant	28
2. La gestation psychique : une temporalité trimestrielle.....	29
a) Le premier trimestre	29
b) Le deuxième trimestre	29
c) Le troisième trimestre	30
d) L'accouchement.....	30
3. L'enfant pensé	31
C) Alimentation pendant la grossesse	31
1. Modifications du comportement alimentaire	31

a)	Modifications qualitatives	31
b)	Modifications quantitatives	32
2.	Recommandations nutritionnelles pendant la grossesse	32
D)	Interactions précoces	33
Deuxième partie : Revue de la littérature		34
I.	Objectifs	34
II.	Méthode.....	34
III.	Résultats	35
A)	Données épidémiologiques	35
1.	Prévalence des troubles du comportement alimentaire en période périnatale....	35
2.	Évolution du trouble alimentaire au cours de la grossesse.....	37
B)	Un accès difficile à la maternité ?	38
1.	D'une hypofertilité	38
2.	Aux grossesses inopinées	39
C)	Risques obstétricaux et néonataux	39
1.	Complications obstétricales.....	40
a)	Grossesse	40
b)	Accouchement	41
c)	Suites de couches.....	42
2.	Complications néonatales.....	42
D)	Anorexie maternelle et post partum précoce.....	43
1.	Interactions précoces	43
a)	Distorsions de la sphère alimentaire	43
b)	Autres difficultés interactionnelles	44
2.	Troubles psychiques du post partum.....	45
Troisième partie : Discussion		47
I.	Résumé et analyse des principaux résultats	47
A)	Données épidémiologiques	47
1.	Prévalence des troubles du comportement alimentaire en période périnatale....	47
2.	Évolution du trouble alimentaire au cours de la grossesse.....	47
a)	Évolution favorable du trouble pendant la grossesse	48
b)	Évolution défavorable du trouble pendant la grossesse.....	49
B)	Troubles de la fertilité	50

C)	Complications obstétricales et néonatales	52
D)	Quelles difficultés en période post natale ?.....	53
1.	Des difficultés interactionnelles précoces	53
a)	Distorsions interactionnelles alimentaires	53
b)	Autres distorsions interactives.....	54
2.	Des troubles psychiques	55
II.	Propositions d'intervention	56
A)	Une action de dépistage.....	58
B)	Pour quelle prise en charge ?.....	61
Conclusion	.....	64
Annexe n°1	.....	65
Annexe n °2	.....	66
Annexe n°3	.....	67
Annexe n°4	.....	68
Bibliographie	.....	69
Résumé	.....	82

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

AM : Anorexie mentale
AMP : Aide Médicale à la Procréation
ATCD : Antécédent(s)
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIM : Classification Internationale des Maladies
CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes
CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes
DPP : Dépression du Post Partum
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux
EAT : Eating Attitude Test
EDE : Eating Disorder Examination
EPP : Entretien Prénatal Précoce
GH : Groupe Hospitalier
HAS : Haute Autorité de Santé
IMC : Indice de Masse Corporelle
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin
SCOFF : Sick, Control, One stone, Fat, Food
TCA : Troubles du Comportement Alimentaire
VAD : Visites à Domicile

INTRODUCTION

Ma toute première rencontre avec la psychiatrie s'est établie par le prisme de l'anorexie, lors d'un stage d'externat dans un service de nutrition. C'est ensuite dans le service de psychopathologie de l'adolescent du Pr. Gérardin, que j'ai découvert avec un certain attrait l'énigme du refus alimentaire, la violente réalité de la clinique anorexique et sa prise en charge scabreuse. Ce sont ces stages qui ont nourri mon envie de faire de la psychiatrie.

Plus tard, lors de mon premier semestre d'internat de psychiatrie au sein du Groupe Hospitalier (GH) du Havre, dans le service de psychiatrie périnatale « P'tit Hans », j'ai de nouveau été confrontée à l'anorexie mais cette fois-ci transposée à l'âge adulte. Mme P. était adressée par son psychiatre traitant pour évaluer la nécessité d'une hospitalisation en service de psychiatrie adulte. La jeune femme, dont le parcours était marqué par de longues années d'anorexie mentale, était enceinte de 7 mois. Elle avait confié à son psychiatre l'impression d'étrangeté qu'elle ressentait vis-à-vis de l'enfant qu'elle portait en elle. De mon côté, je m'étonnais de cette grossesse que j'imaginai peu probable, si ce n'est impossible du fait du trouble alimentaire. Le vécu si difficile de cette grossesse et la relation ambivalente entretenue avec ce bébé à naître m'avait vraiment intriguée : « Qu'en est-il de la maternité des femmes anorexiques ? Une anorexie mentale maternelle prédit-elle systématiquement un accès difficile à la maternité et une grossesse à risque ? Existe-t-il des spécificités propres aux interactions précoces de la dyade dans ces situations ? ». En quoi l'anorexie mentale maternelle affecte-t-elle la maternité (fertilité, grossesse, relation à l'enfant) ?

Ce sont ces questions, à l'origine de ce travail de thèse, auxquelles nous tenteront de répondre. Après avoir développé quelques rappels terminologiques concernant l'anorexie mentale et mis en lumière les processus psychiques qui s'élaborent au cours de la grossesse, nous nous attacherons à étudier les particularités décrites dans la littérature de la maternité des femmes anorexiques, de la pré conception au post partum. Nous commenterons ces données et essaierons d'en analyser les retombées cliniques : en quoi nous orientent-elles dans la prise en charge des intéressées ? Pour cela, nous nous appuierons sur les données de la littérature scientifique qui je l'escompte, me permettront d'en tirer des éclairages de propositions et axes de prise en charge.

PREMIÈRE PARTIE : RAPPELS TERMINOLOGIQUES

I. L'ANOREXIE MENTALE

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont des affections fréquentes représentant un enjeu majeur de santé publique dans la plupart des pays occidentaux [168]. Le DSM-5 [5] identifie trois entités principales de TCA : l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique. Les troubles alimentaires non spécifiés, ainsi que des formes sub-syndromiques et mixtes sont également décrits.

A) Description clinique et critères diagnostiques

L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire souvent considéré comme actuel, en lien étroit avec le contexte socio-culturel. Pour autant, les premières descriptions de restrictions alimentaires datent du Moyen-Âge et sont désignées sous le terme d'« Anorexie Sainte ». Sainte Catherine de Sienne (1347-1380), dont le régime alimentaire se composait d'eau, d'herbes crues et de pain en est un exemple connu [144]. Un peu plus tard, dans son « Traité des consommations », Richard Morton fait la description clinique d'un cas d'anorexie comparable au trouble actuel, sous le terme de « *pthisie nerveuse* ». C'est avec Charles Lasègue en France en 1873 et William Gull en Angleterre en 1874 que l'anorexie mentale, définie par la triade symptomatique « des trois A » entre dans le champ de la psychiatrie.

1. Description clinique

Porter le diagnostic d'anorexie mentale est avant tout clinique, bien que l'on puisse s'appuyer sur des mesures anthropométriques afin d'étayer ce diagnostic. Il repose classiquement¹ sur la triade symptomatique des « 3A » : Anorexie, Amaigrissement, Aménorrhée [97].

La conduite anorexique est définie comme étant un refus actif, à la fois quantitatif et qualitatif de s'alimenter. Le sujet lutte contre la faim, et ce n'est que dans un second temps que l'on observe une véritable anorexie, c'est-à-dire une perte d'appétit.

¹ Nous verrons que la cinquième version du DSM a récemment retiré le critère diagnostique « aménorrhée ».

L'amaigrissement, secondaire à cette privation de nourriture, dépasse généralement 10% du poids initial, parfois 30% à 50% [42]. Les critères de poids et d'IMC ont été supprimés dans la dernière version du DSM au profit de la notion de « *poids corporel significativement bas en fonction de l'âge, du sexe, de la trajectoire développementale ainsi que de la santé physique* ». Les signes physiques de cette dénutrition sont multiples : morphologiques (fonte grasseuse et musculaire), dermatologiques (lanugo, hypertrichose, fragilisation des phanères), cardiovasculaires (bradycardie, hypotension, pâleur, froideur des extrémités, acrocyanose, marbrures, œdèmes de carence), digestives (constipation) et centrales (hypothermie).

L'aménorrhée est définie comme « *l'absence d'écoulement menstruel chez une femme en âge d'être réglée* » [181]. On la qualifie de primaire si la jeune fille n'a jamais eu ses règles, et de secondaire si elle survient chez une femme antérieurement réglée. Elle précède l'amaigrissement dans un tiers des cas et peut persister malgré un retour à l'équilibre pondéral [42]. L'aménorrhée a disparu des classifications récentes [5], puisque invalidant l'anorexie chez les hommes et les femmes prépubères, ménopausées ou sous contraceptif hormonal.

D'autres signes évocateurs doivent attirer l'attention du clinicien (figure 1). Il s'agit notamment de préoccupations centrées sur la nourriture (intérêt exagéré pour la cuisine et la nutrition, évictions et rituels alimentaires) et un contrôle strict du poids. Des conduites de purge peuvent être mises en place, par vomissements provoqués et/ou utilisation de laxatifs et de diurétiques. Une potomanie et un mérycisme sont également à rechercher. Les patients avec anorexie présentent une altération de la perception de l'image de leur corps (dysmorphophobie), les poussant parfois à avoir des conduites d'hyperactivité physique. La vie relationnelle de ces patients est bien souvent qualifiée de pauvre, contrebalançant avec un hyper investissement intellectuel (scolaire ou professionnel).

Signes évocateurs d'une anorexie mentale

Chez l'enfant (en l'absence de critères spécifiques et dès l'âge de 8 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • Ralentissement de la croissance staturale • Changement de couloir, vers le bas, lors du suivi de la courbe de corpulence (courbe de l'indice de masse corporelle) • Nausées ou douleurs abdominales répétées
Chez l'adolescent (outre les changements de couloir sur la courbe de croissance staturale ou la courbe de corpulence)	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescent amené par ses parents pour un problème de poids, d'alimentation ou d'anorexie • Adolescent ayant un retard pubertaire • Adolescente ayant une aménorrhée (primaire ou secondaire) ou des cycles irréguliers (spanioménorrhée) plus de 2 ans après ses premières règles • Hyperactivité physique • Hyperinvestissement intellectuel
Chez l'adulte	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids > 15 % • IMC < 18,5 kg/m² • Refus de prendre du poids malgré un IMC faible • Femme ayant une aménorrhée secondaire • Homme ayant une baisse marquée de la libido et de l'érection • Hyperactivité physique • Hyperinvestissement intellectuel • Infertilité

Figure 1 : Signes évocateurs d'une anorexie mentale, HAS, Juin 2010

Sur le plan biologique, on peut observer des troubles métaboliques (hypoglycémie, hyponatrémie, une hypokaliémie, une anémie hypochrome avec leuco-neutropénie et thrombopénie) et hormonaux (dysthyroïdie, hypo-œstrogénie).

Enfin, les comorbidités psychiatriques sont fréquentes, en particulier les troubles dépressifs et anxieux [67] et les abus de substances [146]. Le déni fréquent des troubles, quasi systématique à la phase aigüe, retarde bien souvent le diagnostic et l'accès aux soins [77].

2. Critères diagnostiques et classifications

Deux classifications sont actuellement retenues : le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* dans sa cinquième version, de l'American Psychiatric Association (APA) [5] et la dixième version de la *Classification Internationale des Maladies* (CIM10) [173] (figures 2 et 3).

Si le DSM a répertorié l'anorexie mentale dès les années 1980, les critères diagnostiques ont évolué au fil du temps. Le DSM-5 a vu disparaître le critère aménorrhée et l'amaigrissement n'est plus quantifié mais apprécié selon l'âge et la taille.

- A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins, conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe et du stade de développement et de la santé physique (...).
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
- C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

Spécifier le type :

Type restrictif : Pendant les trois derniers mois, la personne n'a pas présenté d'accès récurrents d'hyperphagie (crises de glotonnerie) ni recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements). Ce sous type décrit des situations où la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.

Type accès hyperphagiques/purgatif : Pendant les trois derniers mois, la personne n'a pas présenté des accès récurrents de glotonnerie et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements).

Figure 2 : Critères diagnostiques de l'Anorexie Mentale selon le DSM-5

- A. Poids corporel inférieur à la normale de 15 % (perte de poids ou poids normal jamais atteint) ou index de masse corporelle de Quetelet inférieur ou égal à 17,5). Chez les patients prépubères, prise de poids inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance.
- B. La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des « aliments qui font grossir », fréquemment associé à au moins une des manifestations suivantes: des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de « coupe-faim » ou de diurétiques.
- C. Une psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : la peur de grossir. Le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser.
- D. Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophysogonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent dans un but contraceptif), perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme. Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormone de croissance ou de cortisol, de modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalies de la sécrétion d'insuline.
- E. Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (arrêt de la croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.

Figure 3 : Critères diagnostiques de l'Anorexie Mentale selon la CIM10

3. Dépistage clinique

En juin 2010, la Haute Autorité de Santé a publié des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de l'anorexie mentale [77]. Elle propose en ce sens un repérage ciblé des troubles du comportement alimentaire, en cas de point d'appel clinique et/ou dans les populations dites « à risque ». Cela concerne les adolescents ou jeunes adultes, les personnes exerçant une profession en lien avec l'aspect corporel ou encore celles souffrant de maladies chroniques nécessitant un régime alimentaire strict. Il est préconisé le suivi des paramètres anthropométriques, la recherche de signes évocateurs d'une anorexie mentale (figure 1), et l'utilisation du questionnaire SCOFF-F (annexe 1).

Morgan et al. (1999) ont développé le questionnaire SCOFF (*Sick, Control, One stone, Fat, Food*), outil fiable, simple et rapide de dépistage des TCA [127]. Il a été validé en français au sein d'une population d'étudiants à Rouen [60] et est composé de cinq questions à interrogation totale. Une réponse positive à deux critères ou plus est fortement prédictive d'un TCA. Malgré des caractéristiques métrologiques satisfaisantes (sensibilité à 94,6% et spécificité à 94,8% dans une population étudiante composée de femmes âgées de 18 à 30 ans), une confirmation diagnostique reste nécessaire.

D'autres questionnaires de dépistage des TCA existent sous la forme d'auto-questionnaires, d'interviews standardisées et d'échelles d'observation directe [35].

B) Épidémiologie

Le recueil de données épidémiologiques fiables concernant l'anorexie mentale reste délicat, du fait de l'existence de classifications différentes et de leurs révisions régulières d'une part, des populations étudiées (origine, classes d'âge sélectionnées) et de la diversité des outils diagnostiques utilisés d'autre part [147]. Aussi, le déni fréquent des troubles rend l'obtention de ces données difficile.

1. Prévalence

Une revue de la littérature publiée en 2006 rapportait une prévalence de l'anorexie mentale comprise entre 0 et 0,9% dans une population dont l'âge variait de 11 à 35 ans selon les critères du DSM-IV [80]. L'étude de Micali et al. (2017) menée au Royaume-Uni trouvait une prévalence vie entière de l'anorexie mentale de 3,6% [113]. Selon Hammerle (2016), il existerait 10,9% de formes partielles d'anorexie mentale dans une population d'adolescents âgés de 13 ans [75].

En France, la principale source de données prend appui sur *l'Enquête sur la santé et les consommations* (ESCAPAD), réalisée dans le cadre des journées d'appel et de préparation à la défense. Dans cet échantillon d'adolescents français, 1,2% étaient concernés par une anorexie mentale. Une étude menée par une équipe Haut-Normande l'évaluait entre 1 et 2% [72].

Ainsi, en croisant ces différents résultats de la littérature, on estime qu'en population générale, 0,9 à 3,6 % des femmes souffrent d'anorexie mentale, et que les formes sub-syndromiques seraient deux à trois fois plus fréquentes.

2. Incidence

Après une augmentation initiale de l'incidence de l'anorexie mentale dans les années d'après-guerre, celle-ci semble stable depuis les années 1970 [80]. Selon Hoek et Van Hoeken (2003) [81], l'incidence varierait de 0,1 à 12 pour 100 000 habitants par an. Une étude plus

récente a montré que l'incidence de l'anorexie mentale chez les femmes âgées de 15 à 19 ans était bien plus élevée, avec une estimation de 270 pour 100 000 personnes par an [88].

En Europe, l'incidence de l'anorexie mentale en médecine générale était de 7,5 nouveaux cas pour 100 000 patients par an [154].

3. Évolution et pronostic

L'anorexie mentale se manifeste bien souvent à l'adolescence, avec deux pics de fréquence à 14 et 18 ans [86]. Les formes pré pubères et « tardives » (après 25 ans) sont plus rares. Ce trouble concerne majoritairement le sexe féminin, et le ratio communément décrit est d'un homme pour dix femmes [80].

On estime aujourd'hui qu'en moyenne près de 50% des personnes soignées pour anorexie mentale sont guéries², 30% s'améliorent et 20% se chronicisent [158] et ce malgré une prise en charge adaptée. La pathologie anorexique engendre un surrisque de morbidités somatique et psychiatrique et de mortalité. Dans une méta-analyse de 35 études, publiée en 2011, le taux de mortalité était estimé à 5,1 décès (IC 95% : 3,99-6,14) pour 1000 personnes-année dont une par suicide [10]. Cela en fait une des pathologies psychiatriques les plus mortelles.

Même si les résultats des différentes études ne sont pas consensuels, on identifie plusieurs facteurs pronostics d'évolution défavorable : un début pré pubertaire ou au contraire retardé, des symptômes initiaux sévères, un délai de prise en charge tardif et enfin des comorbidités psychiatriques lourdes.

C) Étiopathogénie

Si différentes théories causales ont été développées, aucun modèle ne prétend rendre compte avec exhaustivité de l'intégralité des facteurs à l'origine de ce trouble. C'est à ce jour l'hypothèse multifactorielle de l'anorexie mentale qui semble la plus couramment retenue [77].

L'anorexie mentale se développerait chez des sujets ayant des facteurs prédisposants, à la faveur de facteurs déclenchants, entretenus par des facteurs pérennisant (figure 4). Ce « modèle intégratif », initialement développé par Gardner en 1993 s'est vu progressivement enrichir.

² Les critères de guérison proposés par Jeammet en 1991 rassemblent à la fois la disparition complète des symptômes anorexiques depuis deux ans a minima, l'accès à l'autonomie et à de nouveaux liens affectifs, ainsi que l'acquisition d'une capacité d'insight.

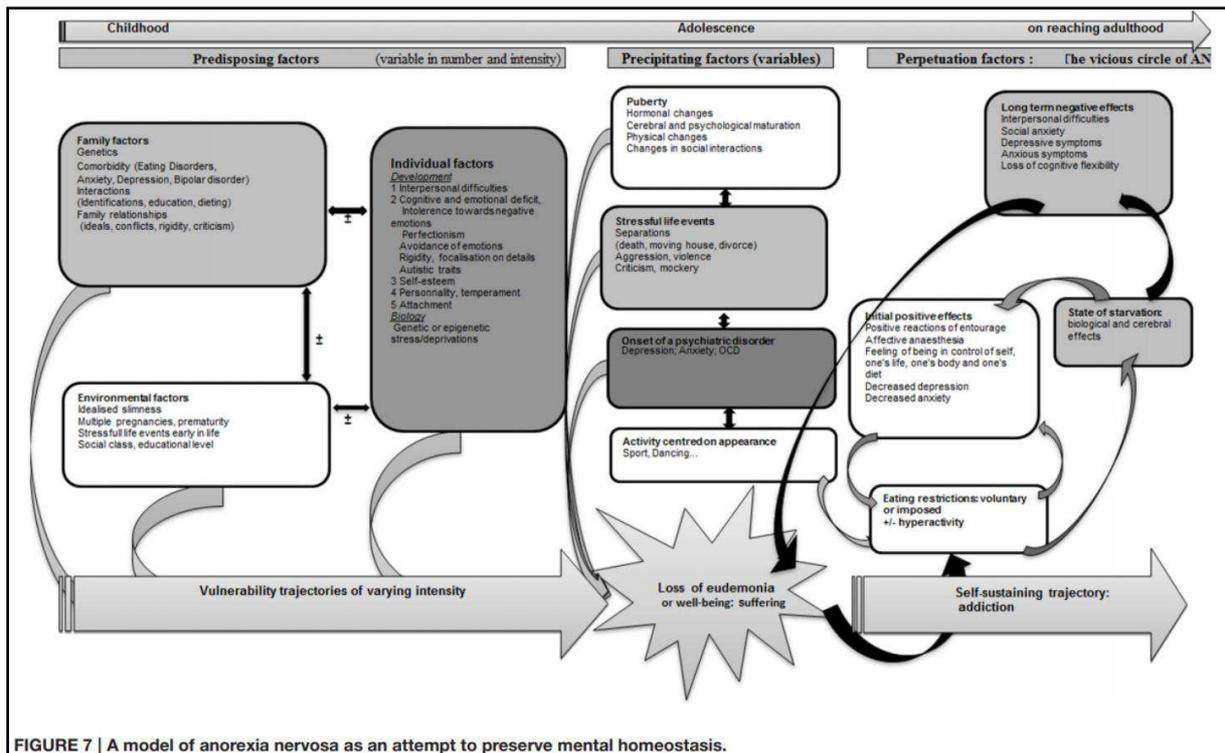


FIGURE 7 | A model of anorexia nervosa as an attempt to preserve mental homeostasis.

Figure 4 : A model of anorexia nervosa as an attempt to preserve mental homeostasis [70]

1. Facteurs prédisposants

a) Individuels

Vulnérabilité génétique

Le principal facteur de risque génétique impliqué dans le développement de ce trouble alimentaire est le sexe féminin [40,168].

La fréquence augmentée de la maladie chez les apparentés de patients semble confirmer l'hypothèse d'une agrégation familiale [160] : un sujet ayant un apparenté du premier degré souffrant d'anorexie mentale aurait ainsi dix fois plus de risque de d'avoir ce même trouble [142]. De même, on a identifié un risque 3 à 5 fois plus élevé de présenter une anorexie mentale si un des jumeaux est atteint d'une anorexie mentale chez les jumeaux monozygotes versus dizygotes [82].

Plusieurs gènes semblent aujourd'hui impliqués dans la genèse de l'anorexie mentale [12]. Parmi eux, figure le système de neurotransmetteurs sérotoninergiques (5HT), qui contribue à la modulation de l'appétit, des sentiments, de l'humeur et du contrôle des impulsions. Il semblerait en effet que les gènes récepteurs et transporteurs de la sérotonine puissent jouer un rôle dans les troubles de l'alimentation [134], en particulier HTR2A et 5HTT [100]. Ces résultats n'ont cependant pas été reproduits par les méthodes génomiques plus récentes.

Un terrain « génético-biologique » favoriserait donc le développement d'une anorexie mentale, en association à d'autres facteurs que nous développerons ci-après.

Facteurs périnataux

Une grossesse compliquée, une prématurité ou encore une séparation mère-bébé précoce sont autant de facteurs de risque pour l'enfant de développer un attachement insécure [164]. Or, il est admis qu'un attachement sécure garantit une meilleure adaptabilité de l'individu lorsque celui-ci est exposé à une situation de stress telle que la puberté, les séparations, les deuils, eux-mêmes potentiels facteurs précipitants de la pathologie anorexique [149].

Facteurs psychologiques et cognitifs

Les individus souffrant de troubles anxio-dépressifs [69] ou ayant des traits de personnalité perfectionniste ou obsessionnels seraient également plus à risque de développer un trouble du comportement alimentaire [168].

b) Familiaux

Outre l'héritabilité génétique décrite précédemment, les préoccupations parentales centrées sur l'alimentation ou le poids dans la petite enfance du sujet, ou encore un antécédent de TCA chez les apparentés de premier degré seraient des facteurs de risque de développer un TCA [137].

c) Socio-culturels

Les idéaux de minceur [61] prônés par la société occidentale actuelle, la banalisation des régimes amincissants, les modifications des régimes alimentaires sont autant de facteurs favorisant le développement de TCA.

2. Facteurs déclenchants

Les modifications hormonales (sécrétion croissante d'œstrogènes), physiques (apparition des caractères sexuels secondaires et augmentation de la proportion de graisse chez la jeune fille) et psychiques (processus de séparation-individuation, conflit autonomie-dépendance) qui accompagnent la puberté pourraient précipiter l'entrée dans la maladie anorexie.

Dans plus de la moitié des cas [150] un événement de vie stressant [41] a eu lieu l'année précédant le diagnostic d'AM, qu'il s'agisse d'une séparation (départ d'un membre de la famille, décès), d'un déménagement, ou encore d'une agression, notamment sexuelle [65].

D'autres éléments ont été identifiés comme mode d'entrée favorisant l'anorexie : une activité centrée sur l'apparence (mannequinat, sportif professionnel), un régime (risque multiplié par 5 à 18) [136].

3. Facteurs pérennisant

L'association de facteurs socio-culturels et les conséquences physiologiques de la dénutrition participent à la chronicisation du trouble alimentaire. Les remarques bien souvent positives de l'entourage concernant l'amaigrissement initial et le sentiment de maîtrise de soi poussent l'individu à la poursuite des comportements de restriction. La dénutrition secondaire entraîne une perturbation de l'axe corticotrope [102] à l'origine d'une anorexie. Les conséquences physiologiques délétères s'accompagnent peu à peu de difficultés psychiques (anxiété, dépression) et interpersonnelles [169]. La souffrance générée favorise la perpétuation des comportements pathologiques.

Dans ce modèle, l'anorexie mentale est considérée comme un comportement addictif où l'objet de dépendance est le contrôle exercé sur sa faim.

En parallèle, les systémiciens proposent l'hypothèse du symptôme anorexique comme maintien d'un équilibre (« homéostasie familiale » [122]), dans un système familial où l'autonomisation serait impossible car elle révélerait des difficultés antérieures.

II. LA MATERNITÉ

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, la *maternité* désigne en premier lieu le fait d'être mère, ainsi que « *les droits, devoirs, sentiments et attitudes liés à cette fonction* ». Elle désigne donc non seulement la « *fonction génératrice* » propre à la femme (grossesse, accouchement), mais également « *les rapports d'amour et de tendresse entre une mère et son ou ses enfants* ». [183]

A) Une crise maturative

Racamier (1961) [143] emploie le terme de maternalité pour décrire « *l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité* ».

A l'instar de l'adolescence, la grossesse marque une période de véritable « *crise maturative* », faisant intervenir de profonds remaniements tant biologiques que psychologiques, qui contribuent à un réaménagement identitaire. En poursuivant ce même parallèle, nous pourrions paraphraser³ Gutton [73] : « *La maternalité est à la psyché, ce que la maternité est au corps* ».

Comme toute crise identitaire, ces bouleversements peuvent être à l'origine d'une désorganisation affective et relationnelle, réactiver à cette occasion des problématiques anciennes ou réveiller des vulnérabilités individuelles.

B) Remaniements psychologiques de la grossesse

1. Désir de grossesse, désir d'enfant

Le désir de grossesse peut apparaître à l'adolescence [107]. Il est à distinguer du désir d'enfant en ce sens qu'il renvoie non pas à l'envie d'avoir un enfant mais plutôt au fantasme d'identité sexuée féminine. Il permet de vérifier le bon fonctionnement de son système reproductif [29], mis en doute par la contraception. Pour Mouras (2003) « *un certain nombre de femmes expriment en fait le désir de grossesse pour l'impression de complétude qu'elle procure, pour prouver à soi, et quelques fois aux autres, qu'elles sont capables de procréer mais elles ne sont pas pour autant prêtes à accorder au bébé le statut de sujet désirant, prêtes à la concevoir dans son altérité* » [59] Ces femmes, par la grossesse, viseraient à affirmer leur identité féminine, à accéder à une forme d'accomplissement, sans réel désir de maternité. Une

³ « *Le pubertaire est à la psyché, ce que la puberté est au corps.* » (.ibid)

grossesse sans désir d'enfant peut parfois être qualifiée de « grossesse phallique » [125], en ce qu'elle vient momentanément compenser un manque, combler une faille ou répondre à une angoisse.

Le désir d'enfant, lui, s'inscrit dans un registre tantôt œdipien, par l'identification qui lie une petite fille à sa mère [28], tantôt narcissique [29]. Un désir d'enfant subjectivé se manifeste par une démarche consciente, réfléchie, voire programmée et conforme aux idéaux personnels, familiaux et sociaux. Il est matérialisé chez la femme par l'arrêt de la contraception.

2. La gestation psychique : une temporalité trimestrielle

a) Le premier trimestre

Outre le fait que l'état de grossesse vienne confirmer les capacités reproductives de la femme, le choc de la révélation de la grossesse peut être accompagnée d'affects positifs et/ou négatifs. En effet, il arrive régulièrement que le premier trimestre soit marqué par des sentiments et idéations ambivalents à l'égard de la maternité. Les premiers éprouvés peuvent laisser place au scepticisme lorsqu'émerge un questionnement vis-à-vis de la temporalité de cette grossesse et de sa capacité à la mener à terme. L'embryon, à ce stade, a encore un statut précaire : il est possible pour la femme de mettre un terme à la grossesse. Dans le même temps, le risque de fausse couche est possiblement générateur d'anxiété.

Cette ambivalence parfois à l'origine d'une certaine culpabilité permet cependant à la femme enceinte de rester en lien avec la réalité de la grossesse. Une consultation spécialisée sera conseillée s'il en découle une souffrance de la future mère.

Dès les premières semaines est ressentie une fatigue inaccoutumée, et les nausées sont fréquentes. Les modifications corporelles encore timides commencent à être perçues. L'échographie dévoile à la mère la présence du fœtus, mais c'est par la déclaration de grossesse que l'intime devient socialement reconnu.

b) Le deuxième trimestre

Le deuxième trimestre est une période de changements corporels majeurs et rapides, comparables à ceux sont observés lors de la puberté. Le corps s'arrondit, passivement et hors du contrôle. La mère va progressivement investir le fœtus, en partie avec la perception des premiers mouvements fœtaux et l'échographie (à 12 semaines d'aménorrhée). Les femmes prennent petit à petit conscience de la présence d'un être différencié à l'intérieur d'elles-mêmes, et l'enfant imaginaire prend alors forme. La femme initie la construction de l'image de son enfant en lui attribuant des caractéristiques héritées de membres de la famille [6].

Apparaît également le mouvement de « *transparence psychique* », défini par Bydlowski comme un fonctionnement psychique maternel particulier, caractérisé par une grande perméabilité aux représentations inconscientes. Ce qui est habituellement censuré affleure la conscience, ce qui est habituellement tu est énoncé avec une certaine facilité. C'est pour cet

auteur le moment opportun pour créer une « *alliance thérapeutique entre le thérapeute et le narcissisme maternel* » [29].

Au-delà de ces transformations physiques, cette période est aussi marquée par de profonds changements psychiques, dont l'un est le changement de statut, de génération [30]. La jeune femme doit alors trouver un équilibre dans le passage de « fille de » à « mère de ».

c) Le troisième trimestre

Au troisième trimestre de grossesse, l'ampleur des modifications corporelles peut susciter un sentiment de « dépossession », notamment pour les femmes dont « *l'image du moi corporel comporte des failles et des discontinuités* » [4]. La perception plus marquée des mouvements fœtaux et les contractions utérines de plus en plus fréquentes participent à la préparation de la future mère à l'accouchement et à la naissance, qui marque la séparation physique et psychique de la mère et du bébé.

Winnicott appelle « *préoccupation maternelle primaire* » l'état d'hypersensibilité de la mère à son bébé, qui se développerait graduellement au cours de la grossesse, pour atteindre son apogée en fin de grossesse. Cette disposition particulière se poursuivrait en post partum, afin de garantir une disponibilité totale pour répondre au plus près aux besoins de son enfant [176]. Cette phase transitoire s'achèvera par l'autonomisation progressive du bébé, permise par la mère. Lorsque ce processus ne peut se mettre en place, le nursing⁴ est opératoire, mécanique.

d) L'accouchement

L'accouchement, au-delà de l'enfantement, est l'acte par lequel la femme accède au statut de mère. Il survient de façon inattendue et l'absence de contrôle des femmes sur son issue peut être anxiogène. La rencontre avec l'enfant est à la fois attendue et redoutée.

D'après Spiess (2002) [155], la grossesse est marquée par trois moments clés :

- L'état d'être enceinte dans les premières semaines de grossesse, période d'ambivalence
- Un temps de construction de l'image de l'enfant attendu
- L'accouchement, le « donner naissance », avec l'individualisation du fœtus

⁴ Par « nursing », nous entendons les soins prodigués au bébé dans leur globalité, et incluons les notions de *holding*, *handling* et *object presenting*, développés par Winnicott. Le *holding*, c'est la façon dont la mère tient son bébé, le *handling* est manière dont le nourrisson est manipulé et fait l'objet de soins. Enfin, l'*object presenting* est la façon dont la mère présente le monde extérieur à son enfant.

3. L'enfant pensé

L'investissement inconscient de l'enfant est essentiel pour son développement : « *avant d'être sujet pour lui-même, il doit avoir été sujet -ou pour le moins sujet potentiel- pour l'autre* » (Roussillon, 1999) [123]. Les représentations maternelles s'élaborent et évoluent au cours de la grossesse et jusqu'à la rencontre avec l'enfant « réel » [98] sous quatre formes [99] :

- *L'enfant imaginaire* est le fruit du désir de grossesse. Il est celui qui porte l'héritage familial et va participer à l'élaboration du mécanisme de parentalisation.
- *L'enfant fantasmatique* est issu des conflits et fantasmes infantiles inconscients maternels.
- *L'enfant mythique*, ou *culturel*, représente les idéaux culturels, sociétaux et familiaux.
- *L'enfant narcissique*, issu du propre narcissisme maternel. Il est l'enfant qui peut tout satisfaire, gardien des espoirs parentaux.

Ces étapes ont une valeur organisatrice pour la dyade mère-bébé, la période de gestation préparant la relation à l'enfant.

C) Alimentation pendant la grossesse

Les « 1000 premiers jours » après la conception d'un enfant sont un temps essentiel et sensible pouvant influencer sur la santé de l'enfant à naître [89]. Un mode de vie sain avec une alimentation équilibrée et de l'exercice physique régulier participe à la prévention de complications pendant la grossesse et au maintien de la santé de la mère et de son enfant.

1. Modifications du comportement alimentaire

Durant la grossesse, on observe fréquemment des modifications du comportement alimentaire, questionnant les limites entre le normal et le pathologique.

a) Modifications qualitatives

Historiquement sont regroupés sous le terme « *d'envies* » les besoins irrépressibles de consommer un aliment « enfantin » (produits sucrés par exemple) et les comportements pathologiques comme le pica. Les « envies » sont fréquentes pendant la grossesse puisqu'on estime que 50 à 90% des femmes ont présenté, à un moment de leur grossesse un besoin irrépressible de consommer des produits sucrés [19]. Ces comportements se retrouvent principalement lors du second trimestre et semblent s'atténuer jusqu'à disparaître en post partum. Concomitamment peuvent s'installer des aversions pour certains aliments, prenant parfois l'allure d'attitudes phobiques

La littérature scientifique met en évidence une fréquence élevée de pica, en particulier dans les populations moins privilégiées, puisque associée à des pratiques religieuses et/ou culturelles, ou encore du fait de la famine. En Afrique, elle oscillerait entre 50% et 84% [131]. Elle demeure exceptionnelle dans les pays industrialisés ; une étude de cohorte danoise menée auprès de 100 000 femmes enceintes évaluait à 0,02% la prévalence de consommations « non alimentaires » [121].

b) Modifications quantitatives

Une variation quantitative de l'appétit est observée au cours de la grossesse, sans qu'elle ne soit forcément pathologique, bien que témoignant parfois d'une réponse à l'anxiété. Ces conduites peuvent être associées aux nausées et/ou vomissements, ou témoigner d'un trouble alimentaire.

2. Recommandations nutritionnelles pendant la grossesse

Les recommandations nutritionnelles pendant la grossesse diffèrent peu de celles en population adulte [182]. La HAS préconise cependant quelques adaptations afin de prévenir des carences notamment vitaminiques (supplémentation en acide folique recommandée avant même la conception). L'éviction de certains aliments apparaît également nécessaire pour limiter les infections alimentaires (toxoplasmose, listériose, ...).

Bien qu'aucun effet fœto-toxique n'ait été identifié (dans les limites d'une consommation raisonnable), il est conseillé aux femmes enceintes et/ou allaitantes de limiter leur consommation de café (maximum trois tasses de café léger par jour). Enfin, certains comportements sont à proscrire (alcool, stupéfiants).

La prise pondérale idéale pendant la grossesse s'estime selon l'indice de masse corporelle (IMC) pré-conceptionnel et doit être inversement proportionnelle à l'IMC avant grossesse [140]:

IMC (kg/m ²) avant grossesse	Prise pondérale conseillée
IMC < 19,8	Entre 12,5 et 18kg
19,8 ≤ IMC < 26	Entre 11,5 et 16 kg
26 ≤ IMC < 29	Entre 7 et 11,5kg
IMC ≥ 29	Entre 6 et 10kg

Tableau 1 : Prise pondérale recommandée au cours de la grossesse en fonction de l'IMC maternel [140].

Le suivi pondéral mensuel au cours de la grossesse permet d'anticiper d'éventuelles complications obstétricales, fœtales et/ou maternelles, secondaire à une prise excessive ou insuffisante de poids.

D) Interactions précoces

Une interaction est définie comme la « *réaction réciproque de deux phénomènes qui évoluent dans un même système* » [18]. Longtemps considéré comme un être passif, il est désormais acté que le bébé est un être social, acteur des relations avec son environnement [109]. On appelle interactions précoces parent-enfant la relation réciproque et dynamique qui s'exerce entre le parent et son enfant.

Trois grands types d'interactions sont classiquement décrits : comportementales, affectives et fantasmatiques. Chacune caractérisée par l'agencement de la mère et du bébé l'un par rapport à l'autre.

Les interactions comportementales sont observables dans trois registres principaux : le registre corporel, le registre visuel et le registre vocal.

Les interactions *corporelles* concernent la façon dont le bébé est tenu, porté. Winnicott parle de holding physique et psychique. C'est un « dialogue tonique » (Ajuriaguerra, 1970) « avec des ajustements corporels entre la mère et le bébé, qui caractérisent une interaction de qualité ».

Le *regard* est un mode privilégié de communication du bébé, qui peut initier ou interrompre les échanges à sa guise. Il permet bien souvent l'émergence du sentiment de maternalité chez la mère, comme en témoigne Lebovici et al (1983) « les mères confessent avoir eu le sentiment d'être mère le jour où elles et leur bébé se sont regardés mutuellement dans les yeux ».

Les interactions *vocales*, médiées par les cris et pleurs du nourrisson, sont un élément clé du processus d'attachement. C'est un moyen efficace de solliciter, engager ou conclure l'interaction. En fonction de sa propre histoire, la mère attribue aux cris du bébé une signification particulière (colère, douleur, faim, fatigue) et y répond en conséquence.

Les interactions affectives concernent la vie émotionnelle des partenaires. Stern emploie le terme d'« *accordage affectif* ».

Les interactions fantasmatiques tiennent compte de l'influence réciproque de la vie psychique entre le parent et l'enfant.

Une interaction mère-bébé de qualité doit être mutuelle, synchrone et réciproque, ce qui suppose des ajustements permanents. Elle nécessite donc une disponibilité affective de l'adulte, une souplesse dans ses réponses, mais également une stabilité, une continuité et une cohérence dans le temps.

DEUXIÈME PARTIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE

I. OBJECTIFS

L'objectif principal de ce travail est de présenter une revue de la littérature internationale étudiant la relation entre un trouble du comportement alimentaire maternel de type anorexie mentale sur la maternité, l'accès à la grossesse et l'exercice de la parentalité.

II. MÉTHODE

Nous avons réalisé une revue de la littérature internationale en utilisant quatre bases de données : PubMed, Science Direct, Psycinfo et Cairn.

Plusieurs recherches itératives sont réalisées avec les termes suivants : « *anorexia nervosa* », « *eating disorder* », « *disordered eating* » AND/OR « *reproductive behaviour* », « *fertility* », « *pregnancy* », « *motherhood* », « *parenthood* », « *parenting* », « *breastfeeding* », « *infant care* ».

Le recueil de données a été réalisé entre septembre 2019 et mai 2020.

Les critères d'inclusion des articles dans notre revue étaient :

- Langue anglaise et/ou française
- Articles publiés entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 mai 2020
- Les études traitant des données épidémiologiques des troubles du comportement alimentaire, en particulier l'anorexie mentale, en période périnatale
- Les études portant sur les conséquences d'un trouble du comportement alimentaire de type anorexie mentale sur l'accès à la grossesse et le déroulement de celle-ci
- Les études concernant les conséquences d'une anorexie mentale maternelle sur les interactions précoces

Les critères d'exclusion des articles étaient :

- Les articles publiés avant 2000, en langue autre que anglaise ou française
- Les études animales
- Les articles étudiant les conséquences d'une anorexie mentale maternelle sur le développement de l'enfant après 1an
- Les articles théoriques ou non publiés dans un journal à comité de lecture

Les articles ont été sélectionnés à plusieurs niveaux : tout d'abord après lecture du titre de l'article, puis du résumé et enfin après lecture intégrale des textes.

Sur un nombre initial de 1422 articles, 58 ont été éliminés après suppression des doublons. Sur les 1364 articles restants, 1118 ont été retirés de la sélection après lecture du titre car ils ne correspondaient pas à notre sujet d'étude.

Sur les 246 articles sélectionnés, 80 ont été retenus pour lecture du résumé. Après lecture du texte intégral, 16 articles ont de nouveau été exclus de notre revue et 5 articles n'ont pas été trouvés en intégralité. Ce sont donc 59 articles qui ont été sélectionnés au total.

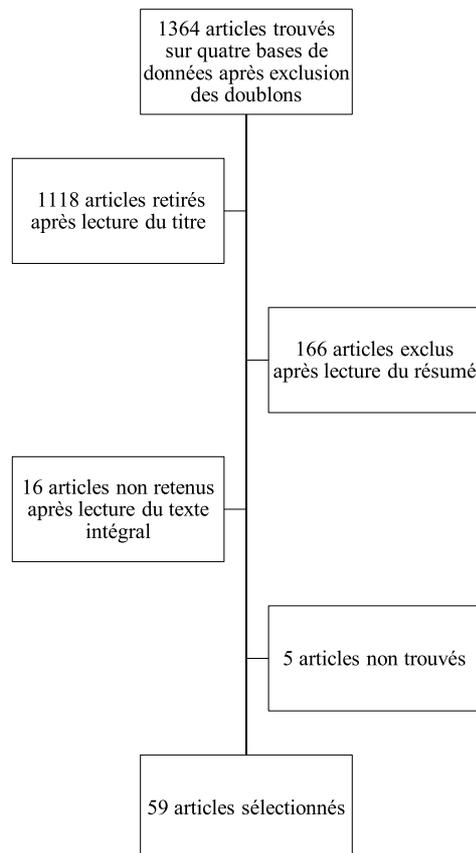


Figure 5 : Organigramme de la revue de littérature

III. RÉSULTATS

A) Données épidémiologiques

1. Prévalence des troubles du comportement alimentaire en période périnatale

Comme nous avons pu l'évoquer dans la première partie de ce travail, la chronicisation de l'anorexie mentale concerne environ 20% des jeunes femmes [158], ce qui nécessite un accompagnement sur le long terme. Pour autant, il est fréquent d'observer un arrêt des suivis en cas de grossesse. Ainsi, sages-femmes et obstétriciens reçoivent ces patientes sans se douter

de leurs difficultés, d'autant que bon nombre d'entre elles semblent réticentes à évoquer leur trouble alimentaire.

Au-delà des formes sévères, reconnaissables, ce sont surtout les formes dites « subcliniques » d'anorexie mentale qui passent inaperçues, rendant difficile l'obtention de données épidémiologiques fiables et représentatives.

L'étude MOBA, dirigée en Norvège, a permis de fournir des données épidémiologiques des troubles du comportement alimentaire en période périnatale de plus de 90 000 femmes. La prévalence des TCA avant la grossesse⁵ était de 5%, dont 0,1% pour l'anorexie mentale [26]. Harrelson (2010) [145] notait une prévalence de TCA à 6% et d'anorexie mentale à 0,13%. L'étude de Santos et al. (2017) [148] menée au Brésil dans un hôpital universitaire de São Paulo sur un échantillon de près de 1000 femmes enceintes retrouvait une prévalence de TCA au cours de la grossesse à 7,6% et 0,1% pour l'anorexie mentale.

L'étude longitudinale anglaise Avon a été proposée afin de comprendre l'influence des caractéristiques génétiques et environnementales sur la santé et le développement des enfants. Dans cette population de femmes gestantes du sud-ouest de l'Angleterre (n = 12 254), 171 (1,4%) ont déclaré avoir souffert d'anorexie mentale, dont 7 auraient eu un récent épisode [117].

Plus récemment, l'étude de Easter [49] identifiait, via un auto questionnaire ciblé (*The Eating Disorder Diagnostic Scale*) proposé à une population de 739 femmes à 12 semaines de gestation, une prévalence de l'anorexie mentale à 0,5%.

En France, Chassevent-Pajot et son équipe [34] ont réalisé une étude de prévalence des conduites addictives auprès de 300 femmes en post partum immédiat, au sein de la maternité du CHU de Nantes. Outre le relevé des consommations déclarées de substances licites et illicites, ils se sont intéressés aux comportements alimentaires de ces femmes. Il en ressort qu'environ 12% des femmes de l'étude présentaient des troubles du comportement alimentaire, dont 0,7% d'anorexie mentale (selon les critères du DSM-IV).

Les troubles du comportement alimentaire au cours de la grossesse concerneraient donc entre 5 et 12% des femmes, et l'anorexie mentale jusqu'à 1,4% d'entre elles. Les modifications corporelles inhérentes à la grossesse sont-elles responsables d'une aggravation de la symptomatologie alimentaire ? Au contraire, la grossesse apparaît-elle comme facteur protecteur pour ce trouble ?

⁵ Du fait de difficultés à déterminer un amaigrissement du fait de la prise de poids inhérente à la grossesse, la prévalence d'anorexie mentale n'a été évaluée qu'en pré partum.

2. Évolution du trouble alimentaire au cours de la grossesse

La littérature scientifique montre dans l'ensemble [26,43] un apaisement, au moins partiel de la symptomatologie alimentaire au cours de la grossesse, avec une rémission oscillant entre 29 et 78% [26,120]. Seulement deux études rapportent une tendance à une rechute des troubles alimentaires pendant la grossesse pour 22% [90], à plus de 60% [105] des femmes selon ces auteurs. Il semblerait cependant que ces patientes se rétablissent si elles bénéficient d'une prise en charge rapide [105].

Dans l'étude de Crow et al. (2008) [43], la passation régulière de l'*Eating Disorders Examination* (EDE) par entretien téléphonique à différents stades de la grossesse a permis la comparaison des sous échelles de restriction, de préoccupation sur le poids et de préoccupation sur l'image de soi en pré partum, durant la grossesse et en post partum. Il apparaît une diminution significative de ces scores durant la grossesse. Ces mêmes résultats avaient été notés dans l'étude de Micali et al. (2007) [120]. Le niveau d'insatisfaction corporelle tendrait également à être moindre au cours de la grossesse [161].

Une réduction des comportements restrictifs et compensatoires, tels que les vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs ou encore une activité physique intense est notée, notamment à partir du deuxième trimestre de grossesse [171]. Pour autant, les femmes avec un trouble alimentaire ont un surrisque de mettre en place ou conserver ces comportements pathologiques pendant la grossesse, comparativement à une population « témoin ».

Micali et al. (2007) [120] ont examiné cette question dans une étude longitudinale comparant des femmes avec un TCA récent ou ancien avec des sujets non TCA. Il en découle les résultats suivants :

- À 18 semaines de grossesse, 8,2% des femmes avec un TCA récent déclaraient utiliser des laxatifs et 26,5% d'entre elles avaient recours à des vomissements induits. Cela représentait un surrisque de respectivement 49,6 (OR = 49.6, 16.1-152.5) et 51,9 (OR = 51.9, 26.4-102.1) par rapport aux femmes sans TCA. De même près d'un tiers de ces femmes (32,7%) prétendait pratiquer une activité physique intense. Ces observations étaient moins franches en cas d'antécédent de TCA.

- À 32 semaines de grossesse, les femmes avec un TCA, qu'il soit ancien ou récent, étaient plus susceptibles de suivre un régime comparativement aux femmes témoins (TCA ancien : OR = 1.8, 1.1-3.1, $p < 0.05$; TCA récent : OR = 5.1, 2.1-11.9, $p < 0.001$).

La retombée de cet apaisement des conduites pathologiques s'observe par le suivi pondéral de ces patientes. Si Kouba et al. (2005) [90] rapportait une plus faible prise de poids au cours de la grossesse pour ces femmes, d'autres études montrent au contraire une prise de poids satisfaisante [179], avec un IMC qui augmente de façon constante tout au long de la grossesse. Bien que l'on constate moins de comportements restrictifs et compensatoires ces femmes restent soucieuses de prendre du poids de façon excessive, de perdre le contrôle de leurs prises alimentaires et ont le désir de rapidement perdre du poids [120].

D'ailleurs, sa diminution serait significativement plus rapide dans les six mois post partum pour les femmes avec anorexie mentale, comparativement aux témoins. Au-delà de six mois, l'IMC resterait stable, similaire ou légèrement supérieur à celui calculé en pré partum [179].

L'assouplissement des conduites pathologiques pendant la grossesse serait toutefois suivi d'une possible résurgence des troubles en post-partum, jusqu'à un retour au niveau pré partum dans les six mois à 9 mois post partum [23,43].

Finalement, il semblerait que le comportement alimentaire varierait en fonction de la temporalité du trouble alimentaire et qu'une double évolution était possible [120] :

- Pour les femmes avec un antécédent d'anorexie mentale (rémission partielle ou complète), on constate un apaisement des symptômes anorexiques.
- En revanche, pour les femmes souffrant d'un TCA actif en pré- conceptionnel, on observerait plutôt une exacerbation des symptômes anorexiques au cours de la grossesse.

B) Un accès difficile à la maternité ?

1. D'une hypofertilité

Les troubles menstruels et ovulatoires concernent la plupart des jeunes femmes souffrant d'anorexie mentale. On estime qu'entre 68 et 89% d'entre elles présenteraient une aménorrhée et quasiment 10% une oligoménorrhée [25]. Cette dysménorrhée est certainement la conséquence de plusieurs facteurs, dont un apport calorique insuffisant et une hyperactivité physique, à l'origine d'un IMC bas. L'idée commune serait donc de penser que les femmes avec anorexie mentale (trouble actuel ou passé) auraient un accès limité à la maternité par rapport à la population générale [7]. Afin de vérifier cette hypothèse, plusieurs auteurs se sont intéressés au profil des femmes se présentant dans les centres d'assistance médicale à la procréation (AMP).

Dans l'étude comparative de Freinzing et al. (2010) [57] se déroulant dans un centre privé d'AMP, 20,7% des participantes répondaient aux critères de TCA (actuel ou passé). Parmi elles, 8,5% avaient un diagnostic antérieur d'anorexie mentale. En France, on estime que 15 à 20% des femmes présentant une infertilité dans les centres d'AMP seraient concernées par une anorexie mentale (comme définie par le DSM-IV) ou d'une « *aménorrhée psychonutritionnelle par sélectivité alimentaire avec hyperactivité physique* » [36].

Selon Easter et al. (2011) [51], ces femmes auraient un risque majoré de 60% d'avoir recours à une consultation dans les centres d'AMP, et de 50% de nécessiter un traitement pour la fertilité. Enfin, Andersen et Rayan (2009) [7] estiment à 60% le pourcentage de femmes ayant bénéficié d'une stimulation ovarienne alors même qu'elles présentaient un TCA clinique ou subclinique.

Il semble important de préciser qu'une très grande majorité de ces femmes (76,4% dans l'étude de Freizinger et al. (2010) [57]) n'avait pas informé les professionnels de santé de l'existence d'antécédents de TCA. Cette donnée précédemment observée [132] laisse à penser que la prévalence des TCA dans les populations de femmes consultant dans les centres d'AMP reste largement sous-estimée.

2. Aux grossesses inopinées

Parce qu'à l'anorexie mentale peuvent être associés des accès boulimiques, une grossesse bien que d'accès plus restreint ne semble pas compromise. D'ailleurs, plusieurs auteurs n'ont pas identifié de différence significative concernant la fertilité entre les femmes avec anorexie mentale et les témoins [51,114,175].

Au-delà de cette question d'hypofertilité induite par le trouble alimentaire, de nombreuses publications récentes mettent en lumière un nombre accru de grossesses non planifiées dans les populations de femmes atteintes de TCA, dont l'anorexie mentale [25,51].

Ainsi, dans une cohorte de plus de 60 000 femmes, on observait 50% de grossesses inopinées en population de femmes anorexiques, versus 18,9% chez les témoins [25]. Après ajustement sur l'âge maternel et le traitement d'infertilité, le risque relatif de présenter une grossesse non planifiée était 2,11 fois plus important chez les anorexiques (IC 95% 1.64-2.72) comparativement aux femmes sans TCA avant la grossesse. Les avortements provoqués étaient également significativement plus fréquents dans cette même population (24,2% versus 14,6% chez les témoins).

Une autre étude menée par Easter et al. (2011) auprès de 14 663 femmes (dont 171 anorexiques restrictives et 82 anorexiques mixtes) de la cohorte ALSPAC montrait un pourcentage similaire de grossesses inopinées dans cette population (41,5%) par rapport à la population témoin (28,3%)[51].

Enfin, dans l'étude de Micali et al. (2013) [114], plus de 30 % des femmes souffrant d'anorexie mentale présentaient une grossesse non planifiée contre 22,3% en population générale. En cas de TCA actif dans l'année qui précédait la grossesse, ce pourcentage s'élevait à plus de 50%.

C) Risques obstétricaux et néonataux

L'évocation d'une grossesse chez une femme souffrant d'anorexie amène à considérer celle-ci comme « à risque ». Mais que dit la littérature à ce sujet ?

1. Complications obstétricales

a) Grossesse

Grossesse menée à terme

L'ensemble des études récentes ne retrouvait pas d'association entre l'issue de la grossesse, c'est-à-dire risque de fausse couche spontanée et un diagnostic d'anorexie mentale maternelle [23,48,103]. Une anorexie mentale ne prédestine pas non plus à un sur-risque de mort fœtale in utero [117].

Hyperémèse gravidique

On relèverait également davantage de vomissements gravidiques tardifs (*hyperemesis gravidarum*) chez les patientes anorexiques [90,106].

Retard de croissance intra utérin

Plusieurs auteurs s'accordent à dire qu'une exposition fœtale à une anorexie maternelle serait à l'origine d'une petite taille de pour l'âge gestationnel [9,52,90,103,118,153,172]. L'équipe de Bansil (2008) [14] retrouvait un risque augmenté de retard de croissance avec un OR à 9,08 (IC 95% [6,45-12,77]) dans une population de 1668 femmes présentant un TCA type anorexie et/ou boulimie.

D'autres ne trouvaient pas de lien entre anorexie mentale maternelle et retard de croissance intra utérin [112]. Un problème de puissance statistique pourrait expliquer les différences observées d'avec les résultats des études citées précédemment [90].

Éclampsie, pré éclampsie

Les études ne mettent pas en évidence de différence statistiquement significative entre anorexie mentale maternelle et pré éclampsie [9,52,112]. L'anorexie mentale serait même selon l'équipe de Bansil (2008) [14] un facteur protecteur de la pré éclampsie (OR 0.55 [0.32-0.94], $p < 0.001$).

Hémorragie ante partum

Deux études évoquent un sur risque de présenter une hémorragie antepartum [48,106] en particulier si le TCA est actif pendant la grossesse. Ce résultat est cependant inconstant [9].

Autres complications maternelles

Un risque accru d'anémie est retrouvé dans plusieurs études [14,90,103,106]. Le risque d'infection maternelle est inconstant [9,14].

Enfin, durant la grossesse, ces femmes présenteraient moins de diabète gestationnel (RR 0.57 IC95% 0.44-0.73) [9].

b) Accouchement

Déclenchement et travail

La littérature scientifique ne met pas en évidence de surrisque de déclenchement provoqué [90,103] ; certains auteurs estiment d'ailleurs que le travail spontané est plus rapide [9,103].

Mode d'accouchement

Une autre question concerne le mode d'accouchement. L'ensemble des études s'accorde à dire que l'anorexie mentale maternelle n'a aucune incidence sur le mode d'accouchement [9,27,48,52,90]. Franko (2001) [56] rapporte malgré tout qu'un nombre accru de césariennes était observé en cas de TCA actif versus TCA non actif.

Une étude de cohorte prospective menée en Suède [53] dans une population de près de 830 000 femmes montrait même une fréquence moins élevée d'accouchements instrumentaux pour les femmes anorexiques (OR 0,80 ; IC 95% [0,7-0,99]). Ces femmes représentaient 0,1% de la population étudiée, pourcentage représentatif des données épidémiologiques retrouvées -, et avaient bénéficié d'une prise en charge hospitalière spécialisée de leur TCA. Des résultats similaires ont été retrouvés dans la récente étude de Mantel (2019) [106], où l'anorexie mentale maternelle était considérée comme facteur protecteur d'une naissance instrumentalisée (RR 0,7 [0,6-0,9]).

Prématurité

La question de la prématurité a été longuement étudiée par différents auteurs. Il en ressort une disparité des résultats.

De nombreuses études tendent à ne pas trouver de surrisque d'accouchement prématuré [48,52,53,90,112,117]. Watson (2017) [172] ne notait pas non plus d'un risque augmenté de naissance prématurée mais rapportait une proportion significativement moins importante de naissances post terme (RR 0,47 IC95% 0,33-0,67]).

D'autres études [14,103,106,153] retrouvaient un risque plus élevé d'accouchement prématurément, d'autant plus en cas de trouble alimentaire actif pendant la grossesse [118]. Selon Ante et al. (2020), une femme anorexique a 32% de plus de risque d'accoucher prématurément (IC95% 1.13-1.55) comparativement à une femme non anorexique [9]. Ce risque était d'autant plus important que la femme avait été admise en hospitalisation dans les deux ans précédant l'accouchement (RR 1.92 IC95% 1.32-2.80).

Un étude québécoise [128] a mis en évidence qu'il était quatre fois plus risqué d'accoucher prématurément en cas d'IMC inférieur à 20kg/m² (OR 3,96 ; IC [95%] : 2,61-7,09). La présence ou non d'un TCA n'était pas indiqué dans cette étude.

c) Suites de couches

Hémorragie du post partum

On ne constate pas de surrisque [90] de faire une hémorragie post partum ; une anorexie maternelle serait même un facteur protecteur avec RR 0,76 (0,62-0,93) [9].

2. Complications néonatales

Mesures anthropométriques

Les études sont quasiment unanimes quant à la probabilité pour le fœtus d'avoir un petit poids de naissance [53,90,103,153]. Ante et al. (2020) ajoute que l'enfant à naître risquera d'être d'autant plus petit que la mère aura bénéficié d'une hospitalisation du fait de son trouble alimentaire dans les deux ans précédant l'accouchement (RR 2.62 IC 1.81-3.79) [9]. Cette différence pondérale, bien que significative, reste moyenne à faible (entre 218g et 306g selon les études) [90,103,117,118].

Cette différence perd de sa significativité après ajustement sur l'IMC maternel ante partum [48] et/ou le poids de naissance maternel [172]. Il serait donc en partie lié à l'IMC pré conceptionnel bas de ces femmes [117]. Enfin, si la croissance staturo-pondérale de ces enfants est significativement plus faible initialement, ils semblent rattraper leur courbe à 4 mois [139].

Micali et al. (2016) [118] rapportaient également un taille de naissance en moyenne 1,1cm inférieur aux enfants de mères ne présentant pas de trouble alimentaire.

Un petit périmètre crânien (PC) de naissance est relevé par deux études [90,118], avec un PC mesuré à 33,7cm +/- 1,6cm dans la population d'enfants nés de mère anorexiques, versus un PC à 35,2cm +/- 1,6 en population générale (p<0,001) [90].

Autres complications néonatales

Une étude de cohorte rétrospective québécoise [9] menée sur plus de 2 000 000 de grossesses dont 0,1% chez des femmes avec un antécédent d'anorexie mentale, a permis de mettre en évidence d'autres difficultés néonatales telles qu'un risque accru d'insuffisance hépatique aigüe (RR 1.90 , IC95% 1.12-3.21), ou autres troubles respiratoires (RR 1.16, IC95% 1.02-1.31) ou cardiovasculaires (RR 1.27 , IC95% 1.03-1.56), hépatiques (RR 1.11, IC95% 1.00-1.24) nécessitant parfois une admission en unité de soins intensifs. Il convient de préciser que ces

femmes souffraient toutes d'un trouble alimentaire grave ayant nécessité une hospitalisation avant ou au cours de la grossesse.

Aucune différence significative concernant le score d'Apgar n'a été observée [52,90].

Enfin, certaines malformations ont été décrites, notamment des anomalies de la fermeture du tube neural, observées en cas de restriction alimentaire majeure au premier trimestre [31].

Ainsi, la littérature met en évidence un impact significatif de l'anorexie maternelle sur le déroulement de la grossesse et l'enfant à naître. Le devenir obstétrical reste malgré plutôt favorable chez les femmes dont l'anorexie est ancienne.

D) Anorexie maternelle et post partum précoce

1. Interactions précoces

Les interactions comportementales alimentaires restent aujourd'hui les plus étudiées dans le cadre d'une anorexie mentale maternelle.

a) Distorsions de la sphère alimentaire

Nourrir un bébé est une tâche fondamentale de la parentalité, qui occupe une fraction considérable des journées. C'est par elle que s'initient les prémices d'une communication entre parents et enfant. Le temps du nourrissage permet à l'enfant d'explorer, de développer ses capacités d'autosatisfaction et d'autonomie. Les temps de repas peuvent apparaître comme une expérience particulièrement difficile pour les femmes souffrant de troubles alimentaires.

L'étude de Torgersen (2010) [167] s'appuie sur les résultats de l'enquête MoBA afin de traiter les pratiques de nourrissage chez les femmes avec ou sans TCA. Dans ce papier, 81% des femmes avec anorexie avaient opté pour l'allaitement maternel exclusif. On retrouvait une proportion similaire chez les femmes sans TCA (83%). La volonté pour les femmes avec TCA d'allaiter s'observait également dans d'autres études [116].

Des difficultés très précoces dans l'allaitement sont cependant soulevées par de nombreuses études. Ainsi, ces femmes arrêteraient d'allaiter leur enfant plus précocement. Dans une étude suédoise [96], 19% des femmes avec TCA n'allaitaient plus leur nourrisson à 3 mois versus 7% en pop générale ($p < 0.05$). Globalement, la plupart des femmes cesse l'allaitement dans les 6 mois post partum [156,167], bien qu'une étude montrait le contraire [116].

L'expérience de l'allaitement est vécue moins positivement, notamment du fait des difficultés d'acceptation des modifications de la poitrine secondaires à la grossesse et l'allaitement [96].

Plus tard, et parce les mères avec anorexie mentale sont particulièrement attentives à l'alimentation et au poids de leur enfant [104,174], le passage à une alimentation diversifiée apparaît comme une étape redoutée par les mères anorexiques [145]. Envahies par leurs propres préoccupations alimentaires, elles rencontreraient des difficultés au moment des repas, hésitant de façon incessante quant à leur durée, mais également leur composition sur les plans qualitatif et quantitatif. Elles identifieraient également plus difficilement les signaux de faim et de satiété de leur enfant [7], et apporteraient fréquemment une réponse alimentaire aux signaux émotionnels négatifs du nourrisson, ne sachant y répondre autrement [16].

Pour finir, dans l'étude de Micali et al. (2009) [116] est rapporté qu'une part non négligeable de ces femmes expriment davantage d'insatisfaction concernant l'appétit et les préférences alimentaires de leur enfant : elles perçoivent leur bébé comme plus lent à manger (RR 2.1 IC95% 1.3-3.4), ingérant de plus petites quantités que la moyenne (RR 1.7, IC95% 1.1-2.6), et ils éprouveraient un sentiment d'insatisfaction et/ou de faim après l'allaitement (RR 2.5 IC95% 1.5-4.0).

b) Autres difficultés interactionnelles

Au-delà de l'attention particulière pour l'alimentation, les mères anorexiques semblent peu sensibles aux états émotionnels de leur bébé, et les interactions corporelles – médiées par la façon dont le bébé est tenu, porté, manipulé par le parent et comment il s'ajuste dans ses bras (holding) – s'en trouvent affectées, la perspective d'un corps-à-corps n'étant pas tolérable.

Kouba et al. (2008) [91] a tenté d'examiner les différences potentielles entre les mères avec et sans antécédent de TCA concernant l'ajustement maternel et les interactions précoces. Pour ce faire, il a été proposé à un échantillon de 44 femmes nullipares ayant un antécédent de TCA et 67 sans antécédent de TCA de répondre au questionnaire « *MAMA* » et à quelques questions concernant leur santé mentale, trois mois après l'accouchement. Le « *Maternal adjustment and maternal attitude questionnaire* » (MAMA), développé par Kumar et al. [92], est un auto-questionnaire composé de 60 items regroupés en cinq sous échelles traitant de l'image corporelle, des symptômes somatiques, des relations conjugales, de l'attitude à l'égard de la sexualité, de la grossesse et du bébé. Dans cette étude a été utilisée une version simplifiée à 12 items, avec une cotation allant de 1 à 4 pour chaque item (Annexe 2). Un score élevé reflète un niveau d'ajustement moindre et/ou des comportements négatifs fréquents.

Le score total était significativement plus élevé chez les femmes avec trouble alimentaire, sans distinction entre les différents sous types de TCA (anorexie restrictive, anorexie mixte, boulimie) avec un score s'élevant à 24,5 pour les femmes avec TCA versus 14,9 en population témoin. Il n'y avait pas de différence entre les patientes ayant un TCA ancien ou récent, de même en cas de rechute ou non pendant la grossesse.

Le résultat le plus marquant de cette étude est que 92% des primipares ayant un antécédent de TCA rapportent des difficultés d'ajustement par rapport à leur rôle maternel, contre 13% en population générale ($p < 0,001$). Ce résultat était indépendant d'une rechute du TCA pendant la

grossesse. Autre élément notable, ces femmes seraient moins satisfaites de leur rôle de mère, et les soins prodigués à leur bébé seraient moins source de satisfaction.

Elles douteraient ainsi de leur capacité à être de bonnes mères [90,135], sollicitant alors de multiples interlocuteurs (médicaux, sociaux, éducatifs, familiaux), et surstimulant leur enfant sur les plans sensoriel, intellectuel et éducatif.

Pour autant, les nouveau-nés de mères avec TCA actif pendant la grossesse présenteraient des troubles neuro comportementaux (stabilité autonome et organisation motrice), comparativement aux nouveau-nés de mères en bonne santé [15]. A un an, on observait également un développement moteur et du langage (réceptif et global) plus faible.

Zerwas et al. (2012) [178] se sont intéressés à l'évaluation maternelle du tempérament de leur enfant, à l'aide de l'Infant Characteristics Questionnaire (ICQ). Les mères avec anorexie étaient plus de deux fois plus susceptibles de juger le tempérament de leur nourrisson (6 mois) comme difficile, parfois presque décrit comme « persécuteur ». Ce résultat restait significatif après ajustement sur plusieurs facteurs de confusion, tels que la prématurité, l'anxiété ou la dépression. Selon Park (2003) [134], les représentations qu'une mère a sur son enfant dépendent de la temporalité de son trouble alimentaire ; une symptomatologie actuelle entravant davantage l'exercice de la maternité.

Enfin, les femmes souffrant de troubles alimentaires seraient plus intrusives lors des temps de jeu et de repas, dans un contrôle parfois excessif vis-à-vis de leur enfant, avec une difficulté à tolérer leur autonomisation croissante. Ce besoin de maîtrise semble s'étendre à l'exercice global de la parentalité avec un style parental moins adaptatif, plus autoritaire (exigences excessives, insensibilité). En cas de grande insatisfaction corporelle, ces mères seraient plutôt permissives, afin d'échapper à toute forme de conflit [78].

2. Troubles psychiques du post partum

La pré existence d'un TCA constituerait un facteur de risque de survenue d'une dépression du post partum (DPP) [50,110,115], avec une prévalence supérieure à 30% [45,111,115], atteignant parfois même 50% [105], contre 10 à 15% dans la population générale [133].

Micali et al. (2011) [115], en utilisant la cohorte ALSPAC (10 887 femmes), a étudié l'effet d'un antécédent de TCA sur le développement d'un trouble anxio-dépressif en post partum. A 8 mois post partum, 6,3% de ces femmes présentaient un trouble anxieux et 23,5% une dépression. Ces pourcentages s'élevaient respectivement à 19,7% et 39,1% en cas de comorbidité dépressive ancienne. Ces résultats suggèrent l'idée d'une potentialisation des troubles anxio-dépressifs chez les femmes avec TCA.

Dans une étude prospective menée auprès de 96 femmes dont la moitié avait une anorexie mentale, Wentz et al. (2009) [174] retrouvaient la présence d'un trouble affectif l'année suivant la naissance du bébé chez 100% des patientes avec anorexie, versus 31% chez les témoins.

Ces résultats sont d'autant plus inquiétants que l'on sait aujourd'hui qu'une dépression postnatale affecte la relation mère-enfant et le développement du bébé [64]. Il en résulte des comportements maternels peu adaptés, non synchrones, avec une pauvreté des contacts oculaires. Les interactions apparaissent quantitativement et qualitativement insuffisantes, peu prolongées, avec peu d'ajustements au bébé et une moindre sensibilité [58].

Ainsi, les conséquences de l'anorexie mentale sur le déroulement de la grossesse sont aujourd'hui bien connues et font l'objet de recommandations. Ses répercussions sur la relation mère bébé restent néanmoins peu documentées.

TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION

I. RÉSUMÉ ET ANALYSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

A) Données épidémiologiques

1. Prévalence des troubles du comportement alimentaire en période périnatale

Si de nombreuses études de cas sont publiées, peu d'études traitent de l'épidémiologie des troubles du comportement alimentaire en période périnatale. Les données à disposition résultent d'extrapolations de la prévalence des TCA dans la population de femmes en âge de procréer ou sont issues d'études rétrospectives.

Devant ce faible nombre d'études abordant cette thématique, il en ressort une difficulté à réaliser des enquêtes épidémiologiques au sein de populations de femmes souffrant de TCA en période périnatale.

Pourtant, ces troubles alimentaires semblent fréquents puisque selon les estimations, 5% à 12% des femmes en souffriraient [26,34], dont 0,1% à 1,4% d'anorexie mentale [26,117,148]. Si l'on considère les formes subcliniques deux à cinq fois plus fréquentes la prévalence des TCA en période périnatale s'élèverait alors à 15% [5].

Il convient de préciser que ces données restent probablement sous-évaluées. Les patientes anorexiques, du fait du déni du trouble ou de leur réticence à évoquer leurs comportements alimentaires actuels ou passés [165], échappent bien souvent au dépistage, aux soins et inévitablement aux projets de recherche.

2. Évolution du trouble alimentaire au cours de la grossesse

La grossesse est le témoin de modifications corporelles : le ventre s'arrondit, les hanches s'élargissent, les cuisses et la poitrine prennent du volume. Cette période particulière peut modifier le comportement des femmes (en population générale) vis-à-vis de leurs habitudes alimentaires et de leur appréciation corporelle [152]. Ainsi, près d'une femme sur quatre présenterait des préoccupations excessives à l'égard de son poids et/ou de son apparence physique, et près d'une sur dix aurait connu des épisodes de frénésie alimentaire durant la grossesse [49]. De même que presque 3% d'entre elles useraient de stratégies compensatoires telles que des vomissements induits, la pratique d'un exercice physique ou l'utilisation de laxatifs. En population générale, un pic de préoccupations interviendrait en début de grossesse et serait suivi d'une relative satisfaction puis d'une recrudescence symptomatologique en post partum immédiat [38]. Cette observation dénote d'une porosité des frontières entre normal et pathologique, et met l'accent sur cette période de fragilisation que représente la grossesse.

Ce bouleversement psychique, associé aux changements rapides du schéma corporel imposés par la grossesse vient réactiver la problématique par rapport à l'investissement du corps, omniprésent dans la pathologie anorexique. Bergeret [22], rapporte que les femmes semblent d'autant mieux accepter les transformations corporelles secondaires à la grossesse que la féminité a été acceptée à l'adolescence. Il conviendrait donc de supposer que les femmes ayant souffert / souffrant d'anorexie mentale puissent voir leur trouble se réactiver ou s'intensifier en période périnatale.

La littérature scientifique apporte plusieurs éclairages nuancés à cette question.

a) Évolution favorable du trouble pendant la grossesse

Un certain nombre d'études rapporte un assouplissement des conduites alimentaires pathologiques au cours de la grossesse [26,43] ; cela s'observerait par une réduction des comportements restrictifs et compensatoires [171] et une prise pondérale satisfaisante [179]. Chez ces femmes, ce « mieux-être » permettrait un recours moindre aux traitements psychotropes pendant la grossesse [23].

Différentes hypothèses explicatives de cette accalmie symptomatique sont mentionnées dans la littérature :

- le caractère temporel de ces transformations corporelles et la valorisation sociale des rondeurs de la grossesse [63] en feraient une période de la vie où il est acceptable de prendre du poids [47].

- la grossesse pourrait également représenter aux yeux de ces mères une période de la vie au cours de laquelle il faut s'illustrer [37], se conformer aux recommandations de prise pondérale pour performer une bonne grossesse.

- la grossesse occasionnerait une prise de conscience transcendantale de la vie qu'elle porte, et les amène naturellement à prendre soin d'elle pour prendre soin du bébé. Se sentant responsables du bon développement du fœtus qui grandit en elles, garantissant un statut de « bonne mère » [120,163], ces femmes sont prêtes à modérer leurs comportements pathologiques, comme en témoigne Dorothee, 27 ans, enceinte de 5 mois et souffrant d'anorexie depuis l'âge de 17 ans : « *Quand j'ai des crises alimentaires et que je vomis derrière, j'ai l'impression de ne plus sentir le bébé (...), à chaque crise, la culpabilité est là car je mets toujours en jeu la vie du bébé. Depuis qu'il bouge, j'ai plus confiance, je ne me fais vomir plus qu'une fois par semaine* » [186].

Même lorsqu'une amélioration du trouble alimentaire est constatée, il persisterait des stratégies de contrôle du poids pour 15% des femmes concernées [124] par un régime alimentaire parfois strict [120] et un désir d'amaigrissement rapide en post partum [179]. Aussi, certains changements spécifiques comme les vergetures resteraient perçus plus négativement et participeraient à une vision négative du corps [33]. L'accouchement, moment de séparation, se vit alors comme élément déclencheur des conduites anorexiques et on assiste en post partum à une recrudescence du trouble [23,43]. La détresse de ces femmes à la vue de ce corps modifié

par la grossesse (perte de masse musculaire abdominale, augmentation de la masse graisseuse), dorénavant perçu comme « *dégoutant* », « *très gros* », « *tombant* » [163], les rend vulnérables et accentue le risque de rechute du TCA. Puisqu'il n'est plus question de protéger un être en devenir, les femmes avec TCA peuvent éprouver de grandes difficultés à maintenir les efforts fournis tout au long de la grossesse en post partum [11]. Finalement, ces données invitent à décomposer la grossesse des femmes anorexiques en 3 phases, comme le proposent Taborelli et al. (2015) [163] :

- La perte de l'identité d'anorexique.
- L'acceptation d'une identité de « femme enceinte », avec réduction des comportements pathologiques
- La perte du corps « enceinte » avec l'accouchement et le retour aux comportements pathologiques.

b) Évolution défavorable du trouble pendant la grossesse

À l'inverse des données précédemment commentées, pour d'autres femmes les modifications corporelles rapides « hors de contrôle » propres à la grossesse et les mouvements psychiques [163] qui opèrent durant cette période feraient le lit d'une exacerbation, voire réapparition de symptômes anorexiques antérieurement disparus. Cette possible résurgence symptomatique aurait intérêt à être connue des services d'obstétrique dans la mesure où ces résultats prouvent l'utilité d'une enquête systématique – quand bien même la future mère n'aurait pas présenté de troubles depuis de longues années. De plus, certains TCA se déclareraient même pendant la grossesse en l'absence d'antécédents particuliers [166].

Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) suggère en ce sens que les femmes avec TCA, actuel ou ancien, puissent bénéficier d'un suivi prénatal rapproché et d'un soutien accru afin non seulement d'endiguer les comportements pathologiques pour garantir le bon développement fœtal mais également de travailler sur les cognitions négatives inhérentes aux pathologies alimentaires.

Les déterminants qui conduisent à une atténuation des symptômes plutôt qu'à une exacerbation sont encore mal identifiés. Deux facteurs sont mentionnés dans la littérature :

- La temporalité du TCA qui semble influencer l'évolution de la symptomatologie ; un TCA actif en pré conceptionnel étant défavorable et porteur de complications obstétricales [93,120].
- Enfin, la multiparité adoucirait la perception du corps au fil des grossesses [163].

Ces deux critères n'expliquent probablement pas à eux seuls toute la variabilité entre une évolution favorable ou défavorable du trouble alimentaire pendant la grossesse. Plus d'études mériteraient d'être menées à ce sujet parce que de multiples facteurs entrent probablement en jeu. L'approfondissement et l'isolement de variables supplémentaires pourraient rendre compte avec plus de finesse des processus psychiques qui orientent l'évolution du trouble dans un sens comme dans l'autre. Les perspectives cliniques pourraient

être précieuses pour les praticiens, leur offrant potentiellement de nouveaux leviers thérapeutiques pour infléchir sur l'évolution des troubles au moment le plus opportun que semble constituer la grossesse. Si cette période de crise identitaire est tout aussi favorable au réaménagement des défenses qu'à leur rigidification, il est pertinent d'entrer en quête des facteurs qui en déterminent l'issue.

Par exemple, quel rôle joue la multiparité dans l'évolution du trouble au long cours ? Que lâche la mère à mesure des grossesses, quelle transformation interne expérimente-t-elle, ou encore y trouve-t-elle simplement d'autres substituts ? La variable âge est-elle une explication ? Une méthodologie d'entretien clinique individuelle serait plus appropriée pour étudier davantage ces aspects.

B) Troubles de la fertilité

L'infertilité, qui se définit comme une difficulté à concevoir un enfant, concernerait 15 à 25% des couples selon l'Observatoire épidémiologique de la fertilité en France. Parmi eux, seuls 8 à 11% des couples seraient réellement stériles.

Si les troubles menstruels sont connus et toucheraient la quasi-totalité des femmes anorexiques [25], l'association entre TCA et infertilité n'est aujourd'hui pas clairement établie. Le suivi prolongé des femmes anorexiques n'a pas montré de différence dans les taux de grossesses cumulées comparativement aux femmes ne souffrant pas de TCA. En revanche, une proportion non négligeable (jusqu'à 20%) des femmes consultant dans les centres d'AMP présenterait des TCA [36,57]. Elles seraient également deux fois plus susceptibles de recevoir un traitement contre l'infertilité [51].

De plus, ces chiffres seraient certainement sous-évalués du fait d'une tendance à dissimuler leur troubles [57,132,159]. L'étude de Becker et al. (2005) [20] avait relevé qu'un pourcentage considérablement plus élevé des patients avec TCA partageait leurs préoccupations avec un ami (86,6%) plutôt qu'un conjoint (56,5%), un parent (52,8%), un professionnel de santé (46,3%) ($p < 0,001$).

Ces chiffres interrogent quant aux protocoles de dépistage instaurés dans les centres d'AMP et annoncent une marge d'amélioration en termes de dépistage et prévention très importante.

Cette hypofertilité avérée pourrait s'expliquer par une cascade métabolique secondaire à la restriction alimentaire, et dont le résultat serait l'inhibition des hormones sexuelles féminines et donc un dysfonctionnement ovulatoire. Chez les patientes anorexiques ou cachectiques, le taux de leptine, hormone produite par les adipocytes, est bas. Il en découle une inhibition de la sécrétion pulsatile de GnRH [79], et un effondrement de la sécrétion de l'hormone lutéinisante (LH), de l'hormone folliculostimulante (FSH) et d'œstradiol (figure 6).

Plusieurs études tendent à suggérer qu'il existerait un seuil de leptine au-dessus duquel seraient permises les menstruations [83,141].

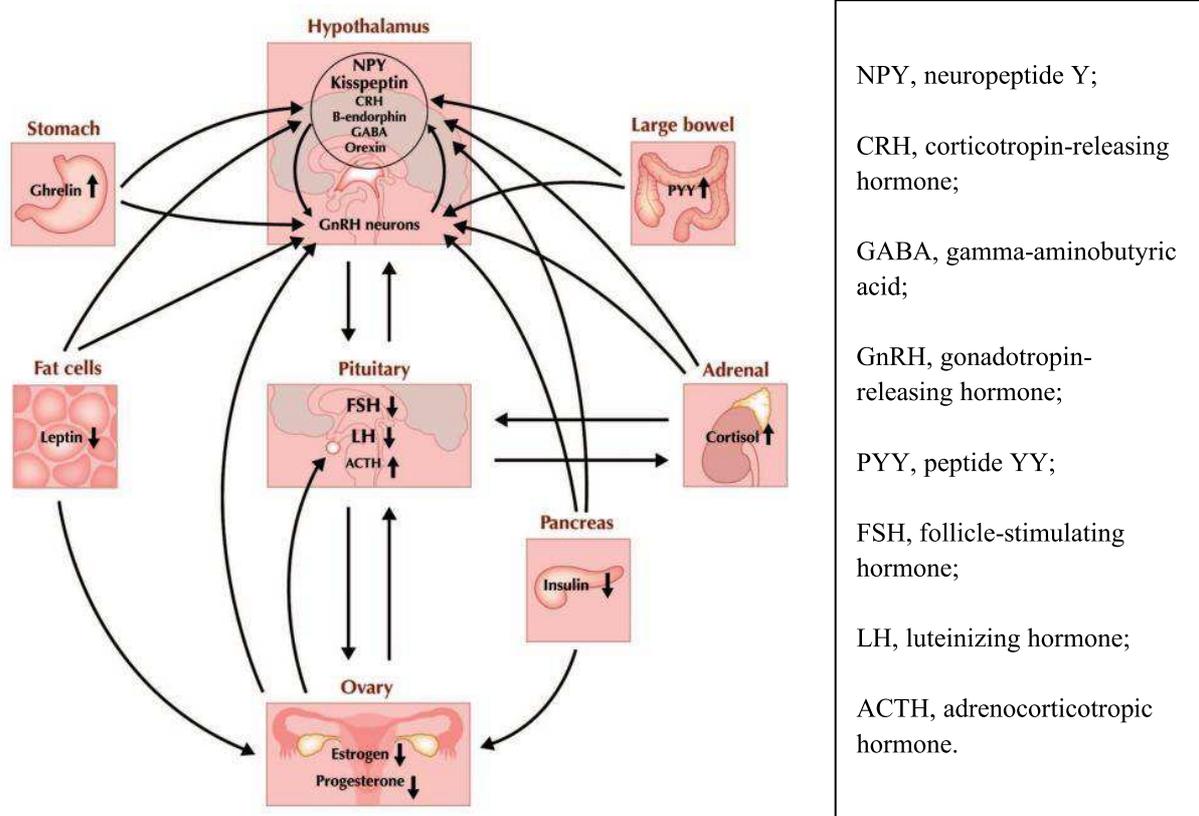


Figure 6 : The neuroendocrine circuitry involved in the signaling of inadequate energy status related to eating disorders. [7]

Ce recours fréquent à une aide médicale à la procréation pour ces femmes questionne l'évaluation psychiatrique lors des démarches d'AMP, puisqu'on peut émettre l'hypothèse que prendre en charge un TCA avant de traiter l'infertilité permettrait peut-être d'éviter des traitements lourds et coûteux. Le traitement de l'aménorrhée consisterait en effet à la restauration pondérale, tantôt fixée à 90% du poids idéal, tantôt au poids auquel les menstruations ont cessé [162].

Au-delà de l'hypothèse hormonale, Pinheiro (2010) [142] explique ce moindre accès à la maternité du fait de troubles de la libido – principalement sous la forme d'une anxiété sexuelle – rapportés par 75% des femmes. Cette anxiété sexuelle se manifesterait par une fréquence diminuée de rapports sexuels et une instabilité relationnelle. Cette hypothèse n'est pas retenue par Andersen et al. (2009) [7], qui évoquait plutôt une perte d'intérêt sexuel, possiblement secondaire à la cachexie ou les comorbidités psychiatriques telles que la dépression.

Pour Brinch (1988) [24], plus qu'une incapacité à concevoir, c'est l'ambivalence face au désir d'enfant qui expliquerait l'accès plus difficile à la maternité pour ces femmes. Pourtant, la maternité semble être magnifiée, idéalisée, avec l'idée que l'enfant viendrait donner un sens à leur vie « *Avoir un bébé, ça représente tout* » [2]. Elle est perçue comme moyen de réparation de soi « *Le bébé ce n'est pas un médicament mais ça peut aider psychologiquement. Quand on est dans l'anorexie, on reste dans un état d'enfance, on a du mal à passer à la vie de femme (...) donc [l'enfant] peut être le déclic « ça y est je suis maman, donc je suis une femme et j'accepte qui je suis* » » [186].

Mais la proportion importante de grossesses non désirées [25,114] vient ébranler les idées préconçues concernant la sexualité et la stérilité fantasmée des femmes anorexiques puisque celle-ci s'élèverait jusqu'à 50%, alors qu'elle est estimée à 18,9% en population générale [25]. Cela pose question quant à l'investissement de la future mère pour sa grossesse et le bébé à venir, d'autant que l'on observe fréquemment des sentiments négatifs à la découverte de la grossesse [51].

Il ne semble pas que cette différence soit imputable à une utilisation différente de la contraception, d'autant qu'on observait une proportion identique de femmes utilisant un moyen de contraception l'année précédant la grossesse (94,9% dans le groupe anorexie versus 94,7% dans le groupe témoins) [25]. Il est cependant à noter que l'évaluation de l'utilisation de la contraception a été superficielle puisqu'elle ne précisait pas le type de contraception utilisé, ni l'observance de celle-ci.

Il est possible que la croyance erronée des capacités reproductives des femmes anorexiques et de leur sexualité induise un comportement différent chez les professionnels de santé, qui aborderaient peut-être moins ou plus superficiellement la question de la sexualité et de la contraception avec ces patientes.

Ainsi, la fertilité de ces femmes peut être affectée mais n'est pas compromise. Ces résultats mettent en lumière l'importance capitale pour le clinicien d'aborder les sujets de la contraception et de la sexualité avec toutes les patientes, indépendamment de leur statut nutritionnel. Il s'agirait également d'interroger les femmes hypofertiles chez qui les TCA sont sur-représentés.

C) Complications obstétricales et néonatales

Les conséquences fœtales et obstétricales d'une anorexie mentale maternelle restent difficilement évaluables, du fait du peu d'études disponibles, avec des échantillons parfois réduits, et des méthodologies utilisées diverses, non comparables.

Une étude de cohorte menée auprès de plus de 800 000 primipares (dont 1 000 anorexiques) ne mettait pas en évidence de différence significative en terme de complications obstétricales « graves » [53]. On identifie néanmoins de façon répétée une petite taille pour

l'âge gestationnel [9,52,90,103,118,153,172], un risque augmenté de prématurité [14,103,106,153] et un petit poids à la naissance [24,53,90,103,153].

Le RCIU et le petit poids de naissance pourraient s'expliquer par la dénutrition maternelle. Selon Micali et al. (2009) [119] la restriction protéique perturberait la régulation des glucocorticoïdes en affectant l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien [151], et exposerait ainsi le fœtus à un taux plus élevé de cortisol, responsable, du moins en partie, d'un ralentissement de la croissance fœtale. En outre, le tabac, probablement pour son effet anorexigène, est davantage consommé chez les femmes enceintes anorexiques [27,118]. Or il est désormais bien établi que le tabagisme per-gravidique (actif et/ou passif) compte parmi les facteurs de risque connus d'hypotrophie fœtale [46].

La prématurité serait favorisée par un faible gain de poids maternel pendant la grossesse et médiée par différents facteurs tels que l'hyperactivité physique ou le tabagisme maternel, qui multiplie par deux le risque d'accoucher prématurément [108].

L'anorexie mentale maternelle ne semble pas augmenter le risque d'un accouchement instrumentalisé [9,27,48,52,90] et serait même selon certains auteurs facteur protecteur [53].

Des malformations fœtales sont parfois retrouvées [31]. Les comportements tératogènes de ces mères pendant la grossesse, en particulier des consommations d'alcool répétées et une utilisation abusive de laxatifs, pourraient en partie expliquer ces découvertes.

Ainsi, les grossesses de ces femmes anorexiques se déroulent sans grande difficulté somatique, et dans un pays où la surveillance de la grossesse est satisfaisante, le trouble n'aura que peu d'impact sur la femme et son enfant à naître.

D) Quelles difficultés en période post natale ?

1. Des difficultés interactionnelles précoces

a) Distorsions interactionnelles alimentaires

L'allaitement maternel est actuellement largement promu. Pourtant, il est exigeant et nécessite, au-delà de certaines connaissances, un soutien de l'entourage et une confiance en soi et ses capacités maternelles. Lorsque ces critères sont remplis, les modalités d'allaitement des femmes anorexiques seront globalement similaires à celles des femmes non malades. D'ailleurs, le taux d'allaitement à la naissance apparaît similaire dans ces deux populations [167]. L'allaitement serait cependant laborieusement initié [170] et arrêté plus précocement [96].

Plusieurs interprétations ont été proposées pour expliquer cette interruption anticipée de l'allaitement. La première serait une production de lait insuffisante [54] en terme de quantité et qualité, du fait de la réémergence du trouble alimentaire. L'absence de quantification possible du lait ingéré pourrait sembler anxiogène, ce pourquoi les femmes anorexiques préféreraient planifier le nourrissage plutôt que de pratiquer l'allaitement à la demande [54].

L'étude de Micali et al. [116], contredit les dires précédents. Dans cette étude incluant plus de 12 000 femmes, celles qui souffraient de TCA étaient plus susceptibles de poursuivre l'allaitement à 1 an, parfois à but d'amaigrissement, parfois comme support pour enrayer les comportements alimentaires pathologiques.

Selon Stapleton et al. (2008) l'allaitement semble également cultiver la confiance en soi et ses compétences maternelles, et décharger la culpabilité des femmes qui avaient eu des troubles alimentaires pendant la grossesse [156]. Il pourrait donc offrir à certaines femmes quelque dégageant thérapeutique.

Plus tard, le chemin vers le sevrage de l'allaitement (qui symbolise la séparation) et une alimentation diversifiée est une étape redoutée des mères anorexiques [145]. Envahies par leurs propres préoccupations alimentaires, elles rencontreraient des difficultés à préparer les repas de leurs enfants, tergiversant quant à leur composition et leur durée. Le discours maternel concernant l'alimentation serait en outre souvent empreint d'émotions et commentaires négatifs, avec une dichotomie aliments sains versus « mauvais ». Parasités par le discours maternel, ces enfants peineraient à identifier leurs goûts et dégoûts. Ce contrôle exercé sur l'alimentation laisse peu de place à leur autonomisation et risque de rendre les temps de repas d'autant plus conflictuels que l'IMC maternel serait bas [157], dans un environnement peu chaleureux et convivial.

b) Autres distorsions interactives

Des distorsions interactives plus globales sont observées, en particulier dans la phase active de la pathologie. D'ailleurs 92% des femmes anorexiques mettaient cette observation en avant dans l'étude de Kouba et al. (2008) [91]. Aux prises des traits alexithymiques qui leur sont caractéristiques [138], elles peinent à interpréter les émotions négatives de leur bébé, et, incapables d'y répondre par le nursing ou la mentalisation, les traduisent comme besoin alimentaire [3].

Lors des temps de repas, comme dans les jeux, elles seraient plus contrôlantes paralysant l'autonomisation de leur enfant. Ce besoin de maîtrise semble se diffuser à l'exercice de la maternité, avec un style parental autoritaire et intrusif [78,157]. En cas de grande insatisfaction corporelle, ce style serait plutôt permissif, dans l'évitement du conflit [78].

Enfin, la perception teintée de négatif du tempérament de leur enfant [178] questionne. S'agit-il d'une altération de la perception de ces mères, du fait d'un biais de traitement de l'information sociale [180] ? D'un biais d'attention pour les visages menaçants [76] ? Ou bien ces enfants sont-ils objectivement plus difficiles, en réponse au stress prénatal ?

Il convient malgré tout de préciser la prudence nécessaire quant à la généralisation de ces résultats du fait de faibles échantillons, d'un ajustement inconstant sur le soutien social dont elles bénéficient et sur les comorbidités psychiatriques.

2. Des troubles psychiques

Il est difficile d'obtenir des données sur la dépression prénatale. Sa prévalence oscille entre 10 à 20% selon les études [21]. Or, elle serait un bon indicateur de la survenue d'une dépression post natale [71].

La dépression du post partum, qui se manifeste dans l'année suivant l'accouchement, est une complication redoutable, retrouvée chez plus de 30% des mères anorexiques [45,111,115]. Cette susceptibilité serait corrélée à différents facteurs avec en premier lieu, les co-morbidités psychiatriques fréquentes dans l'anorexie mentale : qu'il s'agisse d'un trouble dépressif (40%), d'un trouble anxieux (jusqu'à 83%) [68] ou bien d'un traumatisme notamment sexuel [111].

Il en résulte des comportements maternels peu adaptés, non synchrones, avec une pauvreté des contacts oculaires et un style interactif allant de la quasi-indifférence à l'intrusivité [129].

Le bébé se soumet aux besoins de sa mère par hyperadaptation, dans le but de réguler et protéger l'équilibre dyadique [95]. Quand son seuil de tolérance est dépassé, le retrait relationnel se met en place et le bébé apparaît alors indifférent aux sollicitations de l'adulte, son visage est peu expressif et l'activité corporelle est réduite. Des comportements d'autostimulation peuvent être observés. L'Echelle Alarme Détresse Bébé (ADBB) (annexe n°2) a été créée par A. Guedeney afin d'aider le clinicien à évaluer ce retrait relationnel.

L'ensemble de ces éléments est pourvoyeur de troubles du développement socio-affectif et cognitif de l'enfant [44].

Plus tard, on retrouve chez les enfants de mères ayant souffert de DPP un risque accru de troubles de l'attachement, de troubles du développement, et une perturbation des fonctions instinctuelles [45].

L'anorexie maternelle peut donc être associée à des distorsions interactives très précoces et des troubles de la parentalité, eux-mêmes vecteurs d'un sentiment d'incompétence parentale. La dépression post natale est sur-représentée dans cette classe de population, et a des conséquences dramatiques sur le développement de l'enfant et le lien mère bébé.

L'anorexie mentale en période périnatale est donc une problématique de santé publique, pour laquelle une prise en charge adéquate apparaît indispensable.

II. PROPOSITIONS D'INTERVENTION

Au regard des données de la littérature, préalablement synthétisées et analysées, nous proposons d'en retirer des enseignements qui pourraient guider ma pratique.

Lors de ma dernière année d'internat, j'ai pu intégrer les équipes de psychiatrie périnatale du CHU de Rouen et du GH du Havre. Nous intervenons principalement, dans le cadre de la liaison en maternité, auprès des femmes enceintes et des jeunes accouchées, après sollicitation de l'équipe soignante.

Un antécédent psychiatrique, la prise d'un traitement psychotrope, une symptomatologie anxio-dépressive, délirante ou traumatique, des troubles addictifs, une situation de vulnérabilité psycho-médico-sociale sont autant d'arguments pour nous orienter ces femmes [13]. Il est pour cela nécessaire que l'équipe obstétricale soit sensibilisée au repérage de ces situations « à risque ».

Si nous avons souvent été interpellés sur les problématiques précédemment décrites, un trouble alimentaire n'a jamais été le motif d'accès aux soins psychiques. Cette constatation a provoqué mon étonnement, d'autant que la littérature scientifique fait état d'une prévalence non négligeable de troubles alimentaires, dont l'anorexie, en période périnatale.

Pourquoi n'avions-nous pas accès à ces femmes ?

Sont-elles repérées par les équipes soignantes ?

Le fréquent déni des troubles fait-il obstacle à une prise en charge spécialisée ?

Le réseau de soins psychiques périnataux est-il identifié par les services d'obstétrique ?

C'est finalement par l'hospitalisation d'une enfant de 2 mois et demi dans le service des nourrissons au sein du GH du Havre que j'ai été confrontée à l'anorexie maternelle en période périnatale.

Rachel a 2 mois quand elle est hospitalisée dans le service de pédiatrie, accompagnée de sa mère, pour selles noires. L'équipe de pédiatrie nous sollicite devant une anxiété maternelle majeure ; et c'est dans ce contexte que nous rencontrons Mme A. et Rachel.

Rachel est née prématurément, à 35 SA+ 3 jours, suite à une rupture prématurée des membranes. La grossesse était désirée et s'est déroulée sans complication notable. Rachel est le premier enfant du couple.

Lorsque nous entrons dans la chambre, Rachel dort sur le buste nu de Mme A., qui nous explique qu'elle ne peut s'endormir autrement, et ce depuis la naissance. La séparation entre Mme et Rachel nous semble impossible ; Rachel ne quitte les bras de sa mère que lorsque cette dernière se douche. Aussi, l'allaitement maternel interroge Mme A. qui demandera à de multiples reprises des entretiens avec la conseillère en lactation, prétextant que Rachel ne boit pas suffisamment, ne grossit pas assez. Mme A. programme d'ailleurs son réveil toutes les trois heures, de jour comme de nuit, pour allaiter sa fille, et la pèse régulièrement, malgré un examen clinique parfaitement normal, et une courbe staturo-pondérale idéale. Quand Rachel pleure, Mme lui propose immédiatement le sein.

Au cours de ce premier entretien et de manière fortuite, nous apprenons que Mme A. a bénéficié il y a de ça plusieurs années d'un suivi psychiatrique pour anorexie mentale. Les troubles alimentaires avaient débuté en fin d'adolescence et l'état de santé inquiétant de Mme A. avait nécessité une hospitalisation pour renutrition. Elle se dit aujourd'hui guérie, ne bénéficie plus d'aucun suivi et ne souhaitera pas évoquer avec nous cette période de sa vie. En fait, Mme A. semble toujours exercer une certaine maîtrise sur son alimentation, et pratiquait juste avant la grossesse du sport de manière intensive, parfois jusqu'à 12 heures par jour.

La clinique maternelle est d'allure dépressive avec de nombreuses ruminations anxieuses depuis la grossesse, mises en lien avec des difficultés conjugales majeures. Le contexte hospitalier semble rassurer Mme, ce qui permet à l'équipe de psychiatrie périnatale d'amorcer un étayage de la relation mère-enfant, et de l'orienter vers une unité de périnatalité après la sortie d'hospitalisation.

La prise en charge conjointe par une pédopsychiatre, une psychologue et une infirmière puéricultrice a permis à ce jour une ébauche de séparation entre Rachel et Mme. Rachel dort désormais dans une nacelle à côté de Mme. La symptomatologie dépressive perdurant et les troubles du sommeil s'installant, un traitement par antidépresseurs et anxiolytiques est mis en place. Le suivi conjoint va perdurer afin de poursuivre le travail initié.

Cette vignette clinique illustre une fraction des données de la littérature quant aux liens entre anorexie mentale maternelle, grossesse et exercice de la maternité. Forte des enseignements tirés précédemment, j'en viens aujourd'hui à penser que l'issue de celle-ci aurait pu être différente si la dyade avait bénéficié de soins psychiques pendant la grossesse et en post partum immédiat. Comment se fait-il que cette dyade n'ait pas été orientée vers une prise en charge psychiatrique spécifique alors même que la patiente avait des antécédents de trouble alimentaire, que l'enfant était née prématurément et qu'ensemble elles avaient été hospitalisées dans « l'unité kangourou » de la maternité ?

A) Une action de dépistage

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2005 des recommandations professionnelles de bonnes pratiques pour la préparation à la naissance et à la parentalité. La surveillance de la grossesse vise à évaluer les risques fœtaux et maternels, de les prévenir, les dépister et les prendre en charge de façon optimale.

Un des obstacles à la prise en charge des femmes anorexiques enceintes ou ayant un projet de grossesse réside dans la difficulté d'identification de ces patientes. Leur déni fréquent des troubles [8,165] et les formes subcliniques passant parfois inaperçues compliquent ce repérage. Une minorité de patientes aborde spontanément leurs troubles actuels ou passés [101]. Cela peut s'expliquer par la volonté de garder leur trouble secret, par honte et de culpabilité [130] ou par crainte que leur soit proposée (imposée ?) une prise en charge [39].

Le dépistage apparaît pourtant essentiel [85] et sa réalisation le plus précocement possible garantirait une grossesse plus sereine et une prise en charge adaptée. La sensibilisation des obstétriciens et sages-femmes aux troubles alimentaires semble donc d'une importance capitale puisqu'ils ont un rôle clé dans le dépistage et la détection des troubles de l'alimentation [177].

Le dépistage des TCA pourrait être réalisé dès que le projet de grossesse est verbalisé, en consultation de médecine générale, d'obstétrique, ou encore dans les centres d'AMP. Il serait en effet théoriquement préférable de prendre en charge ces femmes avant d'envisager une grossesse, voire un traitement pour la fertilité. Ce dépistage exige cependant une bonne connaissance des troubles et des outils de dépistage de la part de ces professionnels de santé.

Si les gynécologues obstétriciens interrogent spontanément les antécédents de TCA, possiblement abordé par le questionnement sur les variations pondérales à l'adolescence [85], et le contrôle du poids, 50% d'entre eux n'utilisent pas d'outils objectifs tels que le calcul de l'IMC, pourtant bon indicateur de l'état nutritionnel [1].

Les études se contredisent par rapport à la prise pondérale pendant la grossesse. Si l'idée la plus répandue est que les patientes anorexiques usent de stratégies pour la limiter [120], il semblerait en fait qu'elles aient tendance à prendre autant, si ce n'est plus de poids que les femmes sans anorexie mentale [27,112].

Interroger les femmes sur leurs habitudes alimentaires est une porte d'entrée valable pour initier un dialogue sur d'éventuels troubles alimentaires. Les femmes sont globalement préoccupées par leur alimentation en période de grossesse, et il n'est pas rare qu'elles expriment la crainte de « *perdre le contrôle* » [84]. Quand ces préoccupations apparaissent excessives et/ou sont associées à une peur intense de prendre du poids, la possibilité d'une anorexie mentale est à investiguer [63]. Afin d'aborder ce sujet de façon détournée, il est envisageable de s'informer quant à l'acceptabilité des pesées lors des consultations de suivi de grossesse et de sonder le vécu des modifications corporelles imputables à la grossesse [85].

Le dépistage d'une anorexie mentale porte également sur d'autres critères pouvant orienter le professionnel. Il s'agit :

- de la régularité des cycles menstruels et de l'existence passée d'une aménorrhée, puisque 68 à 89% des femmes avec anorexie souffriraient d'une aménorrhée et 10% d'une oligoménorrhée [25].

- d'une hyperémèse gravidique, rencontrée plus fréquemment chez les patientes anorexiques [90].

- des troubles du transit, bien que non discriminants puisque fréquemment observés pendant la grossesse, et pour toutes les femmes [17]. Il faut en revanche être vigilant à l'utilisation abusive de diurétiques et/ou laxatifs, commune dans l'anorexie mentale [66].

- d'une hyperactivité physique, caractéristique de l'anorexie mentale [94] ; en témoigne ces réflexions « *J'avais la sensation de ne pas être capable de m'arrêter de nager par exemple, en étant parfaitement consciente qu'en nageant autant ça canalisait pas mal les calories que j'avalais (...). J'ai continué à faire quatre fois du sport par semaine jusqu'à l'accouchement. (...) Ne serait-ce que passer deux jours sans nager, ça me paniquait* » [184].

- des antécédents psychiatriques. On observe en effet une prévalence élevée de trouble dépressif chez les patientes anorexiques, avec une prévalence oscillant entre 63,9% chez les anorexiques restrictives strictes et 74,5% chez les anorexiques « mixtes » [67]. Moins étudié et moins fréquent dans les populations de patientes anorexiques, le trouble bipolaire ne concernerait que 0,2 à 6 % d'entre elles, selon le sous type d'anorexie, avec une prévalence plus importante en cas d'anorexie mixte [87]. Le trouble anxieux, notamment sous la forme de phobie sociale et de troubles obsessionnels compulsifs, est largement représenté dans les populations de patientes anorexiques puisqu'il concernerait environ 75% d'entre elles [69]. Enfin, les troubles de la personnalité restent très fréquents, avec une prévalence vie entière de 58% [32].

- des conduites addictives, avec abus ou dépendance à une substance [146]. Le tabagisme maternel pendant la grossesse est d'ailleurs retrouvé plus fréquemment dans cette population plutôt qu'en population générale [27].

Poser un diagnostic de TCA apparaît également difficile, du fait de méconnaissances des pathologies alimentaires [126] et de leur outils de dépistage. De nombreux questionnaires de dépistage spécifiques aux TCA existent, qu'ils soient auto administrés ou non. Les auto-questionnaires ont l'avantage de permettre un gain de temps et le recueil exhaustif d'informations.

Le « *Eating Attitude Test* » (EAT-26), forme révisée du EAT [62] développé et validé à la fin des années 1970, se compose de 26 items et évalue le comportement alimentaire.

Le « *Eating Disorder Examination* » (EDE), développé et validé pour la population adulte existe sous la forme d'un auto-questionnaire ou d'un entretien clinique. Il s'appuie sur les critères diagnostiques du DSM-III-R et du DSM-IV pour l'anorexie mentale. Sont évaluées la restriction, ainsi que les préoccupations concernant le poids, l'alimentation et la forme du corps. Il comporte un nombre important d'items, engendrant un long temps de passation, faisant obstacle au dépistage « de routine » [94].

Le questionnaire SCOFF (*Sick, Control, One stone, Fat, Food*) reste un outil fiable, simple et rapide de dépistage des TCA [127]. Nous en avons fait une description plus détaillée dans la première partie de ce travail. Andersen et al. (2009) [7] proposent un algorithme décisionnel en cas de SCOFF positif dans la population gynécologique (figure 7).

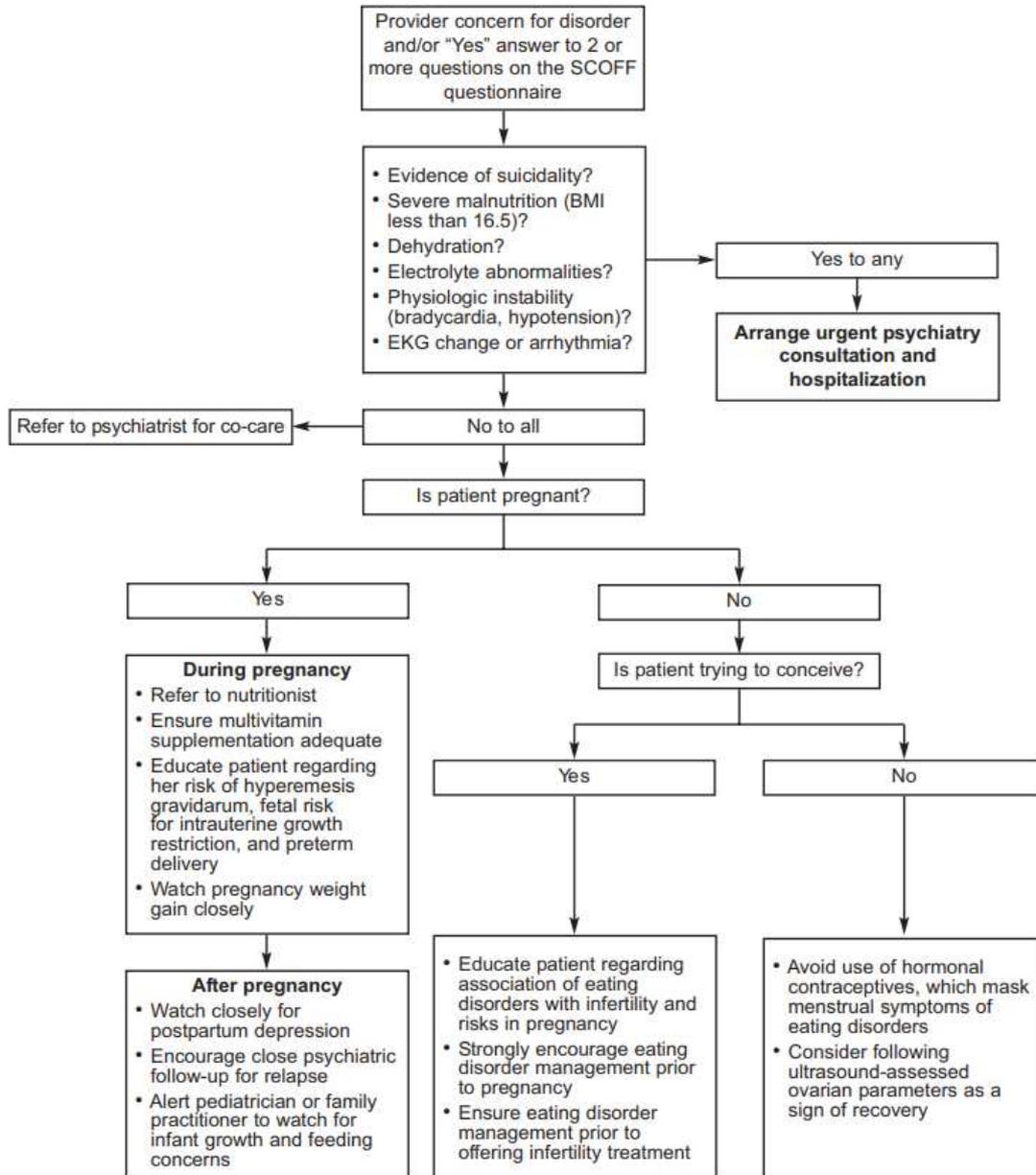


Figure 7 : Algorithme d'orientation des femmes avec SCOFF positif. [7]

Bien qu'utiles en population générale, aucun n'est spécifique aux populations de femmes gestantes. Les questionnaire SCOFF (ou SCOFF-F dans sa version française) semble être le plus utilisé dans les études pour cette population spécifique. Il a l'avantage d'être d'exécution rapide ne nécessitant pas d'expert [127]. Des aménagements semblent toutefois nécessaires pour l'appliquer à la population de femmes enceintes. Il se pose notamment la question de différencier la « pré grossesse » et la grossesse [85].

Peut-être serait-il plus pertinent de penser un questionnaire de dépistage spécifique à cette période. Il devra être facile et rapide d'utilisation. Les professionnels exposés au dépistage de « première ligne » n'ayant pas forcément reçu de formation spécifique à ces pathologies. De même, de nombreux points d'ordre médico-social notamment sont à aborder, ce qui laisse peu de temps pour effectuer ce dépistage.

L'entretien prénatal précoce (EPP) du 4^e mois pourrait être un temps optimal pour ce dépistage. Non obligatoire mais systématiquement proposé, il permet l'élaboration du projet de naissance. Un climat de confiance s'établit entre la patiente, le couple et le soignant, propice aux confidences. Mais les sept consultations pré natales obligatoires, les séances de préparation à l'accouchement, ... sont autant de moments opportuns pour effectuer ce dépistage.

B) Pour quelle prise en charge ?

La grossesse peut ainsi, sous certains aspects, apparaître comme la période la plus propice pour l'accompagnement des troubles alimentaires.

La prise en charge d'une anorexie mentale est très complexe, d'autant plus lorsqu'elle se passe lors d'une grossesse. Elle concerne de multiples professionnels et nécessite donc un travail en réseau. C'est là tout l'intérêt des staffs médico-psychosociaux, réunions « *regroupant des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment* » (HAS, 2010). Cette organisation permet de proposer des prises en charge adaptées et personnalisées tout au long de la grossesse et en post partum immédiat.

Le premier professionnel intéressé est celui qui déclare la grossesse. Il s'agit dans 50% des cas du gynécologue [185]. Selon les régions et la densité médicale, le médecin généraliste ou les sages-femmes peuvent les assurer [74].

Le suivi de grossesse peut ensuite être assuré par des sages-femmes libérales ou hospitalières. En cas d'anorexie grave, il peut être pertinent d'orienter ces femmes vers des maternités de niveau III⁶ afin de garantir un suivi obstétrical rapproché et de prévenir voire prendre en charge les complications obstétricales et néonatales parfois majeures consécutives au trouble alimentaire. Une hospitalisation en cours de grossesse dans une unité de grossesses pathologiques pourra même se discuter en cas de dénutrition importante, de crises boulimiques rapprochées ou de complications fœtales telles qu'un RCIU.

⁶ En France, les maternités sont classées en fonction des soins proposés en trois niveaux : 1, 2 et 3. Les maternités de niveau 1 accueillent les femmes dont la grossesse ne présente aucune complication. Elles disposent d'un service d'obstétrique unique. Les maternités de niveau 2A disposent en plus d'un service de néonatalogie et celles de niveau 2B d'une unité de soins intensifs. Enfin les maternités de niveau 3 ont, en plus de ces structures, un service de réanimation néonatale.

Aussi, et même si la grossesse se déroule sans heurt, des consultations plus régulières avec une sage-femme peuvent être organisées afin de rassurer ces femmes sur les maux de grossesse. Ces dernières sont en effet parfois extrêmement démunies face aux modifications et sensations corporelles, comme exposé précédemment.

Lors du séjour à la maternité, les équipes d'obstétrique peuvent s'appuyer sur des outils comme l'échelle de Brazelton ou NBAS (*Neonatal Behavioral Assessment Scale*) pour évaluer les particularités émotionnelles et comportementales du nouveau-né. Mais le raccourcissement du temps moyen d'hospitalisation des dyades réduit les chances de pouvoir rencontrer les bébés vulnérables et leurs mères fragiles. C'est pourquoi le repérage en ante natal est idéal, pour orienter vers les « unités kangourou »⁷.

Le recours à un suivi diététique et/ou nutritionniste apparaît judicieux, afin notamment de prévenir ou traiter les carences nutritionnelles. La grossesse tend parfois à être un temps où la prise alimentaire est mieux tolérée, puisqu'il s'agit de garantir le bon développement fœtal [84]. Les femmes acceptent voire sont demandeuses d'une prise en charge nutritionnelle. Une co-consultation entre diététicien/nutritionniste et obstétricien/sage-femme donnant une information sur les besoins nutritionnels de la femme enceinte et le développement fœtal détaillé, dans le but de garantir une croissance fœtale optimale pourrait être pertinent.

Dans certaines maternités sont implantées des équipes de liaison de psychiatrie périnatale. L'activité de liaison est exercée « *par des professionnels experts dans le domaine de la souffrance psychique et de la santé mentale, destinée aussi bien aux besoins des patients hospitalisés, ou suivis dans des services de médecine, chirurgie, obstétrique d'un même hôpital, qu'à ceux de leur entourage ou des soignants qui en ont la charge* ». [55] Leur composition varie d'une maternité à l'autre.

Au CHU de Rouen, elle se compose de pédopsychiatres et d'internes de psychiatrie. Au GH du Havre, une infirmière puéricultrice fait également partie de l'équipe. Nous intervenons au sein des services de grossesse pathologique et de suites de couches, uniquement à la demande des équipes soignantes. Selon la problématique avancée, la patiente peut être réorientée vers les psychologues, avec qui l'équipe travaille. L'équipe de psychiatrie périnatale du Havre a proposé la rédaction d'un organigramme visant à aiguiller les professionnels de l'obstétrique pour orienter les femmes présentant des fragilités psychiques (annexe n°4).

Dans d'autres maternités, les équipes s'étoffent de secrétaires, assistants sociaux et psychologues. AU CHU de Toulouse par exemple, la secrétaire reçoit les appels des soignants et la répartition du travail s'effectue selon les indications et disponibilités de chacun.

À l'Institut Mutualiste Montsouris (Paris), un staff obstétrical au cours duquel sont abordées les situations dites « à risque » a lieu chaque semaine [13]. Afin de faire le lien avec

⁷ Les « unités kangourou » sont des unités de néonatalogie, bien souvent intégrées au sein des unités de suite de couches des maternités de niveau 2 et 3, qui se caractérisent par l'hospitalisation conjointe de la mère et de son enfant.

les structures extérieures, - et comme cela se fait au CHU de Rouen -, une réunion mensuelle voire bi-mensuelle peut être organisée avec l'équipe de psychiatrie périnatale et le service social de la maternité, les sages-femmes de PMI de secteur et les structures extérieures si nécessaire (foyers maternels, ASE, ...).

La collaboration est parfois difficile entre le psychiatre et les somaticiens. Le psychiatre doit donc adapter sa pratique, utiliser un langage compréhensible, être présent le plus régulièrement possible, et accepter de modifier la temporalité de son action, en intervenant parfois de manière urgente.

Avant la sortie de la maternité, une évaluation médico-psycho-sociale permettra l'élaboration d'un projet de sortie et une prise en charge optimale en post partum. Ainsi, le suivi psychiatrique initié le plus précocement possible, perdurera en période post natale. Afin qu'il soit mieux accepté et afin d'abaisser les défenses de la patiente, une approche empathique et non culpabilisante est nécessaire. Le psychiatre exerçant en psychiatrie périnatale n'a pas pour mission de soigner le trouble alimentaire de la femme mais de prévenir d'éventuels embarras dans l'exercice de la maternité du fait de ce trouble. Il reçoit une (future) mère et non une patiente anorexique, réintégrant le symptôme dans le contexte de la grossesse. Bien sûr, il pourra traiter les co-morbidités psychiatriques que l'on sait fréquentes dans cette population, en particulier la dépression [45]. Pour cela, il s'appuiera sur la prescription de psychotropes autorisés pendant la grossesse et/ou l'allaitement. Bien qu'il n'y ait pas de recommandations d'un organisme officiel, le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) préconise de traiter les pathologies psychiatriques à posologie efficace. Le rapport bénéfice-risque est à élucider et il faut prêter une attention particulière au risque tératogène, ces traitements traversant la barrière placentaire.

Après la naissance de l'enfant, l'accompagnement de la dyade a pour objectif de prévenir les troubles interactionnels précoces. Il peut prendre différentes formes, comprenant des consultations psychiatriques et/ou psychologiques classiques, des visites à domicile, une intégration dans un hôpital de jour ou une structure spécialisée comme Le P'tit Hans (Le Havre). En cas de trouble grave, une hospitalisation en unité mère-bébé peut s'avérer indispensable.

CONCLUSION

Ce travail avait pour objectif d'étudier l'existence de spécificités de la maternité des femmes anorexiques au moyen d'une revue de la littérature. La synthèse de ces données met en exergue plusieurs tendances. L'anorexie mentale, qui touche environ 1% des femmes enceintes, voit régulièrement sa symptomatologie s'atténuer au cours de la grossesse et resurgir en post partum. Cette pathologie affecte la fertilité, et par voie de conséquence l'accès à la maternité, comme en atteste le recours fréquent à une aide médicale à la procréation. Bien que les grossesses se déroulent majoritairement sans complication grave, on observe de façon répétée un petit poids de naissance et un risque accru de prématurité. Enfin, la littérature pointe des difficultés interactionnelles précoces – tant dans le nourrissage que dans les stratégies d'ajustement et les différents soins portés à l'enfant – ainsi qu'un risque considérable de dépression post natale.

La grossesse et le post partum des femmes présentant ou ayant présenté une anorexie mentale doivent donc être considérés comme des périodes de fragilisation aux conséquences plurielles pour la mère et l'enfant, nécessitant un travail en réseau, pluridisciplinaire. Cela s'établit sur une logique de prévention et de dépistage, requérant la formation de tous les intervenants en périnatalité (médecins généralistes, obstétriciens, sages-femmes), et la mise en place d'un suivi spécialisé afin de favoriser le bon développement de l'enfant et soutenir la constitution d'une relation mère-bébé de qualité.

Consacrer mon travail de thèse à l'exploration des troubles du comportement alimentaire en période périnatale m'a permis de répondre à de nombreuses interrogations qui sont apparues au cours de mon cursus d'étudiante puis de mon internat. Les lectures, recherches et réflexions suscitées par ce travail viendront, avec certitude, enrichir et guider ma pratique. Je serais honorée que la communication des points clé de cette thèse sous forme de sensibilisation puisse bénéficier à l'ensemble des acteurs exerçant en périnatalité (maternités, réseau de périnatalité, etc.) qui le désirent.

À mesure de mon implication, ma motivation à me spécialiser dans ce champ n'a fait que croître, faisant apparaître de nouvelles questions. Aussi, pleinement consciente que la clinique psychiatrique en périnatalité est exigeante et qu'elle ne se réduit pas à cette seule problématique, je nourris l'ambition d'explorer plus en profondeur – à l'instar de ce travail de thèse – l'évaluation des interactions précoces et du comportement néonatal dans l'optique d'offrir la meilleure prise en charge possible à mes futures patientes et de les soutenir dans leur maternité.

ANNEXE N°1

French version of SCOFF questionnaire

1. Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop plein ? Oui/Non
2. Êtes-vous inquiet(e) d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ? Oui/Non
3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en moins de 3 mois ? Oui/Non
4. Vous trouvez-vous gros(se) alors même que les autres disent que vous êtes trop mince ? Oui/ Non
5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ? Oui/Non

*Supplementary Material for GarciaFD, GrigioniS , Chelali S , Meyrignac G , ThibautF, DechelotteP .
Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among
adults. World J Biol Psychiatry, 2010;11:888–893.*

ANNEXE N °2

Item

1. Have you been worrying that you might not be a good mother? (much, very much)
 2. Have you worried about hurting your baby? (much, very much)
 3. Have you had enough time for yourself since you had the baby? (little, not at all)
 4. Have you regretted having the baby? (often, very often)
 5. Have you felt proud of being a mother? (seldom, never)
 6. Have you been feeling happy that you have a baby? (little, not at all)
 7. Has the thought of having more children appealed to you? (little, not at all)
 8. Have you felt disappointed by motherhood? (often, very often)
 9. Have you enjoyed caring for your baby's needs? (little, not at all)
 10. Have you been wondering whether your baby will be healthy and normal? (much, very much)
 11. Has life been more difficult since the baby was born? (much, very much)
 12. Have you enjoyed feeding your baby? (little, not at all)
-

Version du MAMA questionnaire utilisée dans l'étude de Kouba et al. (2008) [91]

ANNEXE N°3

ALARME DETRESSE BEBE (ADBB) A. Guedeney, 2012©

Chaque item est coté de 0 à 4.

- 0 : Pas de comportement anormal de retrait
- 1 : Comportement discrètement anormal
- 2 : Comportement nettement anormal
- 3 : Comportement très nettement anormal
- 4 : Comportement massivement anormal

L'échelle est au mieux remplie par l'observateur lui-même, sur la base de ses propres observations, juste après la consultation. On évalue d'abord le comportement spontané, puis la réaction aux stimulations (sourire, voix, geste, toucher, etc..), en suivant l'évolution des réactions tout au long de l'examen. La valeur correspond à la réaction la plus significative pendant toute la durée de l'observation. En cas d'hésitation entre deux valeurs de l'échelle, on applique la gradation ci-dessus. **En cas de doute, on applique la valeur la plus basse.**

1 EXPRESSION DU VISAGE. Diminution de l'expressivité du visage:

0 1: 2: 3: 4

2 CONTACT VISUEL. Diminution du contact visuel:

0 1: 2: 3: 4

3 ACTIVITE CORPORELLE. : Diminution de la mobilité de la tête, du torse et des membres, sans prendre en compte l'activité des mains et des doigts

0 1: 2: 3: 4

4 GESTES D'AUTO-STIMULATION. L'enfant se centre son corps (doigts, mains, cheveux, succion du pouce, frottement répétitifs...), d'une manière automatique, sans plaisir, et de façon apparaissant détachée du reste de son activité :

0 1: 2: 3: 4

5 VOCALISATIONS. Diminution des vocalisations, qu'elles traduisent le plaisir (gazouillis, rire, babil, lallations, cris aigus de plaisir), mais aussi le déplaisir, l'anxiété ou la douleur (cris, geignements et pleurs) :

0 1: 2: 3: 4

6 VIVACITE DE LA REACTION A LA STIMULATION. Diminution de la vivacité de la réaction à la stimulation, au cours de l'examen (sourire, voix, toucher). Note: ce n'est pas l'ampleur de la réponse qui est évaluée ici, mais le délai de la réponse ; **l'absence de réaction ne permet pas de coter:**

0 1: 2: 3: 4

7 RELATION. Diminution de l'aptitude de l'enfant à entrer en relation, avec l'observateur, l'examineur ou toute personne présente dans la pièce, excepté celle qui s'occupe habituellement de l'enfant. La relation est évaluée par le comportement, le contact visuel, la réaction aux stimulations :

0: 1: 2: 3: 4:

8 - ATTRACTIVITE. Effort d'attention nécessaire pour rester en contact avec l'enfant, et sentiment de plaisir ou d'inquiétude que procure le contact avec l'enfant, **et le sentiment subjectif de durée de l'examen :**

0: 1: 2: 3: 4

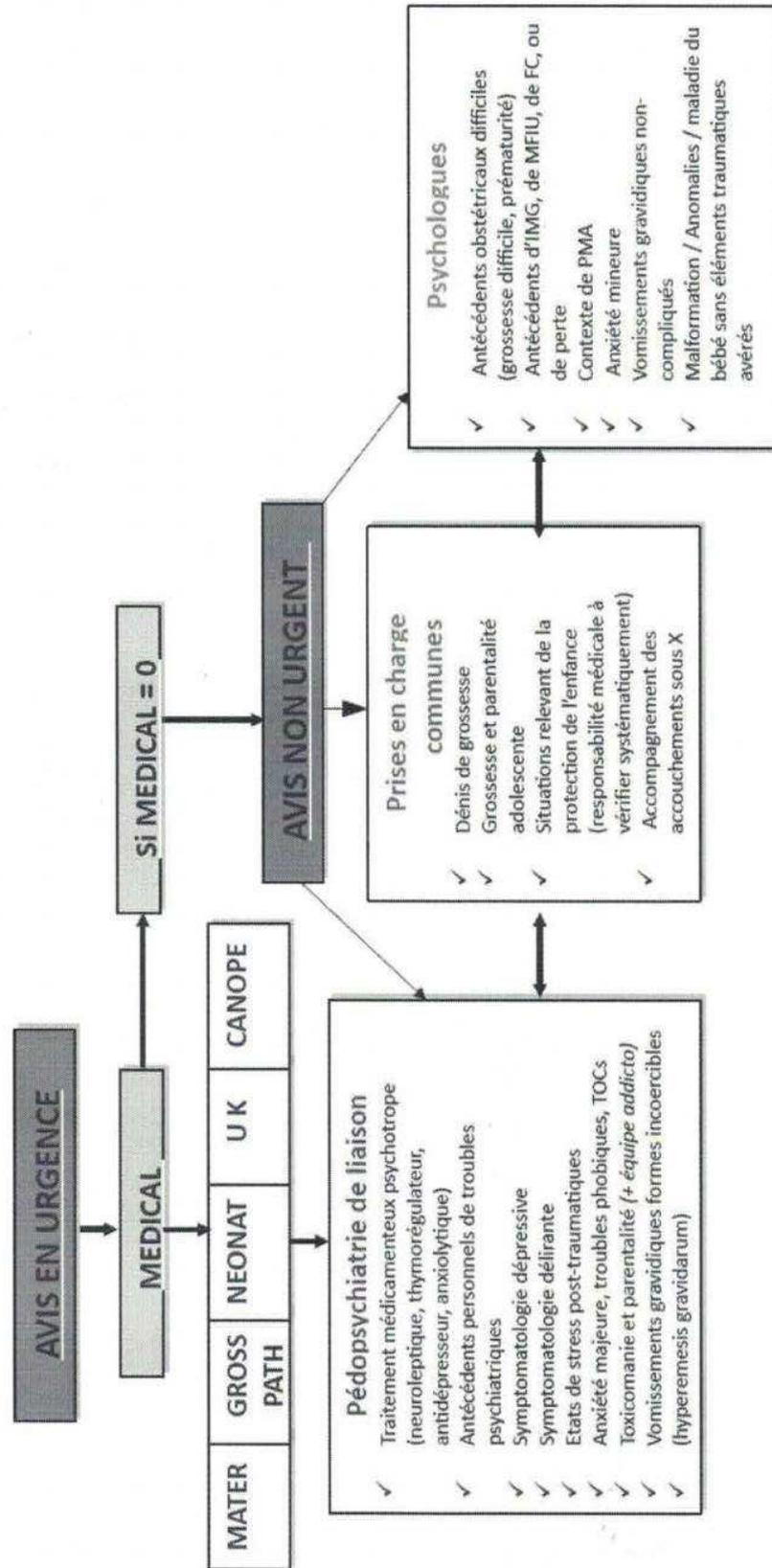
Nom/N° :

Age : Examineur

Total:

ANNEXE N°4

Soins psychiques en Périnatalité : Qui appeler ? (Grossesses pathologiques – Maternité Néonatalogie – Unité Kangourou)



BIBLIOGRAPHIE

1. Abraham S: Obstetricians and maternal body weight and eating disorders during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001 Sep;22:159–163.
2. 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'Évolution Psychiatrique* 2012 Apr;77:247–264.
3. Agras S, Hammer L, McNicholas F: A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *Int J Eat Disord* 1999 Apr;25:253–262.
4. Alvarez L, Cayol V: *Psychologie et psychiatrie de la grossesse: de la femme à la mère*. Paris, O. Jacob, 2015.
5. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, editors: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed Washington, D.C, American Psychiatric Association, 2013.
6. Ammaniti M, Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F: Transmission intergénérationnelle : troubles alimentaires de l'enfance et psychopathologie maternelle. *Devenir* 2004;16:173.
7. Andersen AE, Ryan GL: Eating Disorders in the Obstetric and Gynecologic Patient Population: *Obstetrics & Gynecology* 2009 Dec;114:1353–1367.
8. Anderson DA, Donahue J, Ehrlich LE, Gorrell S: Psychological assessment of the eating disorders.; in : *The Oxford handbook of eating disorders*, 2nd ed. New York, NY, US, Oxford University Press, 2018, pp 211–221.
9. Ante Z, Luu TM, Healy-Profítos J, He S, Taddeo D, Lo E, et al.: Pregnancy outcomes in women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2020 Feb 25;eat.23251.
10. Arcelus J: Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-analysis of 36 Studies. *Arch Gen Psychiatry* 2011 Jul 1;68:724.
11. Astrachan-Fletcher E, Veldhuis C, Lively N, Fowler C, Marcks B: The Reciprocal Effects of Eating Disorders and the Postpartum Period: A Review of the Literature and Recommendations for Clinical Care. *Journal of Women's Health* 2008 Mar;17:227–239.
12. Baker JH, Schaumberg K, Munn-Chernoff MA: Genetics of Anorexia Nervosa. *Curr Psychiatry Rep* 2017 Sep 22;19:84.
13. Balsan G, Milan C, Mutel-Laporte N: Les fruits de la liaison maternité-psy. Prémisses d'une psychiatrie périnatale auprès des femmes enceintes souffrant de TCA. *Le Carnet PSY* 2018;213:27.
14. Bansil P, Kuklina EV, Whiteman MK, Kourtis AP, Posner SF, Johnson CH, et al.: Eating Disorders among Delivery Hospitalizations: Prevalence and Outcomes. *Journal of Women's Health* 2008 Nov;17:1523–1528.

15. Barona M, Nybo Andersen A-M, Micali N: Childhood psychopathology in children of women with eating disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2016;134:295–304.
16. Barse LM de, Tharner A, Micali N, Jaddoe VVW, Hofman A, Verhulst FC, et al.: Does maternal history of eating disorders predict mothers' feeding practices and preschoolers' emotional eating? *Appetite* 2015 Feb;85:1–7.
17. Battu C: Troubles digestifs et grossesse. *Actualités Pharmaceutiques* 2015 Nov;54:19–22.
18. Bayle B: *Psychiatrie et psychopathologie périnatales*. 2017.
19. Bayley TM, Dye L, Jones S, DeBono M, Hill AJ: Food cravings and aversions during pregnancy: relationships with nausea and vomiting. *Appetite* 2002 Feb;38:45–51.
20. Becker AE, Thomas JJ, Franko DL, Herzog DB: Disclosure patterns of eating and weight concerns to clinicians, educational professionals, family, and peers. *Int J Eat Disord* 2005 Jul;38:18–23.
21. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR: Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004 Apr;103:698–709.
22. Bergeret-Amselek C: *Le mystère des mères*. Paris, Desclée De Brouwer, 2005.
23. Blais MA, Becker AE, Burwell RA, Flores AT, Nussbaum KM, Greenwood DN, et al.: Pregnancy: outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. *Int J Eat Disord* 2000 Mar;27:140–149.
24. Brinch M, Isager T, Tolstrup K: Anorexia nervosa and motherhood: reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. *Acta Psychiatr Scand* 1988 May;77:611–617.
25. Bulik CM, Hoffman ER, Von Holle A, Torgersen L, Stoltenberg C, Reichborn-Kjennerud T: Unplanned Pregnancy in Women With Anorexia Nervosa: *Obstetrics & Gynecology* 2010 Nov;116:1136–1140.
26. Bulik CM, Von Holle A, Hamer R, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P, et al.: Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychol Med* 2007 Aug;37:1109–1118.
27. 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 (MoBa). *Int J Eat Disord* 2009 Jan;42:9–18.
28. Bydlowski M: *Je rêve un enfant l'expérience intérieure de la maternité*. Paris, O. Jacob, 2010.
29. Bydlowski M: *La dette de vie itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris, PUF, 2008.
30. Bydlowski M: Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir* 2001;13:41.

31. Carmichael SL: Dieting Behaviors and Risk of Neural Tube Defects. *American Journal of Epidemiology* 2003 Dec 15;158:1127–1131.
32. Cassin S, Vonranson K: Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review* 2005 Nov;25:895–916.
33. Chang S-R, Chao Y-MY, Kenney NJ: I am a woman and i'm pregnant: body image of women in Taiwan during the third trimester of pregnancy. *Birth* 2006 Jun;33:147–153.
34. Chassevent-Pajot A, Guillou-Landréat M, Grall-Bronnec M, Wainstein L, Philippe H-J, Lombrail P, et al.: Étude de prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes dans une maternité universitaire. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2011 May;40:237–245.
35. Chelali S: Les échelles et questionnaires d'évaluation des troubles du comportement alimentaire : revue systématique. [Internet] 2010; Available from: <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=417278>
36. Chevalier N, Delotte J, Trastour C, Bongain A: Grossesse et anorexie mentale évolutive : une observation inhabituelle. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2008 Nov;36:1105–1108.
37. Chinello A, Dolci V, Covili SF, Tugnoli E, Bertelli S, Micali N, et al.: The experience of pregnancy during anorexia nervosa: an interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology* 2019 Oct 2;16:591–601.
38. Clark A, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J: My baby body: A qualitative insight into women's body-related experiences and mood during pregnancy and the postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2009 Nov;27:330–345.
39. Claydon EA, Davidov DM, Zullig KJ, Lilly CL, Cottrell L, Zerwas SC: Waking up every day in a body that is not yours: a qualitative research inquiry into the intersection between eating disorders and pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018 Dec;18:463.
40. Connan F, Campbell IC, Katzman M, Lightman SL, Treasure J: A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiology & Behavior* 2003 Jun;79:13–24.
41. Connan F, Murphy F, Connor SEJ, Rich P, Murphy T, Bara-Carill N, et al.: Hippocampal volume and cognitive function in anorexia nervosa. *Psychiatry Res* 2006 Mar 31;146:117–125.
42. Corcos M: L'anorexie mentale. *Le Journal des psychologues* 2006;234:58.
43. Crow SJ, Agras WS, Crosby R, Halmi K, Mitchell JE: Eating disorder symptoms in pregnancy: a prospective study. *Int J Eat Disord* 2008 Apr;41:277–279.
44. Cummings EM, Davies PT: Maternal depression and child development. *J Child Psychol Psychiatry* 1994 Jan;35:73–112.
45. Dayan J, Creveuil C, Dreyfus M, Herlicoviez M, Baleyte J-M, O'Keane V: Developmental Model of Depression Applied to Prenatal Depression: Role of Present

- and Past Life Events, Past Emotional Disorders and Pregnancy Stress. PLoS ONE 2010 Sep 22;5:e12942.
46. Delcroix M-H, Touraine M: La grossesse et le tabac. 2017.
 47. Duncombe D, Wertheim EH, Skouteris H, Paxton SJ, Kelly L: How well do women adapt to changes in their body size and shape across the course of pregnancy? *J Health Psychol* 2008 May;13:503–515.
 48. Eagles JM, Lee AJ, Raja EA, Millar HR, Bhattacharya S: Pregnancy outcomes of women with and without a history of anorexia nervosa. *Psychol Med* 2012 Dec;42:2651–2660.
 49. Easter A, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J, et al.: Recognising the Symptoms: How Common Are Eating Disorders in Pregnancy?: *Eating Disorders Symptoms in Pregnancy*. *Eur Eat Disorders Rev* 2013 Jul;21:340–344.
 50. Easter A, Solmi F, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U, et al.: Antenatal and Postnatal Psychopathology Among Women with Current and Past Eating Disorders: Longitudinal Patterns: *Longitudinal Patterns Psychopathology During the Perinatal Period*. *Eur Eat Disorders Rev* 2015 Jan;23:19–27.
 51. Easter A, Treasure J, Micali N: Fertility and prenatal attitudes towards pregnancy in women with eating disorders: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *BJOG* 2011 Nov;118:1491–1498.
 52. Eik-Nes TT, Horn J, Strohmaier S, Holmen TL, Micali N, Bjørnelv S: Impact of eating disorders on obstetric outcomes in a large clinical sample: A comparison with the HUNT study. *Int J Eat Disord* 2018 Oct;51:1134–1143.
 53. Ekeus C, Lindberg L, Lindblad F, Hjern A: Birth outcomes and pregnancy complications in women with a history of anorexia nervosa. *BJOG: Int J O&G* 2006 Aug;113:925–929.
 54. Evans J, Grange D le: Body size and parenting in eating disorders: a comparative study of the attitudes of mothers towards their children. *Int J Eat Disord* 1995 Jul;18:39–48.
 55. Fédération française de psychiatrie: Livre blanc de la psychiatrie. Montrouge, France, John Libbey Eurotext, 2003.
 56. 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* 2001 Sep;158:1461–1466.
 57. Freizinger M, Franko DL, Dacey M, Okun B, Domar AD: The prevalence of eating disorders in infertile women. *Fertil Steril* 2010 Jan;93:72–78.
 58. Gandillot S, Wendland J, Wolff M, Moisselin P: Etude comparative des interactions précoces des mères psychotiques et déprimées avec leur bébé. *Devenir* 2012;24:141.
 59. Gandouly M: Anorexie et maternité : un ventre plein pour apaiser un ventre vide ? *Le Carnet PSY* 2013;168:36.

60. Garcia FD, Grigioni S, Chelali S, Meyrignac G, Thibaut F, Dechelotte P: Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *World J Biol Psychiatry* 2010 Oct;11:888–893.
61. Garner D: Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet* 1993 Jun;341:1631–1635.
62. Garner DM, Garfinkel PE: The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979 May;9:273–279.
63. Gebhard DS: Troubles du comportement alimentaire et maternité: entre risque et opportunité 2017;2.
64. Gerardin P, Wendland J, Bodeau N, Galin A, Bialobos S, Tordjman S, et al.: Depression During Pregnancy: Is the Developmental Impact Earlier in Boys? A Prospective Case-Control Study. *J Clin Psychiatry* 2011 Mar 15;72:378–387.
65. Godart N, Lamas C, Nicolas I, Corcos M: Anorexie mentale à l'adolescence. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 2010 Mar;23:30–50.
66. Godart N, Perdereau F, Jeammet P: Données épidémiologiques: anorexie chez l'adolescent. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 2004 Sep;17:327–330.
67. Godart N, Radon L, Curt F, Duclos J, Perdereau F, Lang F, et al.: Mood disorders in eating disorder patients: Prevalence and chronology of ONSET. *Journal of Affective Disorders* 2015 Oct;185:115–122.
68. Godart NT, Flament MF, Lecrubier Y, Jeammet P: Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *Eur Psychiatry* 2000 Feb;15:38–45.
69. Godart NT, Flament MF, Perdereau F, Jeammet P: Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. *Int J Eat Disord* 2002 Nov;32:253–270.
70. Gorwood P, Blanchet-Collet C, Chartrel N, Duclos J, Dechelotte P, Hanachi M, et al.: New Insights in Anorexia Nervosa. *Front Neurosci* 2016 Jun 29;10. DOI: 10.3389/fnins.2016.00256
71. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI: Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1989 Apr;57:269–274.
72. Grigioni S, Déchelotte P: Épidémiologie et évolution des troubles du comportement alimentaire. *Med Nutr* 2012;48:28–32.
73. Gutton P: *Le pubertaire*. Paris, Presses universitaires de France, 2013.
74. Hadji Kobiyyh: *Place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse* 2009;
75. Hammerle F, Huss M, Ernst V, Bürger A: Thinking dimensional: prevalence of DSM-5 early adolescent full syndrome, partial and subthreshold eating disorders in a cross-sectional survey in German schools. *BMJ Open* 2016 May;6:e010843.

76. Harrison A, Tchanturia K, Treasure J: Attentional bias, emotion recognition, and emotion regulation in anorexia: state or trait? *Biol Psychiatry* 2010 Oct 15;68:755–761.
77. Haute Autorité de Santé: Anorexie mentale : prise en charge [Internet] 2010; Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_-_mentale.pdf
78. Haycraft E, Blissett J: Eating disorder symptoms and parenting styles. *Appetite* 2010 Feb;54:221–224.
79. Hebebrand J, Muller TD, Holtkamp K, Herpertz-Dahlmann B: The role of leptin in anorexia nervosa: clinical implications. *Mol Psychiatry* 2007 Jan;12:23–35.
80. Hoek HW: Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006 Jul;19:389–394.
81. Hoek HW, Hoeken D van: Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003 Dec;34:383–396.
82. Holland AJ, Hall A, Murray R, Russell GF, Crisp AH: Anorexia nervosa: a study of 34 twin pairs and one set of triplets. *Br J Psychiatry* 1984 Oct;145:414–419.
83. Holtkamp K, Mika C, Grzella I, Heer M, Pak H, Hebebrand J, et al.: Reproductive function during weight gain in anorexia nervosa. Leptin represents a metabolic gate to gonadotropin secretion. *J Neural Transm (Vienna)* 2003 Apr;110:427–435.
84. Hubin-Gayte M: Troubles des conduites alimentaires et maternité : analyse de forums sur Internet. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2011 Dec;169:615–620.
85. 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.
86. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC: The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007 Feb 1;61:348–358.
87. Iwasaki Y, Matsunaga H, Kiriike N, Tanaka H, Matsui T: Comorbidity of axis I disorders among eating-disordered subjects in Japan. *Compr Psychiatry* 2000 Dec;41:454–460.
88. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, et al.: Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry* 2007 Aug;164:1259–1265.
89. Koletzko B, Schiess S, Brands B, Haile G, Demmelmair H, Kries R von, et al.: [Infant feeding practice and later obesity risk. Indications for early metabolic programming]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2010 Jul;53:666–673.
90. Kouba S, Hällström T, Lindholm C, Hirschberg AL: Pregnancy and Neonatal Outcomes in Women With Eating Disorders: *Obstetrics & Gynecology* 2005 Feb;105:255–260.

91. Koubaa S, Hällström T, Hirschberg AL: Early maternal adjustment in women with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2008 Jul;41:405–410.
92. Kumar R, Robson KM, Smith AM: Development of a self-administered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. *J Psychosom Res* 1984;28:43–51.
93. Lacey JH, Smith G: Bulimia Nervosa: The Impact of Pregnancy on Mother and Baby. *Br J Psychiatry* 1987 Jun;150:777–781.
94. Lamas C, Shankland R, Nicolas I, Guelfi J-D: *Les troubles des conduites alimentaires*. Paris, Elsevier Masson, 2012.
95. Lamour M, Barraco M: *Souffrances autour du berceau: des émotions au soin*. Paris, Gaëtan Morin, 1998.
96. Larsson G, Andersson-Ellström A: Experiences of pregnancy-related body shape changes and of breast-feeding in women with a history of eating disorders: Pregnancy-related Body Shape Changes. *Eur Eat Disorders Rev* 2003 Mar;11:116–124.
97. Lasègue C: De l'anorexie hystérique. *Archives générales de médecine* 1873;385–403.
98. Lebovici † S, Solis-Ponton L, Barriguete JA: III – L'arbre de vie, l'empathie métaphorisante, l'énaction [Internet]; in : *La parentalité*. Presses Universitaires de France, 2002, p 49.
99. Lebovici S, Moro MR: Les interactions fantasmatiques [Internet]; in : *L'arbre de vie*. Toulouse, ERES, 2009, pp 73–86.
100. Lee Y, Lin P-Y: Association between serotonin transporter gene polymorphism and eating disorders: a meta-analytic study. *Int J Eat Disord* 2010 Sep;43:498–504.
101. Lemberg R, Phillips J: The impact of pregnancy on anorexia nervosa and bulimia:11.
102. Levine RL: Endocrine aspects of eating disorders in adolescents. *Adolesc Med* 2002 Feb;13:129–143, vii.
103. Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M: Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2014 Oct;211:392.e1-392.e8.
104. Lydecker JA, Grilo CM: Fathers and mothers with eating-disorder psychopathology: Associations with child eating-disorder behaviors. *Journal of Psychosomatic Research* 2016 Jul;86:63–69.
105. Makino M, Yasushi M, Tsutsui S: The risk of eating disorder relapse during pregnancy and after delivery and postpartum depression among women recovered from eating disorders. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020 Dec;20:323.
106. Mantel Ä, Hirschberg AL, Stephansson O: Association of Maternal Eating Disorders With Pregnancy and Neonatal Outcomes. *JAMA Psychiatry* 2020 Mar 1;77:285.

107. Marcelli D: Adolescence et parentalité : le passage à l'âge adulte. *Nervure* (n°4 vol 8) 1995;33–37.
108. Marpeau L: Tabagisme et complications gravidiques. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2005 Apr;34:130–134.
109. Martino B, Guérinaud M: *Le bébé est une personne*. 2012.
110. Mazzeo SE, Slof-Op't Landt MCT, Jones I, Mitchell K, Kendler KS, Neale MC, et al.: Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *Int J Eat Disord* 2006 Apr;39:202–211.
111. Meltzer-Brody S, Zerwas S, Leserman J, Holle AV, Regis T, Bulik C: Eating Disorders and Trauma History in Women with Perinatal Depression. *Journal of Women's Health* 2011 Jun;20:863–870.
112. Micali N, De Stavola B, Silva I dos-Santos-, Steenweg-de Graaff J, Jansen P, Jaddoe V, et al.: Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: a population-based cohort study: Perinatal outcomes in women with eating disorders. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2012 Nov;119:1493–1502.
113. Micali N, Martini MG, Thomas JJ, Eddy KT, Kothari R, Russell E, et al.: Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: a population-based study of diagnoses and risk factors. *BMC Med* 2017 Jan 17;15:12.
114. Micali N, Silva I dos-Santos-, De Stavola B, Steenweg-de Graaf J, Jaddoe V, Hofman A, et al.: Fertility treatment, twin births, and unplanned pregnancies in women with eating disorders: findings from a population-based birth cohort. *BJOG: Int J Obstet Gy* 2014 Mar;121:408–416.
115. Micali N, Simonoff E, Stahl D, Treasure J: Maternal eating disorders and infant feeding difficulties: maternal and child mediators in a longitudinal general population study: Mediators for infant feeding difficulties. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2011 Jul;52:800–807.
116. Micali N, Simonoff E, Treasure J: Infant feeding and weight in the first year of life in babies of women with eating disorders. *J Pediatr* 2009 Jan;154:55-60.e1.
117. Micali N, Simonoff E, Treasure J: Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *Br J Psychiatry* 2007 Mar;190:255–259.
118. Micali N, Stemann Larsen P, Strandberg-Larsen K, Nybo Andersen A-M: Size at birth and preterm birth in women with lifetime eating disorders: a prospective population-based study. *BJOG: Int J Obstet Gy* 2016 Jul;123:1301–1310.
119. Micali N, Treasure J: Biological effects of a maternal ED on pregnancy and foetal development: a review. *Eur Eat Disorders Rev* 2009 Nov;17:448–454.
120. Micali N, Treasure J, Simonoff E: Eating disorders symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *J Psychosom Res* 2007 Sep;63:297–303.

121. Mikkelsen TB, Andersen A-MN, Olsen SF: Pica in pregnancy in a privileged population: myth or reality. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:1265–1266.
122. Minuchin S, Baker L, Rosman BL, Liebman R, Milman L, Todd TC: A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Family organization and family therapy. Arch Gen Psychiatry* 1975 Aug;32:1031–1038.
123. Missonnier S: *Devenir parent, naître humain: la diagonale du virtuel*. Paris, Presses universitaires de France, 2009.
124. Mitchell JE, Specker SM, Zwaan M de: Comorbidity and medical complications of bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry* 1991 Oct;52 Suppl:13–20.
125. Moreau É: *La mère, l'enfant et la mort. Analyse Freudienne Presse* 2002;6:114.
126. Morgan JF: Eating disorders and gynecology: knowledge and attitudes among clinicians. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999 Mar;78:233–239.
127. Morgan JF, Reid F, Lacey JH: The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 1999 Dec 4;319:1467–1468.
128. Moutquin J: Socio-economic and psychosocial factors in the management and prevention of preterm labour. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2003 Apr;110:56–60.
129. Murray L, Cooper P: Effects of postnatal depression on infant development. *Arch Dis Child* 1997 Aug;77:99–101.
130. Newton MS, Chizawsky LLK: Treating vulnerable populations: the case of eating disorders during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006 Mar;27:5–7.
131. Njiru H, Elchalal U, Paltiel O: Geophagy during pregnancy in Africa: a literature review. *Obstet Gynecol Surv* 2011 Jul;66:452–459.
132. Norré J, Vandereycken W, Gordts S: The management of eating disorders in a fertility clinic: clinical guidelines. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001 Jun;22:77–81.
133. O'Keane V, Marsh MS: Depression during pregnancy. *BMJ* 2007 May 12;334:1003–1005.
134. Park RJ, Senior R, Stein A: The offspring of mothers with eating disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003;12 Suppl 1:I110-119.
135. Patel P, Wheatcroft R, Park RJ, Stein A: The Children of Mothers with Eating Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2002;19.
136. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R: Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ* 1999 Mar 20;318:765–768.
137. Perdereau F, Faucher S, Wallier J, Vibert S, Godart N: Family history of anxiety and mood disorders in anorexia nervosa: review of the literature. *Eat Weight Disord* 2008 Mar;13:1–13.

138. Peres V, Corcos M, Robin M, Pham-Scottet A: Emotional intelligence, empathy and alexithymia in anorexia nervosa during adolescence. *Eat Weight Disord* 2020 Feb;25:1–8.
139. Perrin EM, Von Holle A, Zerwas S, Skinner AC, Reba-Harrelson L, Hamer RM, et al.: Weight-for-length trajectories in the first year of life in children of mothers with eating disorders in a large norwegian cohort: Weight in Children of Mothers with Eating Disorders. *Int J Eat Disord* 2015 May;48:406–414.
140. Phelan S: Pregnancy: a “teachable moment” for weight control and obesity prevention. *Am J Obstet Gynecol* 2010 Feb;202:135.e1–8.
141. Pinelli G, Tagliabue A: Nutrition and fertility. *Minerva Gastroenterol Dietol* 2007 Dec;53:375–382.
142. Pinheiro AP, Root T, Bulik CM: The Genetics of Anorexia Nervosa: Current Findings and Future Perspectives. *Int J Child Adolesc health* 2009;2:153–164.
143. Racamier P: *La mère et l’enfant dans les psychoses du post-partum*. 1961.
144. Raimbault G, Eliacheff C: *Les indomptables: figures de l’anorexie*. 2009.
145. Reba-Harrelson L, Von Holle A, Hamer RM, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM: Patterns of maternal feeding and child eating associated with eating disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Eating Behaviors* 2010 Jan;11:54–61.
146. Root TL, Pinheiro AP, Thornton L, Strober M, Fernandez-Aranda F, Brandt H, et al.: Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2010 Jan;43:14–21.
147. Roux H, Chapelon E, Godart N: Épidémiologie de l’anorexie mentale : revue de la littérature. *L’Encéphale* 2013 Apr;39:85–93.
148. Santos AM dos, Benute GRG, Santos NO dos, Nomura RMY, Lucia MCS de, Francisco RPV: Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women. *Midwifery* 2017 Aug;51:12–15.
149. Schmidt U: Aetiology of eating disorders in the 21(st) century: new answers to old questions. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003;12 Suppl 1:I30-37.
150. Schmidt U, Tiller J, Blanchard M, Andrews B, Treasure J: Is there a specific trauma precipitating anorexia nervosa? *Psychol Med* 1997 May;27:523–530.
151. Seckl JR, Holmes MC: Mechanisms of Disease: glucocorticoids, their placental metabolism and fetal “programming” of adult pathophysiology. *Nat Rev Endocrinol* 2007 Jun;3:479–488.
152. 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;2:347–361.

153. Sollid CP, Wisborg K, Hjort J, Secher NJ: Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2004 Jan;190:206–210.
154. Son GE van, Hoeken D van, Bartelds AIM, Furth EF van, Hoek HW: Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. *Int J Eat Disord* 2006 Nov;39:565–569.
155. Spiess M: Le vacillement des femmes en début de grossesse. *Dialogue* 2002;157:42.
156. Stapleton H, Fielder A, Kirkham M: Breast or bottle? Eating disordered childbearing women and infant-feeding decisions. *Matern Child Nutr* 2008 Apr;4:106–120.
157. Stein A, Woolley H, McPherson K: Conflict between mothers with eating disorders and their infants during mealtimes. *Br J Psychiatry* 1999 Nov;175:455–461.
158. Steinhausen H-C: The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002 Aug;159:1284–1293.
159. Stewart DE, Robinson E, Goldbloom DS, Wright C: Infertility and eating disorders. *Am J Obstet Gynecol* 1990 Oct;163:1196–1199.
160. 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* 2000 Mar;157:393–401.
161. 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;42:394–401.
162. Swenne I: Weight requirements for return of menstruations in teenage girls with eating disorders, weight loss and secondary amenorrhoea. *Acta Paediatr* 2004 Nov;93:1449–1455.
163. Taborelli E, Easter A, Keefe R, Schmidt U, Treasure J, Micali N: Transition to motherhood in women with eating disorders: A qualitative study. *Psychol Psychother Theory Res Pract* 2016 Sep;89:308–323.
164. Tasca GA, Balfour L: Attachment and eating disorders: a review of current research. *Int J Eat Disord* 2014 Nov;47:710–717.
165. Tierney S, McGlone C, Furber C: What can qualitative studies tell us about the experiences of women who are pregnant that have an eating disorder? *Midwifery* 2013 May;29:542–549.
166. Tiller J, Treasure J: Eating disorders precipitated by pregnancy 1998;10.
167. Torgersen L, Ystrom E, Haugen M, Meltzer HM, Von Holle A, Berg CK, et al.: Breastfeeding practice in mothers with eating disorders. *Maternal & Child Nutrition* 2009 Oct; DOI: 10.1111/j.1740-8709.2009.00208.x
168. Treasure J, Claudino AM, Zucker N: Eating disorders. *Lancet* 2010 Feb 13;375:583–593.

169. Treasure J, Schmidt U: The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *J Eat Disord* 2013 Dec;1:13.
170. Ward VB: Eating disorders in pregnancy. *BMJ* 2008 Jan 12;336:93–96.
171. Watson HJ, Von Holle A, Hamer RM, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P, et al.: Remission, continuation and incidence of eating disorders during early pregnancy: a validation study in a population-based birth cohort. *Psychol Med* 2013 Aug;43:1723–1734.
172. Watson HJ, Zerwas S, Torgersen L, Gustavson K, Diemer EW, Knudsen GP, et al.: Maternal eating disorders and perinatal outcomes: A three-generation study in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Journal of Abnormal Psychology* 2017 Jul;126:552–564.
173. Weltgesundheitsorganisation, editor: Classification internationale des maladies, dixième révision, chapitre V (F): Troubles mentaux et troubles du comportement. ... Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Paris, Masson, 1993.
174. Wentz E, Gillberg IC, Anckarsäter H, Gillberg C, Råstam M: Reproduction and offspring status 18 years after teenage-onset anorexia nervosa-A controlled community-based study. *Int J Eat Disord* 2009 Sep;42:483–491.
175. Wentz E, Gillberg IC, Gillberg C, Råstam M: Fertility and history of sexual abuse at 10-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005 May;37:294–298.
176. Winnicott DW, Kalmanovitch J: De la pédiatrie à la psychanalyse. 2014.
177. Wolfe BE: Reproductive Health in Women With Eating Disorders. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2005 Mar;34:255–263.
178. Zerwas S, Von Holle A, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Stoltenberg C, Bulik CM: Maternal eating disorders and infant temperament: findings from the Norwegian mother and child cohort study. *Int J Eat Disord* 2012 May;45:546–555.
179. Zerwas SC, Von Holle A, Perrin EM, Cockrell Skinner A, Reba-Harrelson L, Hamer RM, et al.: Gestational and Postpartum Weight Change Patterns in Mothers with Eating Disorders: Weight Change Patterns in Mothers with Eating Disorders. *Eur Eat Disorders Rev* 2014 Nov;22:397–404.
180. Zucker NL, Losh M, Bulik CM, LaBar KS, Piven J, Pelfrey KA: Anorexia nervosa and autism spectrum disorders: guided investigation of social cognitive endophenotypes. *Psychol Bull* 2007 Nov;133:976–1006.
181. Aménorrhée [Internet]. cngof.net Available from: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-16.html>
182. Avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à l'actualisation des repères alimentaires du PNNS pour les femmes

- enceintes ou allaitantes [Internet] 2019 Dec 23; Available from:
<https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2017SA0141.pdf>
183. Définition maternité [Internet] Available from:
<https://cnrtl.fr/definition/maternit%C3%A9>
184. Des grossesses poids plume. Les Maternelles 2015 May 18;
185. Enquête nationale périnatale [Internet]. INSERM, DREES, 2016.
186. Mes troubles alimentaires mettent ma grossesse en danger. Toute une histoire 2015 Jun 23;

RÉSUMÉ

Cette thèse se propose d'analyser la question des troubles du comportement alimentaire, plus particulièrement l'anorexie mentale, en période périnatale au travers d'une revue de la littérature. Compte-tenu de l'importante prévalence de ces troubles (formes cliniques et subcliniques) au sein des populations de femmes en âge de procréer et des co-morbidités obstétricales, pédiatriques et (pédo)psychiatriques qui en découlent, il est aujourd'hui incontestable que cette problématique est un enjeu de santé publique.

Bien que les études rencontrent certaines limites méthodologiques (faibles échantillons, hétérogénéité des critères diagnostiques, population difficile d'accès), il semblerait qu'une anorexie mentale maternelle, sur-représentée dans les centres d'assistance médicale à la procréation, soit identifiée comme pourvoyeuse de difficultés dans l'exercice de la maternité. Cela se manifeste notamment par des complications obstétricales (petit poids de naissance, risque de prématurité) et du post partum (difficultés interactionnelles précoces, dépression post natale). Une prise en charge pluridisciplinaire la plus précoce possible, s'établissant sur une logique de prévention, de dépistage et de soins, paraît d'autant plus recommandée au regard de ces données.

Mots-clés : Anorexie mentale, Trouble des conduites alimentaires, Fertilité, Grossesse, Périnatalité, Post partum, Interactions précoces, Dépression du post partum.