



HAL
open science

Anorexie mentale, grossesse et post-partum Évaluation des perceptions corporelles sur leur propre corps et sur le corps de leur enfant chez les jeunes mères atteintes d'anorexie mentale

Alix Crouzet-Toulemonde

► To cite this version:

Alix Crouzet-Toulemonde. Anorexie mentale, grossesse et post-partum Évaluation des perceptions corporelles sur leur propre corps et sur le corps de leur enfant chez les jeunes mères atteintes d'anorexie mentale. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03262410

HAL Id: dumas-03262410

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03262410>

Submitted on 16 Jun 2021

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.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

CROUZET – TOULEMONDE Alix

Présentée et soutenue publiquement le 4 Décembre 2020

ANOREXIE MENTALE, GROSSESSE ET POST-PARTUM
EVALUATION DES PERCEPTIONS CORPORELLES
SUR LEUR PROPRE CORPS ET SUR LE CORPS DE LEUR ENFANT
CHEZ LES JEUNES MERES ATTEINTES D'ANOREXIE MENTALE

Directeur de thèse :
Madame **VILLEMAYRE PLANE Michèle**, Docteur, CHU Clermont-Ferrand
(Psychiatrie B)

Président du jury :
Monsieur **LLORCA Pierre-Michel**, Professeur, UFR de Médecine et des Professions
paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :
Monsieur **BOIRIE Yves**, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales
de Clermont-Ferrand
Monsieur **GALLOT Denis**, Professeur, UFR de Médecine et des Professions
paramédicales de Clermont-Ferrand
Madame **DELABAERE Amélie**, Docteur, CHU Clermont-Ferrand (Pôle FEE)

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

CROUZET – TOULEMONDE Alix

Présentée et soutenue publiquement le 4 Décembre 2020

ANOREXIE MENTALE, GROSSESSE ET POST-PARTUM
EVALUATION DES PERCEPTIONS CORPORELLES
SUR LEUR PROPRE CORPS ET SUR LE CORPS DE LEUR ENFANT
CHEZ LES JEUNES MERES ATTEINTES D'ANOREXIE MENTALE

Directeur de thèse :
Madame **VILLEMAYRE PLANE Michèle**, Docteur, CHU Clermont-Ferrand
(Psychiatrie B)

Président du jury :
Monsieur **LLORCA Pierre-Michel**, Professeur, UFR de Médecine et des Professions
paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :
Monsieur **BOIRIE Yves**, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales
de Clermont-Ferrand
Monsieur **GALLOT Denis**, Professeur, UFR de Médecine et des Professions
paramédicales de Clermont-Ferrand
Madame **DELABAERE Amélie**, Docteur, CHU Clermont-Ferrand (Pôle FEE)



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA
RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE
UNIVERSITAIRE DIRECTEUR GENERAL
DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin

: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques – DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François – DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges -Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mme GLANDDIER Phyllis – M. JACQUETIN Bernard – Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DETEIX Patrice – DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - IRTIUM Bernard - KEMENY Jean-Louis – LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRACTICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

| | |
|-------------------------------|---|
| M. VAGO Philippe | Histologie-Embryologie Cytogénétique |
| M. AUMAITRE Olivier | Médecine Interne |
| M. LABBE André | Pédiatrie |
| M. AVAN Paul | Biophysique et Traitement de l'Image |
| M. DURIF Franck | Neurologie |
| M. BOIRE Jean-Yves | Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication |
| M. BOYER Louis | Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique |
| M. POULY Jean-Luc | Gynécologie et Obstétrique |
| M. CANIS Michel | Gynécologie-Obstétrique |
| Mme PENAULT-LLORCA Frédérique | Anatomie et Cytologie Pathologiques |
| M. BAZIN Jean-Etienne | Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale |
| M. BIGNON Yves Jean | Cancérologie option Biologique |
| M. BOIRIE Yves | Nutrition Humaine |
| M. CLAVELOU Pierre | Neurologie |
| M. DUBRAY Claude | Pharmacologie Clinique |

| | |
|-------------------------|---|
| M. GILAIN Laurent | O.R.L. |
| M. LEMAIRE Jean-Jacques | Neurochirurgie |
| M. CAMILLERI Lionel | Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire |
| M. DAPOIGNY Michel | Gastro-Entérologie |
| M. LLORCA Pierre-Michel | Psychiatrie d'Adultes |
| M. PEZET Denis | Chirurgie Digestive |
| M. SOUWEINE Bertrand | Réanimation Médicale |
| M. BOISGARD Stéphane | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |
| Mme DUCLOS Martine | Physiologie |
| M. SCHMIDT Jeannot | Thérapeutique |
| M. BERGER Marc | Hématologie |
| M. GARCIER Jean-Marc | Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale |
| M. ROSSET Eugénio | Chirurgie Vasculaire |
| M. SOUBRIER Martin | Rhumatologie |

PROFESSEURS DE
1ère CLASSE

| | |
|--------------------------|--|
| M. CAILLAUD Denis | Pneumo-ptsisiologie |
| M. VERRELLE Pierre | Radiothérapie option Clinique |
| M. CITRON Bernard | Cardiologie et Maladies Vasculaires |
| M. D'INCAN Michel | Dermatologie -Vénérologie |
| Mme JALENQUES Isabelle | Psychiatrie d'Adultes |
| Mlle BARTHELEMY Isabelle | Chirurgie Maxillo-Faciale |
| M. GERBAUD Laurent | Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention |
| M. TAUVERON Igor | Endocrinologie et Maladies Métaboliques |
| M. MOM Thierry | Oto-Rhino-Laryngologie |
| M. RICHARD Ruddy | Physiologie |
| M. RUIVARD Marc | Médecine Interne |
| M. SAPIN Vincent | Biochimie et Biologie Moléculaire |
| M. BAY Jacques-Olivier | Cancérologie |
| M. COUDEYRE Emmanuel | Médecine Physique et de Réadaptation |
| Mme GODFRAIND Catherine | Anatomie et Cytologie Pathologiques |
| M. ABERGEL Armando | Hépatologie |
| M. LAURICHESSE Henri | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| M. TOURNILHAC Olivier | Hématologie |
| M. CHIAMBARETTA Frédéric | Ophthalmologie |
| M. FILAIRE Marc | Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire |
| M. GALLOT Denis | Gynécologie-Obstétrique |
| M. GUY Laurent | Urologie |
| M. TRAORE Ousmane | Hygiène Hospitalière |
| M. ANDRE Marc | Médecine Interne |
| M. BONNET Richard | Bactériologie, Virologie |
| M. CACHIN Florent | Biophysique et Médecine Nucléaire |
| M. COSTES Frédéric | Physiologie |
| M. FUTIER Emmanuel | Anesthésiologie-Réanimation |
| Mme HENG Anne-Elisabeth | Néphrologie |
| M. MOTREFF Pascal | Cardiologie |
| Mme PICKERING Gisèle | Pharmacologie Clinique |
| M. RABISCHONG Benoît | Gynécologie Obstétrique |

**PROFESSEURS DE
2^{ème} CLASSE**

| | |
|--------------------------------|---|
| Mme CREVEAUX Isabelle | Biochimie et Biologie Moléculaire |
| M. FAICT Thierry | Médecine Légale et Droit de la Santé |
| Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna | Pédiatrie |
| M. TCHIRKOV Andréï | Cytologie et Histologie |
| M. CORNELIS François | Génétique |
| | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique |
| M. DESCAMPS Stéphane | Cancérologie – Chirurgie Générale |
| M. POMEL Christophe | Chirurgie Infantile |
| M. CANAVESE Fédérico | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| M. LESENS Olivier | Pharmacologie Médicale |
| M. AUTHIER Nicolas | Psychiatrie Adultes/Addictologie |
| M. BROUSSE Georges | Chirurgie Digestive |
| M. BUC Emmanuel | Radiologie et Imagerie Médicale |
| M. CHABROT Pascal | Néphrologie Réanimation Médicale |
| M. LAUTRETTE Alexandre | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire |
| M. AZARNOUSH Kasra | Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction |
| Mme BRUGNON Florence | Bactériologie Virologie |
| | Cardiologie |
| Mme HENQUELL Cécile | Pédiatrie |
| M. ESCHALIER Romain | Rhumatologie |
| M. MERLIN Etienne | Cancérologie |
| Mme TOURNADRE Anne | Médecine et Santé au Travail |
| M. DURANDO Xavier | Neurologie |
| M. DUTHEIL Frédéric | Anatomie – Neurochirurgie |
| Mme FANTINI Maria Livia | Gynécologie-Obstétrique |
| M. SAKKA Laurent | Hématologie |
| M. BOURDEL Nicolas | Gastroentérologie |
| M. GUIEZE Romain | Cardiologie |
| M. POINCLOUX Laurent | Immunologie |
| M. SOUTEYRAND Géraud | Parasitologie et Mycologie |
| M. EVRARD Bertrand | |
| M. POIRIER Philippe | |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

| | |
|------------------------------|-------------------|
| M. CLEMENT Gilles | Médecine Générale |
| Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne | Nutrition Humaine |
| M. VORILHON Philippe | Médecine Générale |

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne

M. CAMBON Benoît

M. TANGUY Gilles

Médecine Générale

Médecine Générale

Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine
Mme BOUTELOUP Corinne

Bactériologie Virologie
Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel
Mlle GOUMY Carole
Mme FOGLI Anne
Mlle GOUAS Laetitia
M. MARCEAU Geoffroy
Mme MINET-QUINARD Régine
M. ROBIN Frédéric
Mlle VERONESE Lauren
M. DELMAS Julien
Mlle MIRAND Audrey
M. OUCHCHANE Lemlih

Biophysique et Traitement de l'Image
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Bactériologie
Bactériologie Virologie
Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication
Pharmacologie Médicale
Pédiatrie
Hygiène Hospitalière
Radiologie et Imagerie Médicale
Hématologie
Gastroentérologie

M. LIBERT Frédéric
Mlle COSTE Karen
Mlle AUMERAN Claire
Mme CASSAGNES Lucie
M. LEBRETON Aurélien
M. BUISSON Anthony

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë
M. JABAUDON-GANDET Matthieu
M. BOUVIER Damien
M. COLL Guillaume
Mme SARRET Catherine
M. MAQDASY Salwan
Mme NOURRISSON Céline

Biologie et Médecine du Développement
et de la Reproduction
Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
Biochimie et Biologie Moléculaire
Neurochirurgie
Pédiatrie
Endocrinologie, Diabète et Maladies
Métaboliques
Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | |
|------------------------------|--------------------------------------|
| Mme VAURS-BARRIERE Catherine | Biochimie Biologie Moléculaire |
| M. BAILLY Jean-Luc | Bactériologie Virologie |
| Mlle AUBEL Corinne | Oncologie Moléculaire |
| M. BLANCHON Loïc | Biochimie Biologie Moléculaire |
| Mlle GUILLET Christelle | Nutrition Humaine |
| M. BIDEY Yannick | Oncogénétique |
| M. MARCHAND Fabien | Pharmacologie Médicale |
| M. DALMASSO Guillaume | Bactériologie |
| M. SOLER Cédric | Biochimie Biologie Moléculaire |
| M. GIRAUDET Fabrice | Biophysique et Traitement de l'Image |
| Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène | Médecine Générale |
| Mme LAPORTE Catherine | Médecine Générale |
| M. LOLIGNIER Stéphane | Neurosciences – Neuropharmacologie |
| Mme MARTEIL Gaëlle | Biologie de la Reproduction |
| M. PINEL Alexandre | Nutrition Humaine |
| M. PIZON Frank | Santé Publique |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

| | |
|-------------------------|-------------------|
| M. BERNARD Pierre | Médecine Générale |
| Mme ESCHALIER Bénédicte | Médecine Générale |
| Mme RICHARD Amélie | Médecine Générale |
| M. TESSIERES Frédéric | Médecine Générale |

« Les malades gardent l'espoir, mais vous (médecins) leur devez l'espérance »

Yves Pélicier

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours »

Ambroise Paré

REMERCIEMENTS

Au président du jury, **Monsieur le Professeur Pierre-Michel LLORCA**. Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous témoigne ma profonde gratitude et ma respectueuse reconnaissance.

A **Monsieur le Professeur Denis GALLOT**. Je vous prie de recevoir mes plus vifs remerciements pour avoir accepté de juger mon travail et m'avoir accueillie au sein de vos services. Veuillez croire en l'expression de ma sincère considération.

A **Monsieur le Professeur Yves BOIRIE**. Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

A **Madame le Docteur Michèle VILLEMAYRE PLANE**, ma directrice de thèse. Vous avez accepté de m'accompagner tout au long de ce projet. Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez accordée, votre disponibilité, vos riches conseils, et le savoir que vous m'avez transmis.

A **Madame le Docteur Amélie DELABAERE**. Je vous remercie pour votre implication et votre aide dans mon travail de recherche, ainsi que pour votre accueil chaleureux dans votre unité.

A **Madame le Docteur Anne DEBOST LEGRAND**. Merci de vous être lancée avec moi dans ce projet, ainsi que pour votre disponibilité, votre investissement, et vos précieuses compétences en méthodologie et statistiques.

A **Madame le Docteur Anne-Isabelle FAESSEL POCHARD**. Mon souhait d'être psychiatre est né grâce à vous. Merci pour votre accompagnement bienveillant.

Aux **patients et soignants** que j'ai rencontrés, ainsi qu'aux **médecins** qui m'ont encadrée. Ils m'ont tous beaucoup appris et ont participé à forger le médecin que je suis.

A **mes parents**, Joël et Bénédicte, soutiens sans faille et guides depuis de nombreuses années. Vous m'avez appris la valeur du travail et le sens des études. Merci pour vos sacrifices, votre dévouement et votre tendresse.

A **mes frères et sœur**. Merci à toi, Sixtine, d'être juste ce que tu es.

A **Paul-Aymé**, mon mari. Merci pour ton affection, ton soutien indéfectible, ainsi que pour ta volonté et ton envie de découvrir le monde de la psychiatrie.

A **Ambroise et Isaure**, mes enfants. Merci pour votre présence lumineuse à mes côtés. A « **Surprise** », qui viendra bientôt agrandir la fratrie.

A **mes amies** les plus chères, Marie-Hyacinthe et Anastasia.

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|----|
| Liste des tableaux et des figures..... | 18 |
| Liste des abréviations | 19 |
| Introduction | 21 |
| 1. Contexte et généralités autour de l'anorexie mentale | 23 |
| 1.1. Historique | 23 |
| 1.1.1. L'anorexie mystique (III ^e au XVI ^e siècle)..... | 23 |
| 1.1.1.1. L'inédie | 23 |
| 1.1.1.2. Les Saintes anorexiques | 24 |
| 1.1.2. L'anorexie médicalisée (XVI ^e -XVIII ^e siècle) | 25 |
| 1.1.3. L'anorexie contemporaine (XIX ^e siècle à nos jours) | 26 |
| 1.2. Statut nosographique | 28 |
| 1.2.1. Classification CIM-10 | 28 |
| 1.2.2. Classification DSM-5 | 29 |
| 1.2.2.1. Critères DSM-5 de l'anorexie mentale..... | 29 |
| 1.2.2.2. Types d'anorexie mentale | 30 |
| 1.2.2.3. Sévérité actuelle | 31 |
| 1.2.2.4. Rémission partielle et complète | 31 |
| 1.3. Epidémiologie | 32 |
| 1.3.1. Prévalence | 33 |
| 1.3.2. Incidence | 34 |
| 1.3.3. Evolution et morbidité du trouble | 35 |
| 1.4. Approche psychopathologique : « Devenir une personne, devenir femme et devenir mère » 36 | |
| 1.4.1. Une problématique identitaire : « Devenir une personne »..... | 36 |
| 1.4.2. Un refus du corps sexué : « Devenir femme » | 39 |
| 1.4.3. Une pathologie du lien et de la dépendance (séparation-individuation) : « Devenir mère » 40 | |
| 2. La grossesse chez des patientes souffrant d'anorexie mentale : De la conception au post-partum..... | 43 |
| 2.1. Prévalence | 43 |
| 2.2. Féminité et fertilité..... | 44 |

| | | |
|----------|--|----|
| 2.2.1. | Sexualité..... | 44 |
| 2.2.1.1. | Troubles sexuels..... | 44 |
| 2.2.1.2. | Agressions sexuelles..... | 46 |
| 2.2.2. | Aménorrhée..... | 47 |
| 2.2.2.1. | Définition et prévalence..... | 47 |
| 2.2.2.2. | Mécanisme physiologique de l'aménorrhée..... | 48 |
| 2.2.2.3. | Des déterminants nutritionnels, pondéraux et psychologiques..... | 50 |
| 2.2.3. | Anorexie mentale, infertilité et procréation médicalement assistée..... | 51 |
| 2.2.3.1. | Infertilité..... | 51 |
| 2.2.3.2. | Recours à la procréation médicalement assistée (PMA)..... | 53 |
| 2.3. | Gestation et accouchement : des remaniements psychologiques..... | 54 |
| 2.3.1. | Transparence et gestation psychiques..... | 54 |
| 2.3.2. | Réactivation des préoccupations corporelles et appréhension des transformations du corps | 55 |
| 2.3.3. | Grossesse et insatisfaction corporelle..... | 57 |
| 2.3.4. | Ambivalence et haine vis-à-vis du fœtus..... | 61 |
| 2.3.5. | Identification maternelle : un réaménagement du lien mère-fille..... | 66 |
| 2.3.6. | Conduites alimentaires au cours de la grossesse..... | 69 |
| 2.4. | Morbidité obstétricale..... | 70 |
| 2.4.1. | Hyperémèse gravidique..... | 70 |
| 2.4.2. | Anomalies de fermeture du tube neural..... | 72 |
| 2.4.3. | Pertes fœtales..... | 72 |
| 2.4.4. | Prise de poids maternel au cours de la grossesse..... | 73 |
| 2.4.5. | Prématurité..... | 74 |
| 2.4.6. | Accouchement..... | 75 |
| 2.4.7. | Retard de croissance intra-utérin et hypotrophie à la naissance..... | 76 |
| 2.4.7.1. | Retard de croissance intra-utérin..... | 76 |
| 2.4.7.2. | Hypotrophie à la naissance et autres mensurations..... | 76 |
| 2.5. | Evolution du trouble alimentaire lors du post-partum..... | 79 |
| 2.5.1. | Un post-partum à risque..... | 79 |
| 2.5.2. | La menace d'une dépression du post-partum..... | 81 |
| 2.5.3. | Des difficultés post-natales dans l'alimentation du bébé..... | 82 |

| | | |
|----------|--|-----|
| 3. | Etude BodyBabe : Evaluation des perceptions corporelles sur leur propre corps et sur le corps de leur enfant chez les jeunes mères atteintes d'anorexie mentale..... | 86 |
| 3.1. | Contexte | 86 |
| 3.1.1. | Etat des connaissances actuelles | 86 |
| 3.1.2. | Hypothèses | 88 |
| 3.1.3. | Objectifs de l'étude | 88 |
| 3.1.3.1. | Objectif principal..... | 88 |
| 3.1.3.2. | Objectifs secondaires..... | 89 |
| 3.1.4. | Informations générales de l'étude | 89 |
| 3.2. | Matériels et méthodes..... | 91 |
| 3.2.1. | Type d'étude et qualification..... | 91 |
| 3.2.2. | Population étudiée | 91 |
| 3.2.2.1. | Critères d'inclusion | 91 |
| 3.2.2.2. | Critères de non inclusion..... | 92 |
| 3.2.3. | Outils utilisés..... | 92 |
| 3.2.4. | Déroulement de l'étude | 99 |
| 3.2.5. | Génération et gestion des alertes | 100 |
| 3.2.6. | Méthodologie de la recherche | 101 |
| 3.2.7. | Critères d'évaluation | 104 |
| 3.2.7.1. | Critère d'évaluation principal..... | 104 |
| 3.2.7.2. | Critères d'évaluation secondaires..... | 104 |
| 3.2.8. | Données recueillies | 104 |
| 3.2.8.1. | Données source | 104 |
| 3.2.8.2. | Mode de circulation des données | 106 |
| 3.2.9. | Considérations statistiques | 107 |
| 3.2.9.1. | Nombre de sujets à inclure | 107 |
| 3.2.9.2. | Analyse de données : généralités | 107 |
| 3.2.9.3. | Analyse principale..... | 108 |
| 3.2.9.4. | Analyses secondaires (volet 2)..... | 109 |
| 3.2.10. | Présentation du travail de thèse : analyse préliminaire | 110 |
| 3.3. | Résultats | 111 |
| 3.3.1. | Diagramme de flux..... | 111 |
| 3.3.2. | Description et caractéristiques de la population étudiée | 112 |

| | | |
|---|---|-----|
| 3.3.2.1. | Caractéristiques socio-démographiques des mères | 112 |
| 3.3.2.2. | Caractéristiques de la grossesse en cours | 115 |
| 3.3.2.3. | Caractéristiques des enfants nés | 117 |
| 3.3.3. | Evaluation et comparaison des scores des différents questionnaires à J0 et à J15 118 | |
| 3.3.3.1. | Body Shape Questionnaire | 118 |
| 3.3.3.2. | Echelle de silhouettes de Stunkard ou FRS (Figure Rating Scale) | 119 |
| 3.3.3.3. | Questionnaire Bodybabe | 119 |
| 3.3.3.4. | Echelle de silhouettes IBFD (Infant Body Figure Drawings) | 120 |
| 3.3.3.5. | EAT (Eating Attitude Test) | 120 |
| 3.3.3.6. | Edinburgh Postnatal Depression Scale..... | 121 |
| 3.4. | Discussion | 123 |
| 3.4.1. | Résultat principal..... | 123 |
| 3.4.2. | Forces et faiblesses de l'étude | 123 |
| 3.4.2.1. | Limites de l'étude..... | 123 |
| 3.4.2.2. | Biais de l'étude..... | 126 |
| 3.4.2.3. | Points forts de l'étude..... | 128 |
| 3.4.3. | Discussion des résultats..... | 129 |
| 3.4.3.1. | Cohérence des caractéristiques de la population étudiée avec la littérature | 129 |
| 3.4.3.2. | Perceptions corporelles de la mère sur son propre corps à J0 | 138 |
| 3.4.3.3. | Perceptions corporelles de la mère sur le corps de son bébé à J0 | 139 |
| 3.4.3.4. | Comportements alimentaires maternels à J0 | 140 |
| 3.4.3.5. | Risque de dépression post-natale à J15 | 141 |
| 3.4.4. | Perspectives | 142 |
| 3.4.4.1. | Perspectives de l'étude | 142 |
| 3.4.4.2. | Propositions de prise en charge | 143 |
| Conclusion..... | | 146 |
| Références bibliographiques | | 151 |
| Annexes..... | | 164 |
| Annexe 1 : Diagramme de flux | | 164 |
| Annexe 2 : Tableau de correspondance des scores obtenus aux questionnaires de l'étude | | 164 |
| Annexe 3 : Tableau de suivi de l'étude..... | | 164 |
| Annexe 4 : Notices d'information..... | | 164 |

| | |
|---|-----|
| Annexe 4.1 : Notice d'information à l'attention de la mère | 164 |
| Annexe 4.2 : Notice d'information à l'attention du 2 ^E détenteur de l'autorité parentale.... | 164 |
| Annexe 5 : Cahiers de questionnaires | 164 |
| Annexe 5.1 : Cahier de questionnaires J0-J3 | 164 |
| Annexe 5.2 : Cahier de questionnaires J15 | 164 |
| Annexe 5.3 : Cahier de questionnaires M9 | 164 |
| Annexe 6 : Questionnaire SCOFF-F..... | 164 |
| Serment d'Hippocrate version longue (Conseil national de l'ordre des médecins)..... | 230 |
| Serment d'Hippocrate version courte..... | 232 |

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

TABLEAUX

| | |
|---|-----|
| Tableau I: Prise de poids totale recommandée pendant la grossesse | 74 |
| Tableau II: Catégories de cotation du BSQ..... | 93 |
| Tableau III: Caractéristiques socio-démographiques des mères | 113 |
| Tableau IV: Caractéristiques de la grossesse en cours..... | 116 |
| Tableau V: Caractéristiques des enfants nés | 117 |
| Tableau VI: Evaluation des scores des différents questionnaires à J0 et J15 | 122 |

FIGURES

| | |
|---|----|
| Figure 1: Régulation par la leptine de l'axe hypothalamo-hypophysio-gonadique | 49 |
| Figure 2: Figure Rating Scale (Stunkard) | 95 |
| Figure 3: Infant Body Figure Drawings | 97 |

LISTE DES ABREVIATIONS

- AMP** : Assistance Médicale à la Procréation
- ANOVA** (Analysis of Variance) : test d'Analyse de Variance
- APA** (American Psychiatric Association) : Association Américaine de Psychiatrie
- AUDIPOG** : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie
- BED** : Binge Eating Disorder
- BES** : Body Esteem Scale
- BSQ** : Body Shape Questionnaire
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CIM-10** : Classification Internationale des Maladies (10^e version)
- CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- CPP** : Comité de Protection des Personnes
- DSM-5** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5^e version)
- EAT-26** : Eating Attitude Test (version à 26 items)
- EAT-40** : Eating Attitude Test (version à 40 items)
- EDI-2** : Eating Disorder Inventory (2^e version)
- EPDS** : Edinburgh Post-natal Depression Scale
- FRS** : Figure Rating Scale
- FSFI** : Female Sexual Function Index
- FSH** : Follicle Stimulating Hormone ou hormone folliculo-stimulante
- GnRH** : Gonadotropin Releasing Hormon ou gonadolibérine
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- hCG** : human Chorionic Gonadotropin (hormone chorionique gonadotrope)

HTA : Hypertension Artérielle

IBFD : Infant Body Figure Drawings

ICC (Intraclass Correlation Coefficient) : Coefficient de Corrélation

Intraclass

IMC : Indice de Masse Corporelle ou Indice de Quetelet

$IMC = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m)}$

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LH : Luteinizing Hormon ou hormone lutéinisante

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMA : Procréation Médicalement Assistée

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

REDCap : Research Electronic Data Capture

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SA : Semaine d'Aménorrhée

SMR : Standardized Mortality Ratio ou Indice Comparatif de Mortalité

T4 : Tétra-iono-thyronine ou thyroxine

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

INTRODUCTION

L'anorexie mentale s'inscrit dans la famille des troubles du comportement alimentaire (TCA), que la Haute Autorité de Santé (HAS) définit comme des « troubles du comportement visant à contrôler son poids et altérant de façon significative la santé physique comme l'adaptation psychosociale, sans être secondaires à une affection médicale ou à un autre trouble psychiatrique »(1). Les TCA recouvrent principalement trois grands types de comportements pathologiques : l'anorexie mentale, la boulimie, et l'hyperphagie boulimique ou binge eating disorder (BED).

La prise en charge de l'anorexie mentale nécessite d'être spécialisée et multidisciplinaire, du fait des conséquences délétères de cette affection, sur le plan psychiatrique (comorbidités thymiques, anxieuses et addictives, troubles de la personnalité), somatique (entre autres dénutrition, conduites purgatives, atteinte osseuse, répercussion staturo-pubertaire, troubles de la fertilité), et social (isolement social, retentissements sur la sphère familiale, scolaire et professionnelle).

Les TCA, et notamment l'anorexie mentale, concernent fréquemment des adolescentes et jeunes femmes en âge de procréer. Les interactions entre anorexie mentale et grossesse sont importantes mais leurs effets psychiques et obstétricaux sont souvent méconnus. En effet, l'accession à la maternité est un moment capital dans la vie d'une femme, durant lequel elle va connaître de profonds changements physiques et psychologiques, qui risquent d'exacerber la problématique autour des conduites alimentaires, notamment au cours du post-partum. Très peu développées pendant de nombreuses années, les répercussions de la symptomatologie alimentaire maternelle sur l'état

psychique et somatique du bébé commencent à émerger dans la littérature internationale et apparaissent plutôt alarmantes.

L'objet de ce travail est d'apporter des arguments supplémentaires quant à la nécessité d'un parcours de soins adapté multidisciplinaire au cours de la grossesse et du post-partum pour ces jeunes femmes enceintes souffrant ou ayant souffert d'anorexie mentale au cours de leur vie. Stabiliser au mieux la pathologie maternelle, accompagner ces patientes dans leur maternité afin de garantir le bon développement psychosomatique du bébé et d'assurer une relation mère-enfant de qualité, telles seraient les missions de la prise en charge.

En premier lieu, nous commencerons cet écrit par préciser la notion d'anorexie mentale, en terme nosographique, clinique, épidémiologique et psychopathologique. Puis, en deuxième partie, nous nous intéresserons aux spécificités de la maternité chez les jeunes femmes avec une anorexie mentale, en étudiant la période de la grossesse et celle du post-partum. Nous balayerons, entre autres, dans ce chapitre la problématique de la féminité et de la fertilité, les remaniements psychiques gravidiques, les complications obstétricales et l'évolution du trouble alimentaire. Par la suite, nous détaillerons en troisième point le travail de recherche qui a été mené dans le cadre de ce projet de thèse. Cette étude observationnelle de catégorie 3 a été menée à la maternité de type III du CHU de Clermont-Ferrand et entreprend d'évaluer les perceptions corporelles sur leur propre corps et sur le corps de leur enfant chez les jeunes mères atteintes d'anorexie mentale. Pour terminer, nous concluons sur les enjeux de santé publique que soulèvent à la fois les données de la littérature et les résultats de notre étude, ainsi que les perspectives d'action.

1. CONTEXTE ET GENERALITES AUTOUR DE L'ANOREXIE MENTALE

1.1. HISTORIQUE

1.1.1. L'ANOREXIE MYSTIQUE (III^E AU XVI^E SIECLE)

1.1.1.1. *L'INEDIE*

Les premières descriptions de comportements d'allure anorectique datent de l'origine du christianisme, notamment parmi les fidèles du monachisme. Les « Pères du Désert », ermites fondateurs de communautés moniales dans le désert égyptien entre le III^e et le IV^e siècle, étaient des fervents pratiquants de l'inédie. Cette abstention totale de nourriture et de boisson pendant plusieurs semaines voire plusieurs mois s'inscrivait dans un contexte de retraite religieuse, et était associée au silence, à la solitude et à une privation de sommeil. Cet exercice retranscrit par l'Ancien Testament sur un ton louable, incarnait pour ses adeptes la perfection, la pénitence, la réduction de l'emprise des sens et des passions, et la résistance à la concupiscence. Autrement dit, ce « jeûne sec » était ainsi considéré comme un chemin vers le Salut, et comme un moyen de ne pas entraver l'élévation de l'âme vers Dieu.

« Qu'est-ce que le jeûne, sinon l'essence et l'image du ciel ? Le jeûne est le réconfort de l'âme, la nourriture de l'esprit. Le jeûne est la vie des anges ; le jeûne est la mort du péché, la destruction des fautes, le remède du salut, la racine de la grâce, le fondement de la chasteté. » (Ancien Testament, 2^e Livre des Rois, chapitre 2, verset 11-15).

1.1.1.2. *LES SAINTES ANOREXIQUES*

Plus tard, au Moyen-Âge, alors que le christianisme est bien organisé selon des préceptes religieux, et que la vie religieuse est régie par des règles de tempérance et d'humilité alimentaires, une façon anorectique d'être au monde émerge au XII^e siècle à travers l'essor de la « mystique affective féminine ».

Il s'agit de femmes en union avec Jésus-Christ, conduisant parfois à des phénomènes extraordinaires : visions, locutions, stigmates, etc. Inséparables à la foi, elles sont son aboutissement. Menant une vie sacrificielle consacrée à Dieu, elles élèvent l'humanité et lui ouvre le chemin de la sainteté. Louées et prises comme exemples, elles sont souvent canonisées et honorées.

A travers les œuvres de ces saintes, les historiens ont assimilé leur manière d'être à des traits anorectiques : restrictions alimentaires drastiques, maltraitance à l'égard de leur propre corps, refus de la féminité et de la sexualité(2). Ces comportements, qualifiés de symptômes dans l'anorexie mentale, sont en revanche signe d'une virtuosité spirituelle dans le cas de l'anorexie mystique. La privation de nourriture est fréquemment vue comme un signe incontestable du Divin dans le langage du corps(3). Ces mystiques sont en effet légitimées par le corps ecclésiastique qui propose d'investir Jésus-Christ comme Dieu qui s'est fait homme en aimant et souffrant. La façon anorectique d'être au monde de ces « Saintes anorexiques » apparaît aux yeux des fidèles une voie vers la canonisation et la sainteté.

Sainte Catherine de Sienne (1347-1380), aussi prénommée « Patronne des anorexiques » par le sociologue des religions françaises Jacques Maître(3), se présente comme le prototype de l'anorexique mystique. Souhaitant échapper à la vie conjugale et au mariage que ses parents tentent de lui imposer, Sainte

Catherine se retire du monde et fait vœu de chasteté. Elle attaque toute manifestation de sa féminité en se coupant les cheveux, et en se flagellant. Par la suite, elle élimine toute nourriture à l'exception du pain, ce qui lui fera perdre plus de la moitié de son poids. Puis, elle éradique toute substance nutritive et toutes boissons. Elle finit par mourir de dénutrition à l'âge de 33 ans en 1380. Vénérée dès son décès, elle est canonisée en 1461, nommée Docteur de l'Eglise en 1970 par le Pape Paul VI, déclarée Sainte Patronne de l'Europe par le Pape Saint Jean-Paul II en 1999, faisant ainsi d'elle une figure marquante du catholicisme médiéval.

1.1.2. L'ANOREXIE MEDICALISEE (XVI^E-XVIII^E SIECLE)

Bien qu'Avicenne (980-1037), philosophe et médecin médiéval persan, rapportait déjà un cas clinique d'anorexie mentale dans son encyclopédie médicale intitulée *Canon de la médecine*(4), il faut attendre l'époque moderne pour que s'impose une vision médicale de l'anorexie mentale.

C'est à Richard Morton, médecin anglais du XVII^e siècle qu'est attribuée la première description clinique détaillée de l'anorexie mentale, qu'il nomme « phtisie nerveuse ». Dans son ouvrage intitulé *Phtisiologie : ou un traité des consommations* (1689), il détaille le tableau clinique d'une jeune fille de 20 ans (Miss Duke) et d'un jeune homme de 16 ans. Il énumère certains symptômes comme la perte d'appétit, le refus de s'alimenter, l'hyperactivité physique, l'aménorrhée et la cachexie. Convaincu que cette affection est d'origine nerveuse, il décrit cette maladie comme résultant « d'une altération du principe vital et d'un bouleversement des forces nerveuses »(5).

De nombreux médecins se livrent également à des descriptions cliniques de cette pathologie, suite à celles de Richard Morton : Robert Whytt (1764), de Volangin (1768), Nadeau (1789), ou encore la description de la jeune Martha Taylor (1667).

1.1.3. L'ANOREXIE CONTEMPORAINE (XIX^E SIECLE A NOS JOURS)

L'époque contemporaine est marquée par la tentative de la communauté médicale de définir l'anorexie mentale comme une entité clinique et de développer des théories étiopathogéniques.

L'entité diagnostique « anorexie » voit le jour avec Louis-Victor Marcé, dans sa *Note sur une forme de délire hypocondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments*, présentée en 1859 à la Société Médico-psychologique(6). Dans son rapport, le psychiatre français fait de ce syndrome une maladie mentale et non une affection somatique et donne une place fondamentale à la psychopathologie. Il est le premier à envisager l'isolement du milieu familial de ces jeunes filles comme moyen thérapeutique, avant Charcot en 1885.

Charles Lasègue, neuropsychiatre français, et Sir William Gull, médecin anglais à la cour de la reine Victoria, sont considérés comme les « pères fondateurs » de l'anorexie mentale. Qualifiant cette affection d' « anorexie hystérique » pour Charles Lasègue en 1873 et d'« anorexia nervosa » pour Sir William Gull en 1874(7), ces deux confrères définissent à peu près simultanément le diagnostic d'anorexie mentale sur le plan clinique et psychopathologique. Inscrivant cette pathologie dans le domaine de la pathologie mentale de type « hystérique », Charles Lasègue(8) décrit un déroulement de la pathologie en trois phases caractérisées par un état

psychique particulier fait d'inertie, de refus et d'indifférence. La première phase consiste en l'allégation de douleurs gastriques pour justifier la restriction alimentaire. La deuxième phase, dite morale, est associée à de la « perversion mentale » et justifie le terme d'« anorexie hystérique » selon le neuropsychiatre. En effet, cette étape est caractérisée par le paradoxe d'une conduite alimentaire anormale justifiée par un bon état de santé, puisque les douleurs abdominales ont disparu avec l'arrêt de l'alimentation. Enfin, le troisième stade est celui de la cachexie, un état de dénutrition extrême, assorti à une indifférence déconcertante de la patiente vis-à-vis de ses symptômes, à rapprocher de la « belle indifférence » de l'hystérie décrite par Freud(9).

Alors que l'anorexie mentale commence à s'individualiser dans les classifications des troubles mentaux, Morris Simmonds, médecin allemand, avance en 1914 l'idée d'une anorexie d'origine endocrinienne, due à une insuffisance hypophysaire globale, nécessitant un traitement substitutif hormonal.

Ce n'est que depuis la deuxième moitié du XX^e siècle, que l'origine « psychogénétique » de l'anorexie (incluant des théories psychiatriques, psychanalytiques, psychocomportementales, psychosociales, systémiques, neurobiologiques et génétiques) est largement et définitivement adoptée. Les symptômes somatiques, endocriniens et métaboliques sont considérés comme la conséquence de la restriction alimentaire, même si ces modifications physiques semblent susceptibles d'auto-entretenir le trouble anorexique et d'évoluer pour leur propre compte sur un mode aigu ou chronique(10).

1.2. STATUT NOSOGRAPHIQUE

1.2.1. CLASSIFICATION CIM-10

Publiée par l'International Statistical Institute dans un premier temps (1893-1945) puis par l'Organisation Mondiale de la Santé depuis 1945, la Classification Internationale des Maladies (CIM) a pour but de « permettre l'analyse systématique, l'interprétation et la comparaison des données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays ou régions et à des époques différentes »(11). Elle est utilisée pour le codage des diagnostics et des motifs de recours aux services de santé. Adoptée en 1990 et traduite en 43 langues, la dixième révision de la CIM, appelée CIM-10 ou *Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes*, est constituée de 3 volumes. Le diagnostic d'anorexie mentale, correspondant au code F50.0, est défini dans le chapitre V « Troubles mentaux et du comportement », et repose sur la présence de chacun des éléments suivants(11) :

- A) Poids corporel inférieur à la normale de 15% (perte de poids ou poids normal jamais atteint) ou $IMC \leq 17,5 \text{ kg/m}^2$. Chez les patientes 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.

A noter que la onzième version de la CIM a été achevée en 2018 et est actuellement en cours de traduction.

1.2.2. CLASSIFICATION DSM-5

1.2.2.1. *CRITERES DSM-5 DE L'ANOREXIE MENTALE*

Publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) depuis plus de 60 ans, le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), est un ouvrage de référence qui propose une classification des troubles mentaux. La

dernière, et actuelle, version française du DSM, publiée en 2015 et correspondant au DSM-5, définit le diagnostic d'anorexie mentale par trois critères(12) :

- A) Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme significativement bas un poids inférieur à la norme minimale chez les adultes.
- 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.

Le diagnostic d'anorexie mentale est retenu lorsque les trois critères ci-dessus (A, B, C) sont remplis simultanément.

1.2.2.2. TYPES D'ANOREXIE MENTALE

Cette classification(12) distingue deux types d'anorexie mentale :

- **anorexie mentale type restrictif** : au cours des trois derniers mois, la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.

- **anorexie mentale type purgatif** : au cours des trois derniers mois, la personne a présenté des accès récurrents de crises d'hyperphagie et/ou a recouru à des vomissements provoqués et/ou à des comportements purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements).

1.2.2.3. *SEVERITE ACTUELLE*

Par ailleurs, le seuil de sévérité doit être spécifié. Chez les adultes, il est établi à partir de l'IMC (Indice de Masse Corporelle) actuel. Les différents degrés de sévérité dérivent des catégories de maigreur de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) pour les adultes(13) :

- **Léger** : $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- **Moyen** : IMC compris entre 16 et 16,99 kg/m^2
- **Grave** : IMC compris entre 15 et 15,99 kg/m^2
- **Extrême** : $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

1.2.2.4. *REMISSION PARTIELLE ET COMPLETE*

En plus de catégoriser les différents signes cliniques, le DSM-5 intègre une approche plus dimensionnelle en intégrant la notion de « rémission partielle » et « rémission complète » dans sa définition de l'anorexie mentale(12).

Après avoir précédemment rempli tous les critères de l'anorexie mentale (critères A, B, et C), la personne est considérée en **rémission partielle** si :

- Le critère A (restriction des apports conduisant à un poids significativement bas) n'est plus rempli depuis une période prolongée.
- Le critère B (peur intense de perdre du poids ou de devenir gros) est toujours présent.
- Le critère C (altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps) est toujours présent.

Après avoir précédemment rempli tous les critères de l'anorexie mentale (critères A, B et C), la personne est considérée en **rémission complète** si aucun critère diagnostique (A, B et C) n'est plus rempli depuis une période prolongée.

A noter que le DSM-5 ne précise pas la durée des « périodes prolongées » asymptomatiques nécessaires pour parler de rémission, qu'elle soit complète ou partielle. Johana Monthuy-Blanc fixe cette période à 1 mois pour la rémission partielle (critère A) et à 3 mois pour la rémission complète (critères A, B et C)(14). Elle caractérise même la notion de rétablissement, comme correspondant à une durée asymptomatique (critères A, B et C) de 12 mois(14).

1.3. EPIDEMIOLOGIE

De nombreux auteurs ont cherché à évaluer des indicateurs épidémiologiques de l'anorexie mentale. L'étude de la littérature retrouve cependant des données hétérogènes. Comme le soulignent Roux et al. (2013)(15) dans leur revue de littérature, les études épidémiologiques se heurtent à plusieurs difficultés.

Tout d'abord, le diagnostic-même de l'anorexie mentale, porté le plus souvent selon les critères du DSM établi par l'APA. Ces critères ont varié au fil du temps et des versions du DSM. Ainsi dans le DSM-III(16), le seuil de perte de poids correspondant au critère de l'anorexie mentale est une « perte de poids d'au moins 25% du poids initial ». Dans le DSM-III-R(17), une perte de poids conduisant à un « poids de 15% inférieur à la normale » est nécessaire pour le diagnostic. Dans le DSM-IV(18), c'est un « poids inférieur à 85% du poids attendu » qui est retenu. Enfin le DSM-5(12) se satisfait d'un « poids inférieur à la normale ». De plus, ces seuils de poids ne sont pas clairement définis et varient donc selon les auteurs et les études. Pour finir, du fait de la faible fréquence de l'anorexie mentale en population générale, beaucoup d'études élargissent leur recherche aux formes subcliniques ou frustres, définies seulement par la présence de critères atténués. De par cette évolution des critères diagnostiques et leur variabilité d'application, le recueil de données épidémiologiques homogènes n'est pas aisé.

1.3.1. PREVALENCE

La prévalence est le nombre total de cas d'une maladie dans une population spécifique. La prévalence de l'anorexie mentale chez les femmes âgées de 11 à 65 ans dans une population non-clinique varie entre 0 et 2.2%(19). Ce taux varie en fonction des critères diagnostiques utilisés, des méthodes de mesures et de l'âge des sujets étudiés. Dans une étude de la prévalence de l'anorexie mentale dans 6 pays européens (Belgique, France, Allemagne, Italie, Espagne, Pays-Bas), la prévalence « vie entière » de l'anorexie mentale (nombre de cas de la maladie au cours de la vie entière) dans la population féminine est de 0.93% (IC[95%]=0.5-1.6)(20).

Cependant, l'anorexie mentale serait largement sous-diagnostiquée : environ la moitié des cas ne serait pas détectée et échapperait ainsi au système de soins(19). En prenant en compte les formes « partielles » d'anorexie mentale, la prévalence vie entière de l'anorexie mentale chez les femmes est estimée à près de 5%(21). L'âge moyen de début de l'anorexie mentale se situe entre 14 et 18 ans, selon les différentes études(22).

Chez les hommes, beaucoup moins d'investigations ont été menées. La prévalence vie entière d'une anorexie mentale paraît se situer autour de 0.3%(22). Cependant, elle semble largement sous-détectée. Le ratio hommes/femmes est ainsi évalué entre 1:5 et 1:10.

1.3.2. INCIDENCE

L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas d'une maladie pendant une période donnée dans une population spécifique.

Hoek et van Hoeken(23), dans leur revue de littérature (1931-1995), retrouvent une grande variabilité de l'incidence de l'anorexie mentale (0,1 à 12 pour 100.000 personnes par an), du fait de la diversité des échantillons de population utilisés (patients consultant à l'hôpital, patients consultant en médecine de ville, patients recrutés par des enquêtes en population générale, etc.).

Dans une étude finlandaise de grande ampleur, Keski-Rahkonen(19) mesure une incidence annuelle d'anorexie mentale en population générale de 270 pour 100.000 personnes entre 15 et 19 ans. Cette incidence annuelle s'élève à 490 pour 100.000 personnes au sein de cette même population, si on prend en compte les formes « partielles » d'anorexie mentale. Plus de la moitié

de ces nouvelles patientes ne reçoivent pas de soins pour leur trouble anorexique(22).

L'augmentation de l'incidence de l'anorexie mentale au fil des siècles est un sujet qui divise de nombreux auteurs. Pour Hoek(24), l'Europe a vu augmenter l'incidence d'anorexie mentale au sein des personnes recevant des soins psychiatriques, entre les années 1950 et 1970, avant de se stabiliser après 1970. De la même façon, Bulik et al. (25) constatent une augmentation notable des cas d'anorexie mentale chez les femmes nées après 1945 par rapport à celles nées avant. Comme l'expliquent Roux et al.(15), cette recrudescence de cas lors de cette période pourrait s'expliquer par une meilleure prise de conscience de la pathologie par les patients du fait de la médiatisation des troubles alimentaires et d'une meilleure détection de la part des médecins. L'amélioration du repérage des patients par le corps médical, associée à une augmentation de demande de soins, seraient des éléments plausibles pour justifier la recrudescence des cas d'anorexie mentale lors de la deuxième moitié du XX^e siècle.

1.3.3. EVOLUTION ET MORBIDITE DU TROUBLE

La durée moyenne d'évolution de l'anorexie mentale diffère en fonction de la population considérée. Allant de 1,7 ans(22) à 3 ans(20) en moyenne en population générale, elle est presque toujours supérieure à 4 ans(26) en population clinique, dont la sévérité est probablement plus importante.

Dans leur revue de littérature, Roux et al.(15) synthétisent l'évolution des patientes anorexiques ayant été soignées pour leur trouble pendant 4 à 10 ans selon la répartition suivante : 47% de guérison, 34% d'amélioration, 21% de chronicisation et 5% de décès (suicide et dénutrition). Le taux de guérison le

plus haut est retrouvé dans une étude finlandaise d'une cohorte de jumeaux, atteignant 66,8% après 5 ans de suivi(19).

En termes de symptômes, 60% de ces patientes retrouvent un poids normal, 57% retrouvent des menstruations et 47% voient leur comportement alimentaire se normaliser.

Le taux de mortalité moyen revient autour de 5%, mais il existe de grandes variabilités. Le SMR (Standardized Mortality Ratio), ou Indice Comparatif de Mortalité, est obtenu en calculant pour une sous-population donnée, le rapport entre le nombre de décès observés et le nombre de décès attendus, et permet ainsi de comparer la mortalité de la sous-population étudiée à la mortalité de la population de référence. Dans une cohorte suédoise de 6009 femmes hospitalisées pour anorexie mentale(27), le SMR obtenu est de 6,2 (IC[95%]= 5,5-7,0), toutes causes de mortalité confondues. En d'autres termes, le nombre de décès au sein de cette cohorte de femmes anorexiques est 6 fois plus important que ce qui est attendu. La mortalité apparaît maximale la première année qui suit la première hospitalisation(26). La première cause de décès chez ces patientes est notamment marquée par le suicide, responsable de 20 à 30% des décès(28).

1.4. APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE : « DEVENIR UNE PERSONNE, DEVENIR FEMME ET DEVENIR MERE »

1.4.1. UNE PROBLEMATIQUE IDENTITAIRE : « DEVENIR UNE PERSONNE »

La puberté, période de remaniements psychiques et corporels, sources d'anxiété et d'insécurité interne, constitue un terrain à risque pour le développement de l'anorexie mentale. En effet, l'adolescence est une période de construction identitaire, de remise en question du sentiment d'être soi.

Plaçant la problématique identitaire au cœur de la psychopathologie des TCA, Philippe Jeammet avance que l'interrogation « Qui suis-je ? » est particulièrement prégnante et douloureuse chez les adolescentes anorexiques(29). A travers l'anorexie, l'adolescente trouve le moyen de s'affirmer et de se singulariser. Le trouble alimentaire lui permet de répondre à son mal-être existentiel et devient alors comme une néo-identité, une « identité de substitution », à laquelle l'adolescente anorexique s'agrippe pour ne pas se perdre : « Si je ne suis pas anorexique, qui suis-je ? ». Soulageant son malaise identitaire, l'anorexie permet à la jeune fille de garder le contrôle de sa vie, et de réguler angoisse, émotions, distances relationnelles et affectives par rapport aux autres et à ses parents(29,30), comme le développent Jeammet et Bruch. Cette quête insatiable de la maigreur peut être perçue comme un moyen de résoudre les conflits psychologiques (notamment sociaux et émotionnels)(31), générés par la peur de la maturité, de la sexualité et de l'indépendance inhérente à l'âge adulte(32).

Indispensable à son équilibre psychique car permettant d'expulser ses conflits internes, l'anorexie mentale revêt alors une fonction thérapeutique pour la patiente, la protégeant et lui conférant une identité transitoire et comblante ainsi qu'un pouvoir auprès des autres. Une dimension addictive s'enracine alors dans cette pathologie, dont la jeune fille devient dépendante.

En outre, l'ancrage du sentiment d'existence est avant tout corporel, via l'intégration de l'image du corps et des perceptions corporelles(33).

L'image de soi contribue fortement à la structuration de l'identité et la conscience de soi. Cette absence d'investissement du corps comme élément de soi ne permet pas à la jeune fille anorexique de s'identifier à son propre corps. Ce défaut de conscience corporelle se traduit notamment par un décalage

important, entre le corps réel et le corps perçu, générant une insatisfaction corporelle. Le corps n'est alors plus attribué à soi, avec des limites floues et perméables entre réalité externe et monde interne(34). Cette difficulté psychique à s'approprier son propre corps, sur le plan perceptif et représentatif, traduit un clivage *psyche/soma*(35). Hilde Bruch, psychiatre et psychanalyste allemande, avance dès 1973 que l'anorexie mentale est un trouble de l'image du corps provoqué par un déficit de perceptions intéroceptives, c'est-à-dire par une incapacité à reconnaître les sensations et les besoins du corps(30). Ces perturbations intéroceptives, que Bruch juge consécutives à des attitudes pathogènes de la mère lors de la petite enfance en matière de régulation affective, induiraient une fragilité de la délimitation du moi et un défaut de la construction de l'image du corps. Elle rapporte entre autres que les patientes anorexiques ont la perception de ne pas habiter leur corps(36). Ce trouble de l'image du corps, qu'elle pose en 1990 comme une des trois caractéristiques principales de l'anorexie mentale (avec la confusion des sensations corporelles et un sentiment exagéré d'inefficacité), se manifesterait notamment par une perception presque délirante du corps(30,36).

Ce corps persécuteur, scène vivante des transformations pubertaires, devient un corps haï, vide et négligé. La maltraitance que les jeunes filles anorexiques imposent à leur corps vécu comme mauvais et sans identité (amaigrissement, hyperactivité physique, automutilations, absence de soins corporels, etc.) peut ainsi être pensée comme une tentative de réappropriation de ce corps étranger(34). Dans un processus d'auto-sabotage face à un corps qu'elle rejette, elles font l'expérience de nouveaux éprouvés corporels. Ces comportements de maîtrise du corps leur apportent une fausse impression de contrôle et de valorisation temporaire(29). Ces conduites autodestructrices leur

donnent ainsi l'illusion de construire leur identité corporelle propre, en édifiant une conscience corporelle tout en assurant une renarcissisation éphémère et friable(33).

1.4.2. UN REFUS DU CORPS SEXUE : « DEVENIR FEMME »

Beaucoup d'auteurs d'inspiration psychanalytique ou psychodynamique s'accordent à dire que l'anorexie mentale témoigne d'un refus du corps sexué. Cette affection émerge le plus souvent au cours de l'adolescence, théâtre de transformations et d'érotisation du corps, amenant à une sexualisation des relations au monde(37).

Birraux (1990) parle d'une incapacité de l'anorexique à assumer sa féminité au temps de la puberté(38). Les changements corporels amenés par l'adolescence étant source d'angoisse pour la jeune fille anorexique, cette dernière tente alors de les effacer voire même de les dénier(39). En effet, comme le développe Isabelle Nicolas(40), l'accès à la puberté et l'arrivée des menstruations induisent de renoncer à la bisexualité infantile et de ce fait à une position de toute-puissance. Il s'agit d'une acceptation passive, sans possibilité de contrôle, d'une évolution inéluctable vers un devenir femme. Via la restriction alimentaire volontaire, la jeune fille anorexique freine voire stoppe le développement des modifications corporelles et notamment la survenue des caractères sexuels secondaires, mais inhibe également les métamorphoses psychiques adolescentes, rendant la construction de son identité féminine plus complexe, et la maintenant dans une position de petite fille. Comme le soutient Hilde Bruch(30), les anorexiques font de leur corps ce qu'elles ne peuvent pas faire de leur vie : contrôler.

Comme le souligne Maria Peolidis(41), l'anorexie mentale est ainsi une façon de tenter d'éviter l'entrée dans le processus adolescent. Lorsque l'anorexie a pour visée de rester dans le monde infantile, elle représente une défense à l'investissement de la génitalité et à la découverte de la féminité.

1.4.3. UNE PATHOLOGIE DU LIEN ET DE LA DEPENDANCE (SEPARATION-INDIVIDUATION) : « DEVENIR MERE »

Au-delà de la question de la féminité, c'est la relation mère-fille et toute son ambivalence que l'anorexie mentale met sur le devant de la scène. Cette pathologie stigmatise un dysfonctionnement dans le processus de séparation-individuation au cours des premières années de vie et lors de la puberté. Ainsi, Maurice Corcos qualifie l'anorexie comme une « pathologie de l'organisation de la personnalité et du lien »(34).

Le concept de séparation-individuation, ou l'acquisition progressive du sentiment d'être séparé, a été développé par Mahler (1967) lors de la petite enfance(42), puis repris par Blos (1967) pour l'adolescence(43), qu'il qualifie de « second processus d'individuation ».

Au cours du processus pubertaire se produit une réorganisation psychique majeure marquée notamment par le deuil des objets infantiles et la perte des imagos parentaux idéaux, au profit de la rencontre avec un nouvel objet et de l'investissement de la génitalité. L'enjeu de ces transformations psychiques est d'aboutir à une construction identitaire propre via de nouvelles identifications. Cependant, malgré cette nécessité de se séparer progressivement de ses parents afin de trouver sa singularité, son autonomie et d'aller vers d'autres objets extérieurs, il est nécessaire pour l'adolescent de continuer à se « nourrir » de ses parents pour la construction de son narcissisme

et le maintien de sa sécurité interne. Ces deux impératifs forment un paradoxe, que Philippe Jeammet résume par la phrase suivante(29) : « ce dont j'ai besoin est ce qui me menace ».

Pour les jeunes filles atteintes d'anorexie mentale, bien souvent carencées dans leur narcissisme et insecure sur le plan affectif, le besoin objectal de se séparer et d'aller vers l'extérieur peut en effet être ressenti comme une menace. En d'autres termes, la dépendance de ces jeunes filles à l'environnement et notamment à ses parents, menace son autonomisation.

Ce conflit psychique se pose alors de manière privilégiée sur le corps de l'adolescente, marquant et figurant l'origine du trouble(44). N'ayant pu ni se nourrir ni s'identifier à sa propre histoire familiale, la jeune fille anorexique se retrouve en situation de carence altérant la construction de son moi corporel et psychique. En proie à des modifications corporelles/pubertaires, elle lutte activement contre ces transformations afin de maintenir un corps infantile, indifférencié d'avec celui de la mère, voire même parfois vécu comme une extension ou un morceau du corps maternel(45). Cette stagnation voire régression corporelle chez l'anorexique peut être pensée comme une volonté de préserver un lien privilégié avec la mère en sauvegardant son corps d'enfant, tout en manifestant le désir de se détacher de l'objet maternel menaçant son autonomisation. Les symptômes anorexiques sont ainsi qualifiés par Bruch(30) comme des premières manifestations d'indépendance de la part de la jeune fille. De manière similaire, la recherche de la maigreur chez l'anorexique a, selon elle, pour seul but l'autonomie de la jeune fille. Isabel Frias va même plus loin et pense l'anorexie comme un véritable appel au père, à sa fonction de tiers, en tant qu'outil de régulation de la relation à la mère, et moyen de coupure du lien mère-enfant pour introduire de l'altérité(46).

Ce fantasme du « corps pour deux » ou du « même corps » dont parlent Corcos et Dupont(44) est illustré par l'aménorrhée, symptôme auparavant considéré comme « cardinal » pour le diagnostic d'anorexie mentale. En effet, les menstruations renvoient à la notion de séparation : séparation d'avec le mari d'une part et séparation d'avec la mère d'autre part. Les règles, symbole de l'accession à un corps sexué adulte, impliquent une séparation d'avec l'objet maternel primaire et la séparation d'avec le corps infantile. L'aménorrhée, c'est-à-dire l'absence de règles, apparaît alors comme un moyen de rester enfant, en maintenant une position de petite fille, mais aussi de refuser la séparation d'avec la mère et la compétition en matière de maternité(47).

Cependant, même si l'aménorrhée apparaît comme un symptôme de lutte active contre la séparation d'avec le corps de l'enfance et d'avec la mère, elle est aussi l'emblème de la stérilité et de la grossesse. Selon Corcos(47), la problématique de l'aménorrhée vient aussi soulever la question de la maternité et de la rivalité avec la mère. Apanage de la grossesse, la perte des menstruations donne ainsi accès au statut de femme enceinte. Corcos analyse l'aménorrhée comme un état de « grossesse morale perpétuelle »(44) chez ces patientes, qui mentionnent des fantasmes de grossesse « en négatif ou en creux ». Il observe à travers le discours de ces femmes des représentations fantasmatiques et oniriques d'enfant mort-né, d'avortement, de grossesse invisible (« en creux »), de grossesse et de procréation interdites, dénotant un lien perturbé au maternel. Ces fantasmes de grossesse cohabitent également avec des fantasmes de stérilité. Ces représentations inconscientes d'être stérile rempliraient la fonction d'être protégée du fantasme d'un risque de grossesse permanente de nature psychique et incestueuse, tout en préservant la mère en lui laissant ses attributs de toute-puissance et de domination(47). Cette rivalité sur la terre de la maternité, comme s'il n'y avait pas de place pour la mère et la

filles en même temps, est là encore un témoin de l'ambivalence omniprésente dans la relation mère-fille, oscillant entre dépendance et séparation.

2. LA GROSSESSE CHEZ DES PATIENTES SOUFFRANT D'ANOREXIE MENTALE : DE LA CONCEPTION AU POST-PARTUM

2.1. PREVALENCE

De nombreux auteurs ont cherché à connaître la prévalence de l'anorexie mentale dans la population de femmes enceintes. Hoek et al. (2003)(48) évaluent entre 5 et 10% la prévalence des troubles alimentaires parmi les femmes en âge de procréer. Micali(49) et Easter(50) estiment que 5 à 8% des femmes enceintes présenteraient un trouble du comportement alimentaire (anorexie mentale ou boulimie), chiffres atteignant 15% pour les formes sub-cliniques(51). En effet, sur une cohorte de 12254 femmes enceintes, Micali et al(49) constatent que 4% des femmes présentent un TCA actuel ou passé. De même, Broussard(52) note que les troubles du comportement alimentaire concerneraient 5.9% de la population féminine en âge de procréer.

On citera aussi Eagles et al. (2012)(53), qui se sont intéressés à la grossesse de femmes avec une anorexie actuelle ou passée, et qui qualifient la grossesse de « relativement courante » parmi les femmes souffrant de ce trouble alimentaire.

2.2. FEMINITE ET FERTILITE

2.2.1. SEXUALITE

2.2.1.1. *TROUBLES SEXUELS*

Les troubles sexuels chez la femme peuvent être classés selon quatre grands groupes :

- Troubles du désir :

- Baisse du désir sexuel : déficience (ou absence) persistante ou répétée de fantasmes imaginatifs d'ordre sexuel et de désir d'activité sexuelle.
- Aversion sexuelle: aversion extrême, persistante ou répétée, et évitement de tout (ou presque tout) contact génital avec un partenaire sexuel.

- Troubles de l'excitation :

- Trouble de la lubrification : déficit de lubrification vaginale.

- Troubles de l'orgasme :

- Anorgasmie : absence ou retard persistant ou répété de l'orgasme.

- Troubles douloureux :

- Dyspareunie : douleur génitale persistante ou répétée associée aux rapports sexuels.
- Vaginisme : spasme involontaire, répété ou persistant, de la musculature du tiers externe du vagin perturbant les rapports sexuels.

De par les difficultés à accepter et investir la féminité et la sexualisation de leur corps, de nombreuses difficultés sexuelles ont été évoquées chez les

jeunes femmes atteintes d'anorexie mentale. Dès 1967, Crisp considérait ces patientes comme « sexuellement immatures », et évoluant dans un milieu familial où leurs parents véhiculaient des messages négatifs voire prohibitifs vis-à-vis de la sexualité en général et vis-à-vis de la potentielle sexualité de leur fille (32). Il remarquait déjà que la sexualité était vécue comme « mauvaise » par ces patientes qui, comme le constate Scott en 1987 (54), ont du mal à imaginer que les relations sexuelles puissent être une forme d'épanouissement personnel. Ces jeunes filles sont ainsi beaucoup plus enclines à se livrer à des relations « platoniques » ou épistolaires, où le corps physique n'entre pas en jeu.

Le faible intérêt pour la sexualité chez les personnes anorexiques fait consensus dans la littérature(55).

Sur un échantillon de 44 patientes souffrant d'anorexie mentale, Castellini et al.(56) observent des dysfonctions sexuelles plus importantes chez les femmes souffrant d'anorexie mentale restrictive par rapport aux femmes souffrant d'anorexie mentale purgative et aux femmes du groupe témoin. Ils utilisent le FSFI (Female Sexual Function Index), questionnaire composé de 19 questions abordant 6 domaines différents de la fonction sexuelle (désir, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction et douleur). Un score $\leq 26,55/36$ indique une dysfonction sexuelle(57). Cette étude affiche un score médian de 4,8 chez les anorexiques restrictives, contre 28,3 chez les anorexiques purgatives et 30,2 dans le groupe contrôle non exposé à des TCA. A noter que les six domaines que le questionnaire explore sont touchés de manière homogène dans cette population. En d'autres termes, il apparaît une grande disparité sur le plan sexuel dans la population des jeunes femmes anorexiques. Les formes

restrictives semblent souffrir de troubles sexuels sévères, contrairement aux formes purgatives.

Sur le plan physiopathologique, certains auteurs tentent d'expliquer ces difficultés sexuelles par l'hypogonadisme hypogonadotrope induit par le trouble alimentaire. Une corrélation spécifique a en effet été observée entre la gravité de l'insuffisance pondérale et les difficultés sexuelles chez les jeunes femmes anorexiques. Assurément, la normalisation du poids semble favoriser une amélioration de la qualité de vie sur le plan de la sexualité(58).

Cependant, des facteurs psychologiques s'avèrent être aussi déterminants dans ces dysfonctionnements. Les perceptions que ces patientes ont de leur propre corps font figure de médiateurs des troubles sexuels(55). Castellini et al. (56) identifient ainsi une corrélation entre l'insatisfaction corporelle et la sévérité des troubles sexuels.

2.2.1.2. *AGRESSIONS SEXUELLES*

Une agression sexuelle se définit dans l'article 222-22 du Code Pénal(59), comme « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ». Les agressions sexuelles supposent donc des actes de nature sexuelle non consentis par la victime.

Le lien entre agression sexuelle sur mineur et trouble du comportement alimentaire a été clairement établi à travers de nombreuses études(55). On note cependant que la force de la corrélation varie fortement entre les études, mettant en évidence des différences de méthodologies et d'« effect size » (taille d'effet). Même si une méta-analyse de 2002 publiée par Smolak et

Murnen(60) montre une corrélation plus marquée chez les patientes atteintes de boulimie nerveuse, la plupart des revues de la littérature(60–62) montrent une relation entre agression sexuelle sur mineur et troubles du comportement alimentaire, tout diagnostic confondu.

2.2.2. AMENORRHEE

2.2.2.1. *DEFINITION ET PREVALENCE*

L'anorexie mentale s'accompagne souvent de perturbations des cycles menstruels voire même d'une aménorrhée, dès que la perte pondérale atteint 10 à 15% du poids initial(63) (ce qui correspond environ à la perte d'1/3 de la masse grasse corporelle). L'aménorrhée survient chez environ 66 à 89% des femmes atteintes d'anorexie mentale, auxquels il faut ajouter 6 à 11% d'oligoménorrhée (menstruations peu fréquentes ou irrégulières)(64,65).

L'aménorrhée, se définit comme une absence totale de règles. On distingue 2 types d'aménorrhée :

- L'aménorrhée primaire qui correspond à l'absence de règles après l'âge de 15 ans avec développement normal des caractères sexuels secondaires.
- L'aménorrhée secondaire qui correspond à un arrêt des cycles > 3 mois chez une femme antérieurement réglée.

L'aménorrhée secondaire est plus fréquente chez les anorexiques (77%) par rapport à l'aménorrhée primaire (12%), qui témoigne souvent d'une anorexie mentale prépubère(64,65).

L'aménorrhée était auparavant considérée comme un critère diagnostique de l'anorexie mentale, dans le DSM-IV-TR(66). Ce critère a été retiré de la classification car l'aménorrhée, liée à la dénutrition, s'avère plus un indicateur du statut nutritionnel et du poids qu'un critère diagnostique à part entière(67).

Par ailleurs, l'aménorrhée peut être masquée par la prise de pilule contraceptive.

2.2.2.2. *MECANISME PHYSIOLOGIQUE DE L'AMENORRHEE*

Le mécanisme de l'aménorrhée chez les femmes anorexiques provient de l'axe hypothalamo-hypophysaire-ovarien. La leptine, hormone secrétée par les adipocytes, régule la production de GnRH (Gonadotropin Releasing Hormon ou gonadolibérine) au niveau hypothalamique(68). La sécrétion pulsatile de GnRH contrôle à son tour la sécrétion des gonadotrophines: FSH (Follicle Stimulating Hormone ou hormone folliculo-stimulante) et LH (Luteinizing Hormon ou hormone lutéinisante) au niveau antehypophysaire(69) (cf. Figure 1). Ces deux hormones hypophysaires ont un rôle clé dans le bon déroulement du cycle menstruel. La FSH intervient dans la croissance et la maturation des follicules ovariens. La LH est responsable de l'ovulation via son pic de production au 14^e jour, ainsi que du maintien du corps jaune.

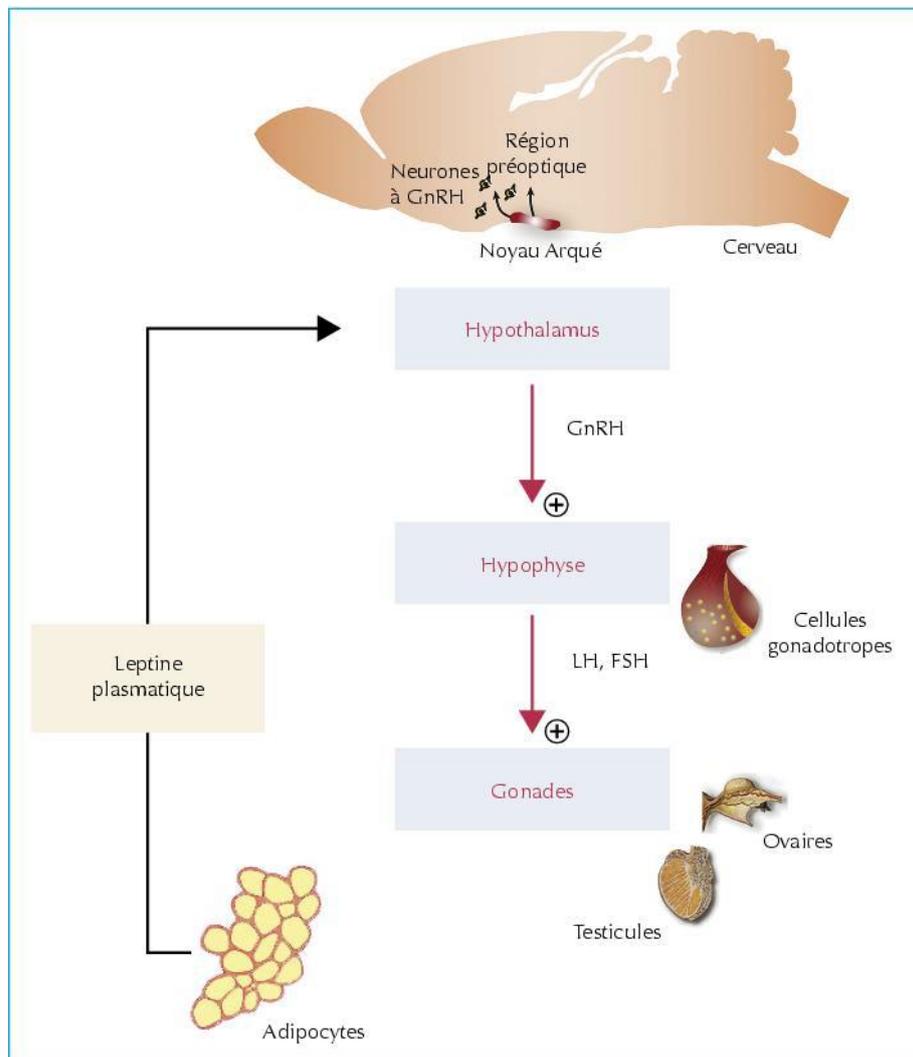


Figure 1: Régulation par la leptine de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique (69)

La restriction alimentaire au long cours ainsi que la perte de masse adipeuse survenant au cours d'une anorexie mentale, entraînent une baisse de la sécrétion de leptine(68,70). L'effondrement du taux de leptine a pour conséquence une inhibition de la sécrétion pulsatile de GnRH ainsi qu'une baisse des gonadotrophines (LH et FSH). De cette dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique découlent des dysfonctions au niveau de l'ovulation et du développement de l'endomètre, des troubles menstruels (aménorrhée, oligoménorrhée) ainsi qu'une altération de la croissance osseuse(51).

2.2.2.3. *DES DETERMINANTS NUTRITIONNELS, PONDERAUX ET PSYCHOLOGIQUES*

L'étude longitudinale prospective de Copeland et al.(71) de 229 patientes suivies pour TCA révèle que les patientes en aménorrhée sont significativement ($p < 0,01$) plus maigres que les patientes avec des cycles menstruels : 74% de l'IMC idéal contre 102% de l'IMC idéal. Un IMC faible ($< 18 \text{kg/m}^2$), une alimentation restrictive hypocalorique et une hyperactivité sont des facteurs favorisant de l'aménorrhée chez les patientes atteintes d'anorexie(64,65). En outre, ils remarquent qu'une comorbidité thymique est davantage présente chez les femmes présentant une aménorrhée (75%) par rapport aux femmes ayant conservé leurs menstruations (56%).

La réapparition des règles est extrêmement variable au cours du rétablissement.

Alors que le poids se normalise et atteint 90% de l'IMC idéal, le pourcentage d'aménorrhée persistant au-delà de 6 mois à 1 an varie de 13 à 30% en fonction des études(71,72). Cette aménorrhée persistante malgré le retour à un poids normal semble intimement liée à la poursuite de troubles alimentaires à bas bruit et/ou à la persistance de difficultés psychologiques(44,71).

Inversement, l'aménorrhée peut également survenir avant la perte de poids jusque dans 20% des cas(72).

Ainsi, le lien entre anorexie mentale et aménorrhée n'est pas réductible à la perte de poids et au statut nutritionnel. Pouvant précéder la perte de poids ou persister malgré une normalisation pondérale, l'aménorrhée semble sous l'influence majeure de troubles psychologiques, notamment anxieux, thymiques et affectifs. Comme le soulignent Corcos et Dupont(44), l'aménorrhée peut être pensée comme un des effets du comportement général

de maîtrise présent dans cette pathologie. Les jeunes femmes anorexiques se sentent indifférentes voire même satisfaites de l'arrêt des cycles et sont souvent ambivalentes par rapport au retour des règles. La reprise des menstruations, témoignant de l'absence de contrôle de leur propre corps, est fréquemment mal vécue et réactive des craintes archaïques.

2.2.3. ANOREXIE MENTALE, INFERTILITE ET PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE

2.2.3.1. *INFERTILITE*

L'infertilité se définit comme l'incapacité, pour un homme, une femme ou un couple, d'obtenir une naissance (vivante) souhaitée. La définition médicale établie par l'OMS(73) correspond à une absence de grossesse après plus de 12 mois de rapports sexuels réguliers sans contraception.

Il a longtemps été considéré que les perturbations biologiques induites par l'anorexie mentale de type hypogonadisme hypogonadotrope, engendraient systématiquement, via les perturbations du cycle menstruel, une infertilité et donc une impossibilité de concevoir.

Par exemple, Lamas et al. (2004)(74) relèvent que les femmes souffrant d'infertilité inexplicée avaient plus fréquemment des troubles du comportement alimentaire cliniques et subcliniques vie entière (22,5%) par rapport aux femmes témoins (3,2%). D'autres études, menées par Resch et al. (2004)(75), Easter et al. (2011)(76) et Pasternak et al. (2012)(77) ont montré des résultats similaires suggérant un lien entre TCA et traitements contre l'infertilité.

Les études récentes démontrent cependant que l'aspect symptomatologique et nosographique de l'anorexie mentale est insuffisant pour prendre en compte la complexité du retentissement sur la fertilité. Certaines équipes, comme Bulik et al. (1999)(78), Wentz et al. (2005)(79) et Hoffman et al. (2011)(80) révèlent dans des études de cohorte de grande ampleur, une fertilité équivalente chez des femmes anorexiques par rapport au groupe témoin, indiquant des capacités de reproduction préservées malgré des cycles menstruels perturbés.

Malgré des troubles menstruels et des périodes d'aménorrhée, l'ovulation peut tout de même se produire. De nombreuses études retrouvent ainsi un risque de grossesses inopinées supérieur chez les femmes atteintes d'anorexie mentale. Micali et al. (2014) retrouvent une fréquence de grossesses non-prévues proche de 33% chez les patientes avec une anorexie, contre une fréquence de 22,3% dans le groupe contrôle(81) . Cette fréquence s'élève à 55% si la patiente a souffert d'un épisode d'anorexie l'année précédente. Quant à Bulik et al. (2010), ils retrouvent une fréquence de grossesses non-planifiées de 50% chez les patientes présentant une anorexie mentale par rapport à 18,9% pour le groupe contrôle, et un risque relatif supérieur à 2 après ajustement sur l'âge maternel et les traitements contre l'infertilité(82). De ces grossesses inopinées découle aussi un recours plus important aux IVG (Interruption Volontaire de Grossesse), dont la fréquence est de 24% chez les jeunes femmes anorexiques contre 15% en population générale (82).

2.2.3.2. *RECOURS A LA PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE (PMA)*

Le traitement de l'hypofertilité repose sur les techniques de procréation médicalement assistée. L'association entre anorexie mentale et PMA est très peu abordée dans la littérature, et explorée à travers des petits échantillons. Sur une population de 82 patientes, Freizinger et al. (2010) retrouvent une prévalence de 20% de troubles des conduites alimentaires (actuels ou passés), et 8,5% d'anorexie mentale (active ou passée) parmi les patientes prises en charge pour une infertilité(83). Stewart et al. (1990) notent une prévalence de 7,6% pour les TCA actuels ou passés et de 16,7% pour les TCA sub-cliniques(84). Parmi la population de centres de PMA, 58% des femmes présentant une aménorrhée ou une oligoménorrhée seraient atteintes de TCA(83).

Les difficultés alimentaires de ces patientes sont le plus souvent méconnues des équipes soignantes. Plus des trois quarts de ces femmes n'ont en effet pas signalé l'existence de ces troubles alimentaires à l'équipe d'AMP (Assistance Médicale à la Procréation) (83,85). Comme le proposent certaines études, il apparaît donc pertinent de questionner les patientes consultant pour infertilité, sur leurs antécédents de troubles alimentaires et leurs fluctuations pondérales au cours de leur vie. Comme le soulignent Lamas et al.(85), les questions les plus informatives seraient celles interrogeant sur l'existence de périodes d'aménorrhée prolongée et de fluctuations pondérales de plus de 5kg. Par ailleurs, l'évaluation de l'insatisfaction corporelle et pondérale semble nécessaire(85).

Plusieurs auteurs vont même jusqu'à considérer comme une contre-indication à la grossesse et aux techniques de PMA, tout trouble du comportement alimentaire actif ou insuffisamment résolu(86). Ils insistent sur

la nécessité de traiter le trouble alimentaire avant d'envisager une grossesse par PMA.

La connaissance de TCA actifs ou passés chez une femme en demande d'AMP pose en effet certaines questions éthiques et justifie la nécessité d'une évaluation psychiatrique de la patiente dans le cadre de sa démarche. Comme stipulé par l'article L. 152-10 du Code de Santé Publique(87), en cas d'obstacle grave à la mise en œuvre de l'AMP, cette dernière peut être différée, après entretien avec le psychiatre ou le psychologue et concertation au sein de l'équipe, si nécessaire. Cependant, sur quels critères la décision de différer l'AMP peut-elle s'appuyer ? Des critères somatiques ou psychiatriques ? Refuser ou différer une demande de PMA chez ces patientes atteintes de TCA semble difficile, à moins qu'une grossesse fasse courir un risque vital pour ces patientes(85).

2.3. GESTATION ET ACCOUCHEMENT : DES REMANIEMENTS PSYCHOLOGIQUES

2.3.1. TRANSPARENCE ET GESTATION PSYCHIQUES

Pour toute femme et quelle que soit son histoire, la grossesse, est souvent considérée dans la littérature comme une période de vulnérabilité psychique, aussi qualifiée de « transparence psychique » par Monique Bydlowski (1997) (88). Ce moment de crise identitaire et de personnalité, que le psychanalyste Paul-Claude Racamier(89) compare à la crise d'adolescence, fait resurgir à la surface des problématiques infantiles et des angoisses refoulées. Cette perméabilité psychique, avec l'accès à des éléments de l'inconscient, peut être très perturbante et la reviviscence de certains souvenirs peut ébranler la femme enceinte.

Cependant, l'impact de cet état dépend du vécu de chaque femme. La grossesse, de par ce phénomène psychique, apparaît pour certaines femmes comme une « expérience réparatrice » car elle permettrait à la future mère de « retisser les problématiques enfantines et adolescentes ré-émergentes afin de former un nouvel entrelacement »(90). Monique Bydlowski, parlait ainsi d'un moment de « rencontre intime avec soi-même»(90).

De plus, la grossesse est également marquée par une régression sur un mode narcissique, c'est-à-dire que la femme enceinte se concentre davantage sur elle-même et sur son fœtus comme s'ils ne faisaient plus qu'un, mais également par une hypersensibilité de la sphère orale car l'alimentation renvoie à un mode d'expression archaïque qui est favorisé chez la femme en début de grossesse(91).

2.3.2. REACTIVATION DES PREOCCUPATIONS CORPORELLES ET APPREHENSION DES TRANSFORMATIONS DU CORPS

Du fait de la psychopathologie de l'anorexie mentale, on peut aisément supposer que cette période de transformations psychiques au cours de la grossesse, comparable à la crise pubertaire, peut s'avérer encore plus déstabilisante chez une femme enceinte atteinte d'anorexie mentale. En effet, l'anorexie mentale peut être vue, selon Isabelle Nicolas(92), comme un évitement du devenir femme et le maintien du statut d'enfant. D'autres auteurs, comme Marcelli et Braconnier (1995)(93), parlent d'un refus de la féminité de la part de la jeune femme anorexique, qui cherche alors à effacer et dénier ce nouveau corps de femme.

Pendant longtemps, la grossesse était représentée comme un moment de plénitude où le ventre rond était un signe d'épanouissement pour les femmes. Ce point de vue est maintenant bien relativisé, et on s'accorde à dire que l'appropriation de son nouveau corps par la femme enceinte, n'est pas chose aisée, faisant écho aux transformations corporelles pubertaires adolescentes. En effet, la grossesse, en plus d'induire une fragilité psychique, majorée en cas d'anorexie mentale, amène tout un panel de transformations corporelles. Ces dernières, omniprésentes aussi dans la crise pubertaire, troublent l'image de la féminité que ces femmes ont d'elles-mêmes.

Tout au cours de la grossesse, toute femme effectue un travail d'appropriation de son nouveau corps. Comme le montrent Hodgkinson, Smith et Wittowski (2014)(94) dans leur revue systématique sur la perception corporelle des femmes au cours de leur grossesse, le corps gravide est parfois considéré par la future mère comme « étranger », « autonome et séparé » « hors de contrôle ». Une sensation de prise de poids trop faible ou trop importante par ces jeunes femmes au cours de la grossesse engendre alors de l'anxiété, voire un sentiment de détresse psychique lorsqu'elles ont l'impression de perdre le contrôle de leur corps, qu'elles doivent partager avec le fœtus.

Cette acceptation de ce nouveau corps gravide peut s'avérer plus ardue chez les anorexiques mentales. En effet, ces patientes, présentant une altération de la perception de leur propre corps, associée à une peur de prendre du poids, sont dans la maîtrise de leur alimentation et de leur corps. Perdre le contrôle de son corps, accepter entre autres de voir son ventre s'arrondir et ses hanches s'élargir nécessite pour ces femmes d'accepter leur féminité ; elles qui cherchent tant à cacher cette féminité par leur trouble alimentaire. L'étude de Lemberg et Philipps (1989)(95) confirme en effet cette théorie en montrant que

la principale source d'angoisse chez ces patientes, pendant la grossesse, est la peur de perdre le contrôle de leur prise de poids. Nicolas et al. (2019)(96) constatent dans leur étude qualitative que les changements physiques survenant au cours de la grossesse renvoient aux femmes atteintes de TCA une expérience pénible de passivité, réactivant leur besoin de contrôle. Dans la maîtrise de l'image de leur corps, ces femmes enceintes se projettent d'ores et déjà après l'accouchement et expriment très tôt le besoin de reprendre le contrôle de leur corps en post-partum. Fogarty et al. (2018)(97), dans leur étude méta-ethnographique, vont jusqu'à employer le terme de « bras de fer » pour qualifier le conflit que la future mère anorexique doit mener pour répondre à ses deux désirs intérieurs : l'anorexie mentale et « manger sainement » pour avoir un bébé en bonne santé. Ce dilemme aboutit la plupart du temps à un changement positif du comportement alimentaire, s'inscrivant dans un « nouveau » TCA.

2.3.3. GROSSESSE ET INSATISFACTION CORPORELLE

Une évaluation négative de la taille, de la forme, de la tonicité et du poids du corps définit ce que Coker et Abraham (2014)(98) appellent « troubles de l'image corporelle », constitués de l'insatisfaction corporelle (différence entre le corps perçu et le corps idéal(14,99)), et des distorsions corporelles (différence entre le corps perçu et le corps réel(14)). L'insatisfaction corporelle est présente dans la majorité des pays développés, qui prônent une image corporelle de minceur malgré une augmentation continue des mensurations féminines. Environ 50% des femmes sont insatisfaites de leur poids, et 64% des femmes avec un poids normal pensent qu'elles ont besoin de perdre du poids(100).

Ces troubles de l'image corporelle, et particulièrement l'insatisfaction corporelle, constituent un élément central dans l'installation et le maintien des troubles du comportement alimentaire. Des niveaux plus élevés d'insatisfaction corporelle sont retrouvés chez les jeunes femmes présentant des troubles alimentaires par rapport à des jeunes femmes témoins, et chez les jeunes femmes présentant des troubles alimentaires avec conduites de purge par rapport à des jeunes femmes présentant des troubles alimentaires sans conduites de purge(98). La valeur de l'IMC associée au passage d'une insatisfaction corporelle à une satisfaction corporelle serait comprise entre 15 et 16 kg/m² chez le groupe présentant des troubles alimentaires et entre 18 et 19 kg/m² chez le groupe témoin. Par ailleurs, des études longitudinales(101,102) retrouvent un niveau d'insatisfaction corporelle élevé précédant le début des troubles alimentaires. De plus, selon plusieurs auteurs(103,104), le degré d'insatisfaction corporelle prédirait la sévérité du trouble alimentaire.

L'insatisfaction corporelle est répandue dans la population des femmes enceintes et elle influe négativement sur l'état de santé maternel (dépression, obésité, prise de poids gestationnelle excessive, alimentation déséquilibrée) pouvant alors altérer le bon développement fœtal(105,106). Cependant, elle est très peu explorée au cours de la grossesse par les professionnels de santé. Un tiers seulement des médecins gynécologues-obstétriciens évalue l'insatisfaction corporelle chez leurs patientes enceintes selon l'étude de Leddy et al. (2009)(107).

Les représentations corporelles de la femme enceinte sont influencées par la perception que ces futures mères ont des idéaux sociaux, comme le soulignent Hodgkinson, Smith et Wittowski (2014)(94). La perception que les

femmes enceintes se font de l'idéal de beauté dicté par la société correspond à un corps mince avec une poitrine galbée, une peau immaculée et un poids contrôlé par le régime alimentaire et l'exercice physique. Par conséquent, le corps de la femme enceinte avec le cortège de transformations corporelles qui l'accompagne, constitue une sorte de « transgression » des idéaux sociaux corporels.(94) Cependant, alors que le fait d'être « grosse », ou de prendre du poids « superflu » en dehors d'une grossesse est perçu par la gente féminine comme difficilement excusable, l'image corporelle au cours de la grossesse, non conforme à l'idéal féminin, et le poids gagné au cours de la grossesse sont acceptés et légitimés par la société et par les femmes enceintes, car attribués au développement du fœtus et à la fonction maternelle(94). Les modifications corporelles au cours de la grossesse étant reconnues comme inévitables, le corps féminin gravide est ainsi exonéré des règles sociales, même si ces dernières sont toujours présentes à l'esprit des femmes enceintes. Des difficultés relatives à l'image corporelle sont particulièrement mises en évidence au premier trimestre de grossesse, sorte de période « entre-deux » où le ventre s'arrondit mais la grossesse n'est pas encore visible aux yeux des autres, et lors du post-partum, lorsque le bébé est né mais que le corps reste marqué par les transformations physiques induites par la grossesse. Une fois la naissance passée, les jeunes mères ne perçoivent plus aucune excuse pour ne pas adhérer à l'image sociale du corps qu'elles se sont construites(94).

Fuller-Tyszkiewicz et Skouteris (2012)(108) ont identifié dans leur travail regroupant 22 études, des facteurs de corrélation de l'insatisfaction corporelle au cours de la grossesse. Une association faible mais significative avec l'humeur dépressive maternelle est confirmée. La présence de symptômes dépressifs au début de la grossesse prédit l'apparition d'une insatisfaction

corporelle ultérieurement dans la grossesse. En effet, la présence de symptômes dépressifs au premier trimestre est fortement corrélée à l'apparition d'une insatisfaction corporelle aux deuxième et troisième trimestres. Inversement, une insatisfaction corporelle au premier ou au deuxième trimestre est reliée à l'apparition de symptômes dépressifs respectivement au deuxième ou au troisième trimestre. Comme l'expliquent plusieurs études antérieures(109–112), la dépression périnatale peut être à l'origine d'une insatisfaction corporelle via une baisse de l'estime de soi, ou une hyperphagie. D'autres facteurs associés à l'insatisfaction corporelle sont retrouvés(108) : facteurs psychologiques (restriction alimentaire, importance attribuée à l'apparence en début de grossesse), facteurs socio-environnementaux (niveau de soutien familial, taquinerie liées au poids), démographiques (multiparité). Une corrélation moyenne entre allaitement et insatisfaction corporelle est établie. En effet, les jeunes femmes présentant une insatisfaction corporelle importante au cours de la grossesse allaitent moins. Inversement, les futures mères qui prévoient de nourrir leur enfant au biberon présentent des niveaux d'insatisfaction corporelle plus élevés. Enfin, une association faible mais positive est établie entre IMC et insatisfaction corporelle avant et pendant la grossesse. Ainsi, un IMC élevé est corrélé à des niveaux d'insatisfaction plus élevés et vice versa.

L'image corporelle devient de plus en plus négative au cours de la grossesse et atteint son nadir pendant le post-partum(113,114). En effet, lors du post-partum, l'insatisfaction corporelle des jeunes mères augmente significativement à partir de l'accouchement jusqu'à 9 mois après, malgré une perte de poids moyenne de 4,6 kg au cours de cette période(115). Neuf mois après la naissance, on observe en moyenne un poids supérieur de 2,5 kg par rapport au poids initial de début de grossesse. Plusieurs facteurs associés à

l'insatisfaction corporelle à 9 mois post-accouchement ont été identifiés, tels qu'un poids post-natal élevé, une santé mentale altérée, et une alimentation du bébé par biberon(115).

2.3.4. AMBIVALENCE ET HAINE VIS-A-VIS DU FŒTUS

Winnicott, pédiatre et psychanalyste anglais, est le tout premier à avoir introduit en 1947 la notion de haine qu'une mère peut éprouver envers son petit bébé(116).

François Sirol, psychiatre à l'Institut de Puériculture et de Périnatalogie de Paris, étend en 1999 ce concept de haine à la période de la grossesse, parlant alors de « la haine de la femme enceinte pour son fœtus »(117). Ce concept est né de sa pratique dans un service de diagnostic prénatal et de médecine fœtale, où il est confronté à des situations cliniques violentes (découverte d'une malformation ou d'une anomalie fœtale, décision d'interruption de grossesse, incertitude médicale quant au fœtus). Ces situations cliniques extrêmes et traumatiques mettent à mal, chacune à leur façon, l'amour maternel envers son bébé à naître. De ces évènements difficiles est né le concept de haine inconsciente pour le fœtus(118).

Sirol définit la haine comme un « ressenti de répulsion pour l'objet, un sentiment violent profondément enfoui dans l'inconscient »(119). Il constate que l'investissement du fœtus par sa mère ne va pas de soi et observe que toute femme enceinte éprouve ce sentiment de haine pour le fœtus dès le début, bien avant de l'accepter et d'éprouver de l'amour envers lui.

Il expose 21 raisons pour lesquelles une femme enceinte peut haïr son fœtus(120):

1. Au début la femme garde secrète sa grossesse, jusqu'à la certitude que son fœtus ne la quittera pas. Le fœtus lui impose le secret sur sa grossesse.
2. Son fœtus la fait douter de son pouvoir de procréation et de l'intégrité de ses fonctions génitales, lorsqu'il ne l'habite pas quand elle l'a décidé.
3. Parce qu'il est précieux, elle l'entoure d'une sollicitude anxieuse exagérée.
4. S'il ne correspond pas à son attente, il ne pourra pas remplir le rôle qu'elle lui assignait pour perpétuer les valeurs et traditions familiales.
5. Son fœtus la confronte à la rivalité fantasmatique avec sa mère dont elle veut s'octroyer le pouvoir de procréation. Mais elle n'est assurée de rien, et craint d'être privée d'être mère et de ne pas entrer dans la communauté des familles et dans celle des mères.
6. La femme subit sa grossesse, sans pouvoir rien y faire, elle ne maîtrise rien et doit accepter ce que lui décide.
7. Le fœtus la rend malade, il change son humeur ; il perturbe son sommeil, la fatigue, lui fait mal.
8. Il déforme son corps. Elle craint de ne plus plaire comme avant. Elle voudrait que sa grossesse passe inaperçue.
9. Son fœtus lui fait perdre son emploi. Elle éprouve de la difficulté à annoncer sa grossesse à son patron. Elle craint d'être déconsidérée. Elle craint un préjudice pour son avancement ou la prime attendue.
10. Il la rend passive et l'oblige à réduire son activité, ce qu'elle supporte mal. Elle lui pardonnera parfois difficilement de l'avoir obligée à participer au processus de procréation.

11. Son fœtus est le révélateur des vicissitudes qui ont marqué son histoire actuelle et passée. Elle a peur de reproduire avec son bébé le manque d'amour de sa mère envers elle-même.
12. A cause de lui, elle fait des cauchemars, rêve qu'on lui enlève le bébé parce qu'elle ne s'en occupe pas assez bien et doute de sa capacité à devenir mère, à garder le bébé en vie.
13. Le contenu de son ventre l'inquiète par son étrangeté. Elle éprouve des angoisses concernant l'intégrité corporelle du fœtus que l'échographie morphologique accentue d'abord, dissipe ensuite ou peut confirmer.
14. A cause de lui, elle risque de subir des examens qui la feront souffrir et qui l'exposent.
15. Elle est soupçonneuse et imagine qu'il va la décevoir. Il pourrait avoir une malformation et son identité de genre pourrait ne pas lui convenir.
16. Elle veut un bébé à elle, mais redoute tellement l'accouchement qu'elle souhaiterait en faire l'économie et avoir son bébé tout de suite et tout habillé. Son fœtus l'obligera à accoucher.
17. Le fœtus la confronte à sa réalité de femme et à son appartenance au sexe féminin. Il la contraint à différencier les sexes.
18. A cause de lui, la vie de couple est modifiée. Elle se montre exigeante envers le futur père, veut le limiter dans ses activités et réclame sa protection, alors que jusque-là elle se sentait forte et savait composer. A cause de son fœtus, la libido de son mari se modifie à son égard.
19. Elle aime tellement son entourage familial qu'elle craint qu'il lui arrive quelque chose de grave. Elle ne pense qu'à ce qui peut arriver de pire au futur père.
20. A cause de son fœtus, son compagnon l'a quittée ; une maladie s'est déclenchée, liée ou aggravée par le fait d'être enceinte.

21. Elle sort de chez l'obstétricien inquiète parce qu'elle doit se reposer pour éviter la fausse couche et rencontre une amie qui la félicite d'être enceinte et lui dit qu'elle doit être très heureuse d'attendre un bébé.

Le fœtus apparaît ainsi, pour sa mère, comme le témoin permanent qu'elle est prise dans un processus de reproduction qui ne lui appartient pas et qui lui échappe totalement. Entre amour et haine, la future mère se retrouve à subir cet état de grossesse, dans une position passive où son individualité propre est déniée.

Ainsi, comme l'explique Sirol(119), la mère doit faire face, au cours de la grossesse, à un travail psychique de lutte intense et de réaménagement pulsionnel contre l'émergence des pensées hostiles et destructrices envers son fœtus. Maintenir ou détruire l'objet aimé, tel est l'enjeu de ce conflit psychique d'ambivalence, comme le décrit Mélanie Klein(121). Il apparaît pour Sirol (119) que le surinvestissement narcissique et le processus de l'idéalisation induits par l'état gravidique ont tendance à museler l'expression de l'agressivité et donc à éliminer le conflit. Comme l'explique Emilie Bellion(122), la future mère a en effet tendance à annuler ses sentiments agressifs envers son fœtus pour le protéger, et à les porter sur des objets externes (mari ou compagnon, enfant aîné, parents...).

Ces pensées agressives envers le bébé à naître s'expriment le plus souvent de manière indirecte, de différentes façons, en fonction de chaque femme, de son histoire et son état psychique. Des manifestations anxieuses peuvent apparaître chez la parturiente à venir, telles que des inquiétudes pour les personnes chères, des craintes concernant l'intégrité corporelle du futur bébé, sa capacité à s'en occuper et à le maintenir en vie, sa capacité à exercer

sa fonction de mère etc. Des manifestations somatiques peuvent aussi constituer des signes masqués de ce conflit psychique : troubles du sommeil à type d'insomnie ou d'hypersomnie, signes de début de grossesse tels que les vomissements. Témoins de l'ambivalence envers le fœtus par excellence, les vomissements incoercibles sont pour Deutsch(123) le signe d'une « projection à l'extérieur du mauvais objet contenu dans l'utérus ». De manière inconsciente, la jeune femme cherche à expulser l'intrus, c'est-à-dire le fœtus, par voie orale à travers les vomissements. En contrepartie, les vomissements itératifs apportent à la mère la preuve rassurante que le futur enfant est toujours là et qu'il n'a pas été détruit.

Si le concept de haine de la femme enceinte envers le fœtus a bien été développé au fil des années, de nombreuses questions peuvent se poser chez les futures mères ayant un antécédent d'anorexie mentale voire une anorexie mentale active. Dans quelle mesure l'agressivité refoulée envers le futur bébé ne serait-elle pas plus importante chez ces jeunes femmes ? Les observations cliniques de Maria Peolidis(41) semblent aller dans le sens que les émotions négatives envers leur futur bébé, cette « chose étrangère » génératrice de prise de poids et de transformations corporelles subies, sont plus marquées chez ces femmes ayant une maîtrise du corps particulièrement prégnante. Le fœtus pourrait alors être vécu de manière similaire à la nourriture, c'est-à-dire comme une « intrusion grave dans l'intégrité corporelle »(124), et ainsi source d'angoisse pour ces futures mères. De plus, Maria Peolidis(41) introduit l'idée que l'agressivité de ces patientes envers le fœtus semblerait moins refoulée par rapport aux autres femmes, et exprimée plus ouvertement, possiblement de manière auto-agressive.

Cette agressivité pourrait alors être source d'une culpabilité exacerbée envers leur futur bébé chez ces jeunes femmes, se sentant déjà honteuses et condamnables dans le cas où la grossesse induirait une recrudescence de leurs troubles alimentaires.

2.3.5. IDENTIFICATION MATERNELLE : UN REAMENAGEMENT DU LIEN MERE-FILLE

L'accès à la maternité chez toute femme induit de profonds remaniements psychiques sur le plan des liens familiaux, et particulièrement des liens avec sa propre mère. Monique Bydlowski, neuropsychiatre d'orientation et de pratique psychanalytiques, est une figure de référence dans le domaine de la psychopathologie périnatale et des problématiques inconscientes de la reproduction humaine. Dans son ouvrage, *La dette de vie – Itinéraire psychanalytique de la maternité*, elle développe ainsi les bouleversements des relations mère-fille au cours de la grossesse.

Au cours de la phase œdipienne de l'adolescence, la mère apparaît pour sa fille comme une mère toute puissante et manipulatrice, à la fois enviable et haïe. Pour assumer sa grossesse et se reconnaître enceinte, il apparaît déterminant pour Bydlowski que se produise une identification maternelle(90). La jeune femme enceinte doit se reconnaître identique à sa propre mère, c'est-à-dire s'identifier à une image maternelle aimée, faible et fragile. Dans le processus psychique qu'une femme parcourt pour mettre en place la maternité, il faut donc une inflexion de l'identification à la mère rivale de la période œdipienne. Il faut derrière celle-ci retrouver la mère d'autrefois de la période pré-œdipienne, celle de la tendresse originaire. C'est l'identification à une représentation maternelle originaire qui est ici convoquée, celle des premiers soins, source de tendresse et de vie. Cette mère originaire, dont la perte et le

renoncement sont les attributs emblématiques, est une mère démunie et vaincue, qui aurait besoin que sa propre fille devienne mère à son tour pour lui donner l'enfant qu'elle ne peut plus concevoir elle-même(90).

Par ailleurs, cette identification s'accompagne d'idéalisation. La future mère voit en sa propre mère un soutien sur lequel elle va pouvoir s'appuyer. Cette grand-mère maternelle idéalisée sera celle qui viendra prendre soin de l'enfant, si la mère vient à défaillir, la seule femme à laquelle elle puisse confier son enfant sans arrière-pensées. Cette idéalisation maternelle transitoire, au cours de la grossesse, est selon Bydlowski(90) indispensable pour qu'une maternité puisse être menée à bien, et doit s'établir alors même que d'intenses conflits ont marqué l'histoire de la relation mère-fille.

Identification maternelle à une mère affaiblie et fragile, et idéalisation maternelle seraient le prix à payer pour transmettre la vie. Le don de la vie, à la fois promesse d'immortalité et de mort, induirait qu'une dette circule de mère en fille. C'est par l'enfantement, et particulièrement la naissance de son premier enfant, qu'une femme accomplit son devoir de gratitude à l'égard de sa propre mère. Cet enfant, cadeau que la fille offre à sa mère, vient ainsi sceller la dette liant les deux femmes et qui les enchaîne au travers des générations(90).

Nous pouvons émettre l'hypothèse que ce processus d'identification à l'image maternelle d'origine peut être entravé lorsque la future mère est atteinte de TCA, et a fortiori d'anorexie mentale. En effet, comme développé dans la partie 2.3.1, la maternité s'apparente à une crise identitaire(125), semblable à la crise adolescente, au cours de laquelle des événements refoulés et des problématiques infantiles peuvent refaire surface(90). Les relations mère-fille chez les jeunes filles atteintes d'anorexie mentale sont souvent

empreintes d'hostilité et de rivalité, dans un contexte de séparation-individuation difficile. Ces conflits mère-fille peuvent se réactiver du fait de la transparence psychique et de la crise identitaire que la jeune femme anorexique traverse au cours de sa grossesse, et ainsi faire obstacle à l'identification à une mère fragile et affaiblie, complexifiant ainsi l'accès de la future mère à la position maternelle(37). Or, comme le souligne Bydlowski(90) un défaut de représentation maternelle originaire et le maintien de la représentation adolescente de toute-puissance maternelle de la part de la jeune parturiente compromettent le processus de don de la vie. Ils entraînent une absence de sentiment de gratitude de la fille vers sa mère, et forment ainsi des obstacles à la transmission de la vie et à la filiation. La victime de cette problématique irrésolue risque d'être l'enfant, pris en étau entre mère et grand-mère. En manque de représentation maternelle originaire, ces jeunes femmes, qualifiées d' « amatrides »(90) par Bydlowski (c'est-à-dire privées de terre maternelle de référence), ne peuvent éprouver une quelconque gratitude envers leur propre mère, compromettant ainsi l'avenir de la relation à l'enfant. La qualité du lien à l'enfant sera fonction de la capacité de la future mère à régler sa dette de vie et à gérer son mythe maternel originaire.

L'enjeu chez toute jeune femme anorexique apparaît donc de l'accompagner psychiquement à considérer sa propre mère à son image, comme un mythe narcissique de soi-même. Reconnaître la faiblesse et l'humilité de sa propre mère, assumer son lien de filiation envers elle et accepter de porter quelque chose de sa propre mère en elle, apparaissent les ingrédients essentiels afin que la dette de vie soit réglée entre mère et fille, pour que le lien de filiation et le lien à l'enfant ne soient pas altérés.

2.3.6. CONDUITES ALIMENTAIRES AU COURS DE LA GROSSESSE

Au vu de tous ces bouleversements psychiques et corporels auxquels la patiente anorexique doit faire face et s'adapter au cours d'une grossesse, nous pourrions au premier abord faire l'hypothèse que cette période gravidique soit une période de recrudescence du trouble alimentaire. Comme nous l'évoquions précédemment, ces modifications majeures provoquées par la grossesse rappellent la période de la puberté, qui constitue souvent le point de départ de l'anorexie mentale.

Cependant, même si Hoffman et al. (2011)(80) constatent des parcours très variables d'une femme à l'autre, ils notent globalement une régression ou une stagnation des troubles alimentaires chez la majorité des patientes. Dans leur revue de littérature(126), Kimmer et al. (2016) notent une proportion de rémission se situant entre 29 et 78% chez des jeunes femmes enceintes atteintes de troubles des conduites alimentaires. Les stratégies de contrôle de poids et les préoccupations concernant la prise de poids et l'image corporelle apparaissent moins actives, et l'alimentation moins restrictive. Fogarty et al. (2018)(97) remarquent aussi une accalmie des troubles alimentaires au cours de la grossesse, voire même un arrêt total de ces troubles dans certains cas.

Micali et al.(49) retrouvent également une diminution de la symptomatologie alimentaire au cours de la grossesse (notamment au deuxième trimestre) dans la plupart des cas, en particulier chez les femmes ayant un TCA passé ou les femmes ayant un TCA actuel sub-clinique. Moins fréquemment, ils constatent en revanche une aggravation du TCA au cours de la grossesse, dans le cas où celui-ci serait actif au moment de la conception.

L'acceptation relativement bien tolérée de ce nouveau schéma corporel peut être expliquée par le statut temporaire et transitoire de la grossesse, qui

nécessite de « faire une place à l'enfant ». Si la crainte de prendre du poids est toujours présente, dans une moindre mesure, ces femmes tolèrent mieux la prise pondérale et l'arrondissement de leur silhouette, la grossesse y donnant du sens et leur apportant un nouveau statut : celui de femme enceinte et de future mère, remplaçant alors celui de « malade ». Certaines patientes investissent même cette grossesse comme une issue à leur maladie, avec parfois des attentes magiques à l'égard de cette future parentalité(97). Cet effet « thérapeutique » de la grossesse sur le trouble alimentaire anorexique avait déjà été remarqué par Faiburn et al. (1992)(127).

2.4. MORBIDITE OBSTETRICALE

Dans leur lecture critique de la revue scientifique centrée sur les troubles des conduites alimentaires en période périnatale, Lamas et al.(85) constatent des données divergentes dans la littérature concernant les complications somatiques de la grossesse, du fait de différences méthodologiques des études, et notamment la difficulté de différencier les TCA passés des TCA actuels. Globalement, ils remarquent, à travers leur revue de la littérature, que les grossesses des femmes ayant un antécédent de TCA (TCA passé) se déroulent mieux et avec moins de complications que les femmes ayant un TCA actuel.

Malgré des données différentes, certains résultats reviennent de manière constante dans les différentes études.

2.4.1. HYPEREMESE GRAVIDIQUE

Il apparaît que les femmes atteintes de TCA (anorexie mentale, boulimie nerveuse, binge eating disorder confondus), actuel ou passé, souffriraient

davantage d'hyperémèse gravidique (jusqu'à 2/3 des jeunes femmes enceintes atteintes de TCA) par rapport aux femmes non atteintes de TCA(128). Atteignant entre 0,3 et 3% des femmes enceintes en population générale(129), l'hyperémèse gravidique, encore appelée hyperémésis gravidarum, est une forme sévère et incoercible de nausées et vomissements, qui s'installe lors du premier trimestre, entre la 4^e et 8^e semaine de grossesse et se poursuit jusqu'à la 14^e à 16^e semaine de grossesse. Sans définition consensuelle, les critères de Fairweather(130) peuvent définir la notion d'hyperémèse gravidique, lorsqu'un des critères suivants est rempli :

- Vomissements incoercibles (>3/j) malgré un traitement symptomatique
- Perte de poids supérieure à 5%
- Déshydratation et/ou acétonurie
- Troubles ioniques (hyponatrémie, hypokaliémie)

De nombreuses étiologies ont été proposées à ce trouble, dont la physiopathologie n'a, jusqu'à présent, pas été clairement élucidée(129) : concentration plasmatique plus élevée de hCG, d'œstradiol, de prolactine, de T4 par rapport au groupe contrôle, infection à *Helicobacter Pylori*, etc.

Ces vomissements itératifs conduiraient ainsi à un risque d'anémie augmenté de 70% (hémoglobine < 12g/dL) chez les femmes ayant été exposées à une anorexie mentale au cours de leur vie(128). Linna et al. (2014) rapportent ainsi une prévalence de 3,97% d'anémie chez les femmes enceintes avec une anorexie mentale contre 1,54% chez les jeunes femmes enceintes non atteintes(131).

2.4.2. ANOMALIES DE FERMETURE DU TUBE NEURAL

Le tube neural est une structure embryonnaire constituant l'ébauche tubulaire du système nerveux central, soit le cerveau et la moelle épinière. La fermeture de ce canal a lieu au cours de la 3^e et 4^e semaine de grossesse et conditionne un bon développement du système nerveux central. Les anomalies de fermeture du tube neural sont essentiellement la spina bifida (développement incomplet de la colonne vertébrale) et l'anencéphalie (absence de développement de la voûte crânienne). Elles concernent 1 grossesse sur 1000 en France. La mesure principale de prévention consiste en une supplémentation d'acide folique (vitamine B9) au cours de la grossesse, idéalement 4 semaines avant la conception et 8 semaines après(132).

Il semblerait qu'on retrouve un risque d'anomalies de fermeture du tube neural jusqu'à 3 fois plus important chez des femmes ayant eu des comportements alimentaires restrictifs importants au cours du premier trimestre de grossesse, en lien avec une altération de l'absorption et du métabolisme des micronutriments dont l'acide folique(133). Ce risque est particulièrement important (multiplié par 3) en cas de prise de diurétiques.

2.4.3. PERTES FŒTALES

On appelle perte fœtale, un arrêt spontané d'une grossesse en cours. Elle correspond à plusieurs entités différentes :

- fausse-couche précoce (expulsion spontanée d'une grossesse intra-utérine < 14SA)
- fausse-couche tardive (expulsion spontanée d'une grossesse intra-utérine entre 14 et 22SA)

- mort fœtale in utero (arrêt spontané de l'activité cardiaque du fœtus \geq 14SA).

L'étude de nombreux articles récents semble conclure à une absence de lien entre pertes fœtales et anorexie mentale, contrairement à la boulimie nerveuse pour laquelle une élévation du risque d'avortement spontané a été notée(126).

2.4.4. PRISE DE POIDS MATERNEL AU COURS DE LA GROSSESSE

De nombreuses études retrouvent un poids de départ avant grossesse significativement plus bas chez les femmes atteintes d'anorexie (active ou passée) par rapport aux femmes en population générale. Kouba et al.(128) constatent un IMC pré-conceptionnel moyen des femmes atteintes d'anorexie mentale (active ou passée) à $19,3\text{kg/m}^2 (\pm 2,9)$, quand celui des femmes en population générale revient à $22,3\text{kg/m}^2 (\pm 2,8)$, ($p < 0,001$). De la même façon, Micali et al.(134), dans leur étude de grande ampleur incluant 12254 femmes, retrouvent également des résultats similaires, avec un IMC moyen pré-conceptionnel de $21,5\text{kg/m}^2$ chez les jeunes femmes ayant été exposées à de l'anorexie mentale au cours de leur vie, contre un IMC de $22,9\text{kg/m}^2$ dans le bras contrôle ($p < 0,01$).

Par ailleurs, la prise de poids au cours de la grossesse semble aussi significativement plus basse chez les femmes ayant un diagnostic d'anorexie mentale, qu'il soit actif ou en rémission. La prise de poids moyenne chez les femmes enceintes atteintes d'anorexie retrouvée par l'étude de Kouba et al.(128) est de $10,4\text{kg} (+/- 3,9)$ quand celle du groupe contrôle est de $12,1\text{kg} (+/- 2,6)$, ($p < 0,05$).

Cette prise de poids au cours de la grossesse chez les femmes atteintes d'anorexie apparaît en-dessous de la prise de poids recommandée par l'Institute of Medicine (1990)(135). Dans son manuel *Nutrition during pregnancy*, paru en 1990, l'Institute of Medicine établit des recommandations de prise de poids au cours de la grossesse, selon l'IMC pré-conceptionnel de la future mère (cf. Tableau I).

Tableau I: Prise de poids totale recommandée pendant la grossesse en fonction de l'IMC pré-conceptionnel

| Catégories d'IMC | Valeur correspondante (en kg/m ²) | Prise de poids totale recommandée pendant la grossesse (en kg) |
|------------------|---|--|
| IMC faible | <19,8 | 12,5-18 |
| IMC normal | 19,8-26 | 11,5-16 |
| IMC élevé | 26-29 | 7-11,5 |

Comme le montre l'étude de Kouba et al.(128), la prise de poids totale au cours de la grossesse est en moyenne de 10,4kg chez ces jeunes femmes anorexiques, dont l'IMC avant grossesse est de 19,3kg/m² en moyenne, soit bien en-dessous de la prise de poids recommandée (de 12,5 à 18kg), par l'Institute of Medicine, pour cette catégorie d'IMC.

2.4.5. PREMATURITE

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé(136), est considéré comme prématuré, un accouchement d'un bébé vivant avant 37SA.

La littérature suggère un lien significatif entre anorexie mentale et risque de prématurité. Dans leur analyse de 3511 dyades mère-enfant, Schieve et al.(137) retrouvent un risque de naissance prématurée multiplié par presque 7 chez les femmes ayant un IMC pré-conceptionnel faible ($<19,8\text{kg/m}^2$) et une faible prise de poids ($<230\text{g/semaine}$) pendant la grossesse, par rapport aux femmes avec un IMC pré-conceptionnel normal ($19,8\text{-}26\text{kg/m}^2$) et une prise de poids normale ($230\text{-}680\text{g/semaine}$) pendant la grossesse.

Sollid et al.(138), dans leur étude comparant 302 femmes ayant été hospitalisées pour TCA avant leur grossesse à 900 femmes témoins, retrouvent un risque d'accouchement prématuré augmenté de 70 à 80% (OR=1,7 ; IC [95%]=1,1-2,6).

De la même manière, Brinch et al.(139) montrent, dans leur étude de suivi longitudinal de 140 femmes présentant une anorexie mentale, que le taux d'accouchement prématuré a été multiplié par 2, et celui de mortalité périnatale par 6, par rapport à des femmes non atteintes de troubles du comportement alimentaire.

2.4.6. ACCOUCHEMENT

Le recours à un accouchement par césarienne semble être plus fréquent selon plusieurs études(85,131). Dans une étude norvégienne récente de grande ampleur(140), incluant 52 348 patientes ayant été exposées à un TCA au cours de leur vie, on constate une augmentation de 50% de césariennes pratiquées chez les jeunes femmes atteintes d'anorexie mentale (passée ou actuelle), par rapport aux patientes sans TCA (RR=1,52; IC[95%]=1,10-2,10).

En revanche, l'anorexie mentale semblerait induire une durée de travail obstétrical plus courte par rapport aux femmes indemnes de tout TCA(140) (RR=0,80; IC[95%]=0,68-0,93).

Aucun lien entre anorexie mentale et extractions instrumentales (forceps, ventouse) ne semble être retrouvé dans la littérature(140).

2.4.7. RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTERIN ET HYPOTROPHIE A LA NAISSANCE

2.4.7.1. RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTERIN

Le lien entre anorexie mentale et retard de croissance intra-utérin (RCIU) est très souvent cité dans la littérature.

Micali et al. (141) trouvent une prévalence de 15,5% de RCIU chez les bébés de mères atteintes d'anorexie mentale, active ou passée, contre 10,4% chez les bébés du groupe contrôle. En scindant le groupe anorexie mentale en deux sous-groupes (anorexie mentale active et anorexie mentale passée), on voit une prévalence de 24,03% de RCIU chez les bébés de mères avec une anorexie mentale active contre 14,42% chez les bébés de mères avec une anorexie mentale passée. Autrement dit, on retrouve plus de RCIU pour les grossesses de mères anorexiques, et a fortiori dans le sous-groupe de mères avec une anorexie mentale active.

2.4.7.2. HYPOTROPHIE A LA NAISSANCE ET AUTRES MENSURATIONS

Une association forte entre anorexie mentale maternelle (active ou en rémission) et faible poids de naissance du bébé est affichée de manière quasi-systématique dans les études cliniques et épidémiologiques.

Dans une étude incluant 12 254 femmes réparties en 5 groupes (groupe anorexie mentale, groupe boulimie nerveuse, groupe anorexie + boulimie, groupe autres diagnostics psychiatriques et groupe population contrôle), Micali et al.(134) notent un poids de naissance significativement plus faible chez les enfants de mères atteintes d'anorexie mentale, par rapport à tous les autres groupes. En effet, le poids de naissance moyen des bébés de mères anorexiques est ainsi de 3340g (IC[95%]= 3272-3407) alors que celui du groupe contrôle est de 3425g (IC[95%]= 3416-3433). L'étude de Kouba et al.(128), de moins grande échelle, retrouve des résultats allant dans le même sens, avec un poids de naissance moyen de 3210g (\pm 533) pour les bébés de mères anorexiques, et de 3516g (\pm 515) pour les bébés de mères du groupe contrôle.

Par ailleurs, Micali et al.(141), dans une autre étude prospective de cohorte incluant 1609 femmes anorexiques, s'intéressent aux mensurations du bébé à la naissance chez les jeunes femmes atteintes de TCA, et distinguent deux sous-groupes au sein du groupe « anorexie mentale vie entière » : anorexie mentale active et anorexie mentale passée. Même si ces deux sous-groupes présentent tous les deux un poids à la naissance plus faible par rapport au groupe contrôle, on note une grande différence entre ces groupes. En effet, un bébé du sous-groupe anorexie mentale maternelle active pèse en moyenne 297g de moins qu'un bébé du bras contrôle. Par contre, un bébé du sous-groupe anorexie mentale maternelle passée pèse environ 56g de moins qu'un bébé du groupe contrôle. Selon que l'anorexie mentale soit active ou passée, il apparaît donc des résultats très différents, avec un retentissement plus important sur le poids du bébé si l'anorexie mentale est active.

Ce faible poids de naissance paraît fortement corrélé à l'IMC pré-conceptionnel de la mère, et dans une moindre mesure, au tabagisme au cours

du 2^e trimestre. En d'autres termes, plus l'IMC avant grossesse de la future mère est faible, plus le poids de naissance du bébé risquera d'être faible.

Pour la taille à la naissance, Micali et al.(141) notent une perte de 0,34cm chez les enfants de mères anorexiques (diagnostic passé ou actuel). Si on distingue anorexie active ou anorexie passée, on retrouve comme pour le poids à la naissance, une grande différence entre ces deux sous-groupes. Ainsi, un bébé du sous-groupe anorexie mentale maternelle active mesure 1,11cm de moins qu'un bébé du groupe contrôle. Alors qu'un bébé du sous-groupe anorexie maternelle passée mesure seulement 0,24cm de moins.

Pour les autres mensurations de l'enfant (index pondéral, périmètre crânien, circonférence abdominale et poids du placenta), les résultats trouvés sont dans la même dynamique que ceux du poids et de la taille : les valeurs sont abaissées dans le groupe anorexie mentale « vie entière » par rapport au groupe contrôle. Cependant, le retentissement sur les valeurs de ces mensurations est bien plus important chez les enfants du sous-groupe de jeunes femmes atteintes d'anorexie mentale active par rapport aux enfants du sous-groupe de jeunes femmes atteintes d'anorexie mentale passée.

A noter que le rapport circonférence abdominale/périmètre crânien n'est pas différent entre le groupe anorexique et le groupe contrôle.

2.5. EVOLUTION DU TROUBLE ALIMENTAIRE LORS DU POST-PARTUM

2.5.1. UN POST-PARTUM A RISQUE

La période périnatale représente une période de vulnérabilité psychique pour la jeune mère(88), d'autant plus quand il existe des antécédents psychiatriques. L'anorexie mentale n'échappe malheureusement pas à cette constatation.

Bien que la période de la grossesse apparaisse comme bénéfique sur le trouble anorexique, de nombreux auteurs s'accordent en effet sur le fait que la période du post-partum, après l'accouchement, se caractérise par un risque élevé de rechute avec une résurgence des préoccupations alimentaires. Micali et al. (2010)(142) constatent en effet que l'apaisement des symptômes alimentaires prend fin avec l'accouchement et notent un retour des symptômes alimentaires au niveau antérieur, c'est-à-dire avant la grossesse. Dans une autre étude, Micali et al. (2009)(143) notent que les femmes anorexiques perdent plus rapidement le poids acquis au cours de la grossesse. Certaines patientes vont jusqu'à utiliser l'allaitement maternel comme moyen supplémentaire de perdre du poids.

De la même manière, Rocco et al. (2005)(144) remarquent un risque de rechute élevé en post-partum, neuf mois après l'accouchement, et ceci avec un même niveau de sévérité psychiatrique qu'avant la grossesse. Quant à Blais et al. (2000)(145), leur étude révèle chez les jeunes mères anorexiques une réémergence des symptômes alimentaires atteignant le même niveau de sévérité qu'avant la grossesse, dans les six mois après l'accouchement.

Comme le souligne Brunswick(146), cette plus grande vulnérabilité post-natale chez les femmes souffrant d'anorexie peut s'interpréter de différentes manières. N'étant plus au centre de l'attention par son statut de « femme enceinte », la jeune mère peut ressentir un sentiment d'abandon et une souffrance psychique, susceptibles de réactiver le trouble anorexique, qui va alors servir à surmonter ce vécu anxieux et à apaiser les ressentis douloureux et dépressifs. D'autre part, le temps de la grossesse qui faisait écho à un état de « plénitude », laisse désormais place à un ressenti de « vide physique », souvent difficile à gérer pour ces femmes. Enfin, les bouleversements du rythme quotidien par le nouveau-né, auxquels la jeune mère doit faire face (manque de sommeil, changements hormonaux, interprétation des messages et réponses aux besoins de l'enfant) et l'isolement social qui en découle, constituent des facteurs fragilisants pour ces patientes en recherche de perfection, qui tolèrent mal l'impression d'échec et qui ont besoin de se sentir maîtres de ce qui leur arrive. Lemberg et al. (1989)(95) constatent que quand il y a rechute, la perte de poids est souvent très rapide. 80% des patientes attribuent cette résurgence des symptômes au désir de mincir et de reprendre la maîtrise de leur corps.

Comme le développent Fogarty et al. (2018)(97), la jeune mère atteinte de TCA, et a fortiori d'anorexie mentale, souhaite ardemment, et dès la naissance de son bébé, entamer un régime pour perdre du poids et reprendre les mêmes comportements alimentaires d'avant grossesse. La silhouette et le poids du corps du post-partum sont perçus par les mères anorexiques comme honteux et repoussants, ce qui génère insatisfaction corporelle, anxiété et dépression maternelle, faisant le terreau de l'anorexie mentale. Les modifications alimentaires positives engendrées par la grossesse sont généralement

suspendues et laissent la place au retour de l'ancien trouble alimentaire pré-grossesse.

2.5.2. LA MENACE D'UNE DÉPRESSION DU POST-PARTUM

Le risque de rechute du trouble alimentaire en post-partum s'accompagne d'un risque majoré de dépression du post-partum. En moyenne le risque de dépression du post-partum concerne 7 à 20% de la population générale(147–149). Elle est bien souvent sous-diagnostiquée car seulement 11% des femmes déprimées se plaignent de symptômes dépressifs(150,151). La peur d'être jugée sur leurs capacités maternelles, l'inquiétude d'être socialement stigmatisée, la honte de ressentir une tristesse de l'humeur malgré la joie de la naissance, la pression sociale, sont autant de facteurs qui expliquent la difficulté des femmes à confier leur mal-être aux professionnels de santé, ainsi que la minimisation voire le déni des troubles dépressifs(152–154).

La prévalence de la dépression post-natale s'élève à 34,7% selon Franko et al. (2001)(155,156) quand il s'agit de femmes souffrant d'un TCA avec un risque accru à huit mois du post-partum(157), soit 3 fois plus qu'en population générale(158).

Par ailleurs, la dépression post-natale apparaît intimement liée à l'insatisfaction corporelle. Le risque de dépression du post-partum est en effet 4 fois plus important chez les femmes insatisfaites de leur image corporelle par rapport aux autres femmes ne présentant pas d'insatisfaction corporelle(158). Riquin et al. (2018)(158) signalent une prévalence de dépression post-natale de 33% chez les femmes non satisfaites de leur corps, et de 11,3% chez les

femmes ne présentant pas d'insatisfaction corporelle. Il apparaît donc que la prévalence de la dépression du post-partum chez les femmes avec un TCA et celle chez les femmes présentant une insatisfaction corporelle sont comparables, ces deux populations étant fortement intriquées.

2.5.3. DES DIFFICULTES POST-NATALES DANS L'ALIMENTATION DU BEBE

Les risques encourus par le bébé lors de la grossesse en cas d'anorexie mentale maternelle ont fait l'objet de nombreuses études(131,159,160) et sont connus depuis des années. Cependant, les dommages auxquels l'enfant est exposé après l'accouchement, lorsque sa mère présente une anorexie mentale, n'ont été établis que récemment et restent encore méconnus des professionnels de santé.

En 1988, Brinch est un des premiers auteurs à remarquer par une étude de cas(139), l'utilisation de stratégies de restriction alimentaire chez les enfants par leur mère anorexique. Agras et al.(1999)(161) les retrouveront aussi dans leur étude prospective: allaitement prolongé au sein sans diversification, dilution du lait du biberon, restriction alimentaire quantitative et qualitative (aliments gras et sucrés). Cette attitude restrictive maternelle envers son enfant est même qualifiée d'« anorexie par procuration » par Scourfield et al. (1995)(162), qui se retrouvent confrontés à des enfants dénutris et affamés. Micali et al. décrivent l'apparition des premières difficultés alimentaires chez ces enfants entre un et six mois de vie(143) : sensation de faim encore présente après la fin du repas, lenteur de la prise des repas, alimentation en quantité insuffisante. Cependant, selon Agras et al. (1999)(161), les cas de dénutrition majeure et d'anorexie par procuration sont observés dans des formes sévères

d'anorexie mentale maternelle où persistent un déni des troubles et des symptômes alimentaires actifs.

Selon l'étude de cas de Waugh et al. (1999)(78), la crainte majeure exprimée alors par les mères anorexiques de ces enfants est la « peur que [leur enfant] devienne trop gros ». Certaines mères anorexiques développent en effet des préoccupations alimentaires excessives à propos de la morphologie de leur bébé, surtout si celui-ci est de sexe féminin, comme le font remarquer Agras et al. (1999)(161).

Brinch et al. (1988)(139) constatent par ailleurs que 17% des enfants de mères anorexiques présenteraient un retard de croissance la première année de vie. En effet, les mères anorexiques auraient tendance à avoir des bébés plus fins et plus minces que la population témoin. Une étude de Park et al. (2003)(163) montre que le poids, la courbe de croissance, le rapport poids/taille des nourrissons sont en dessous de ceux de la population témoin, et que ces enfants présentent un risque accru de retard staturo-pondéral. Ce retard de croissance par sous-nutrition a pu être démontré quelques années plus tard, par Mazzeo et al. (2015)(164) qui relèvent une prise pondérale de ces enfants de mères anorexiques dès lors qu'ils étaient hospitalisés et renutris.

Agras et al. (1999)(161), apportent des éléments de réponse pour expliquer les comportements restrictifs maternels sur l'alimentation de leur enfant, en liant l'alimentation de l'enfant aux émotions de sa mère anorexique. Ils constatent en effet que les enfants de mères anorexiques sont nourris de façon plus irrégulière, et que la nourriture est utilisée à des fins non nutritives, plus pour calmer ou récompenser l'enfant que pour de réels besoins

alimentaires. Proposer le sein ou le biberon à l'enfant lorsque celui-ci pleure ou exprime de la détresse, témoigne de la difficulté pour ces mères de répondre aux émotions négatives de leur bébé par le nursing ou la mentalisation, ainsi qu'à interpréter le message de leur enfant et à trouver une réponse appropriée de protection et de réconfort. Ces mères semblent ainsi dans l'embarras pour interpréter les messages que leur enfant leur envoie, ainsi que pour distinguer les signaux de faim et de satiété.

Waugh et Bulik (1999)(78) expliquent cette difficulté d'interprétation des signaux de faim/satiété de l'enfant par sa mère anorexique par un manque de confiance en soi chez la mère, conduisant à des difficultés dans la régulation de l'alimentation de leur bébé. Micali et al. (2009)(143), affirment même que certaines mères manquent de confiance quant à la capacité de leur bébé à réguler son alimentation. Elles appliquent par conséquent de manière rigide les conseils médicaux et imposent des rythmes alimentaires trop stricts.

Plus récemment, Micali et al. (2016)(165) confirment, dans une étude prospective longitudinale basée sur la population, que les bébés des mères souffrant d'« anorexie mentale vie entière » (c'est-à-dire des mères qui souffrent d'anorexie mentale active ou des mères avec antécédent d'anorexie mentale) présentent un poids de naissance (-81,3g), une taille de naissance (-0,32cm), un périmètre crânien (-0,23cm) et un périmètre abdominal (-0,22) plus faibles que les bébés de mères non atteintes de TCA. Si on distingue les bébés de mères souffrant d'anorexie mentale « active » par rapport aux bébés de mères avec des antécédents d'anorexie mentale (anorexie mentale passée), on s'aperçoit que les mensurations des bébés de mères avec une anorexie mentale active sont encore plus faibles. Par rapport aux femmes non atteintes

de TCA, les femmes présentant une anorexie mentale active ont en effet en moyenne des bébés pesant 287g de moins, et mesurant 1,11cm de moins à la naissance.

Easter et al. (2014)(166), concluent que les enfants de sexe féminin de mères anorexiques ont un risque plus important de retard de croissance pendant la petite enfance, et évoquent des préoccupations corporelles maternelles majorées vis-à-vis de leurs filles.

En ce qui concerne l'allaitement, les études sont plutôt contradictoires. Il semblerait selon Park et al. (2003)(163) qu'il soit plus fréquent chez les mères anorexiques, mais que le sevrage est plus difficile. Il peut être utilisé par certaines femmes comme moyen supplémentaire de perdre du poids en post-partum(143). En revanche, d'autres femmes seront opposées catégoriquement à la mise au sein, car l'allaitement maternel ne permet pas le contrôle strict des quantités bues par le bébé, ou parce que la perspective de ce corps-à-corps, ou peau à peau, chez ces femmes cherchant la maîtrise totale de l'alimentation, les met en difficulté avec leur corps(167).

3. ETUDE BODYBABE : EVALUATION DES PERCEPTIONS CORPORELLES SUR LEUR PROPRE CORPS ET SUR LE CORPS DE LEUR ENFANT CHEZ LES JEUNES MERES ATTEINTES D'ANOREXIE MENTALE

3.1. CONTEXTE

3.1.1. ETAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES

Précédemment, nous avons vu que malgré les modifications psychiques(88,89,92) et les transformations corporelles(94,95,97) induites par la grossesse, la plupart des femmes anorexiques voyaient leur trouble alimentaire régresser ou stagner au cours de la grossesse, avec des stratégies de contrôle de poids et des préoccupations alimentaires moins actives(80,97,127). Cependant, après l'accouchement, le post-partum est un moment particulièrement risqué en termes de rechute et de recrudescence des symptômes alimentaires chez la mère, avec une intensité des symptômes qui revient à la même sévérité qu'avant la grossesse, et ceci neuf mois après l'accouchement(142,144–146). Les jeunes mères anorexiques présentent également des difficultés de régulation alimentaire chez leur enfant, ainsi que des difficultés à percevoir les signaux de faim et de satiété de leur bébé. Elles ont tendance à utiliser l'alimentation comme réponse aux émotions négatives de leur bébé, et non comme une réponse à la faim. L'alimentation est rigidifiée, avec chez certaines mères, des stratégies de restriction quantitative et qualitative de l'alimentation de leur enfant, menant à un surrisque de retard de croissance.

Par ailleurs, certaines mères anorexiques développeraient des préoccupations excessives à propos de la morphologie de leur enfant, surtout si celui-ci est de sexe féminin(161).

Mais peu d'études ont exploré la perception de la mère anorexique du corps de son bébé.

Evans et Le Grange (1995)(168) ont développé une échelle de silhouettes spécialement pour les « enfants en bas âge » et ont étudié notamment à travers différents questionnaires de satisfaction corporelle, la perception de la mère de son propre corps et la perception de la mère sur le corps de son enfant (enfants âgés de 2 à 15 ans dans l'étude), au sein d'un groupe contrôle de 10 témoins et d'un groupe patients de 10 patientes présentant un TCA (anorexie mentale ou boulimie nerveuse). Ils ont conclu que la perception de la mère sur le corps de son enfant n'était pas différente entre les deux groupes.

De plus, Park et al. (2003)(163) ainsi que Waugh et Bulik (1999)(78) soutiennent que les mères anorexiques ne préféreraient pas des nourrissons plus minces et percevraient assez adéquatement le corps de leur bébé de 1 an.

Cependant, le nombre de mères incluses dans les études était limité, la sévérité de l'anorexie et des TCA n'a pas été rapportée. De plus, aucune corrélation entre perception du corps maternel par la mère et perception du corps de l'enfant par sa mère n'a jamais été étudiée.

Les troubles alimentaires semblent varier dans le temps au cours du post-partum. Aucune étude n'a exploré de manière longitudinale l'insatisfaction corporelle maternelle et celle de son bébé en tenant compte de la sévérité du trouble alimentaire dans le post-partum immédiat et tardif.

3.1.2. HYPOTHESES

Les hypothèses que nous formulons sont les suivantes :

- Il existe une relation entre les perceptions que la mère anorexique a de son propre corps et les perceptions qu'elle a du corps de son bébé nouveau-né.
- Les perceptions que la mère anorexique a de son propre corps et les perceptions qu'elle a du corps de son bébé nouveau-né sont liées à la sévérité de l'anorexie.
- Les perceptions que la mère anorexique a de son propre corps et les perceptions qu'elle a du corps de son bébé nouveau-né sont liées à la présence d'une dépression du post-partum.

3.1.3. OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif est donc d'étudier, chez la mère souffrant d'anorexie mentale, les relations entre les perceptions qu'elle a de son propre corps, et les perceptions qu'elle a du corps de son bébé nouveau-né.

3.1.3.1. *OBJECTIF PRINCIPAL*

Volet 1 : Valider un questionnaire de mesure de satisfaction corporelle des enfants par leurs mères souffrant d'anorexie mentale.

Volet 2 : Étudier, chez la mère souffrant d'anorexie mentale, les relations entre les perceptions qu'elle a de son propre corps, et les perceptions qu'elle a du corps de son bébé nouveau-né.

3.1.3.2. *OBJECTIFS SECONDAIRES*

Volet 2 :

Étudier, chez la mère souffrant d'anorexie mentale, l'effet de la sévérité de l'anorexie sur les perceptions qu'elle a de son propre corps et sur les perceptions qu'elle a du corps de son bébé nouveau-né.

Étudier, chez la mère souffrant d'anorexie mentale, l'effet de la dépression du post-partum sur les perceptions qu'elle a de son propre corps et sur les perceptions qu'elle a du corps de son bébé nouveau-né.

3.1.4. INFORMATIONS GENERALES DE L'ETUDE

✓ **Promoteur**

C.H.U. de Clermont-Ferrand

58 Rue de Montalembert

63003 Clermont-Ferrand Cedex 1

✓ **Investigateur principal :**

Dr Michèle Villemeyre-Plane, Praticien Hospitalier, Service de Psychiatrie B

CHU Gabriel Montpied 63003 Clermont-Ferrand Cedex 1

E-mail : mvillemeyreplane@chu-clermontferrand.fr

✓ **Investigateurs associés :**

Dr Anne Debost-Legrand, Praticien Hospitalier, RSPA

CHU Clermont-Ferrand, site Estaing, 63003 Clermont-Ferrand Cedex 1

E-mail : alegrand@chu-clermontferrand.fr

Dr Amélie Delabaere, Praticien Hospitalier, Pôle FEE

CHU Clermont-Ferrand, site Estaing, 63003 Clermont-Ferrand Cedex 1

Email : adelabaere@chu-clermontferrand.fr

✓ **Collaborateur scientifique**

Alix Crouzet-Toulemonde, Interne des Hôpitaux, Spécialité Psychiatrie

CHU Gabriel Montpied 63003 Clermont-Ferrand Cedex 1

E-mail : alix.toulemonde@etu.uca.fr

✓ **Lieu de réalisation de l'étude et de traitement des données :**

CHU Clermont Ferrand, site Estaing

1 Place Lucie-et-Raymond-Aubrac 63003 Clermont-Ferrand Cedex 1

✓ **Comité de protection des personnes**

Avis favorable du CPP Nord-Ouest I le 22/11/2019

✓ **Calendrier prévisionnel de l'étude**

Avis favorable du CPP: 22 novembre 2019

Début d'étude: 15 janvier 2020

Période de recrutement: 15 janvier 2020 au 14 janvier 2021 inclus

Période de suivi: 9 mois

Durée totale de l'étude: 21 mois (15 janvier 2020 au 14 octobre 2021 inclus)

Fin d'étude prévisionnelle (dernière visite du dernier patient): 14 octobre 2021
inclus

Rapport de fin d'étude: janvier 2022

La date de fin d'étude sera transmise à l'autorité compétente et au CPP dans un délai de 90 jours.

En cas d'arrêt prématuré de l'étude, l'information sera transmise dans un délai de 15 jours à l'autorité compétente et au CPP.

3.2. MATERIELS ET METHODES

3.2.1. TYPE D'ETUDE ET QUALIFICATION

Il s'agit d'une étude observationnelle de physiopathologie basée sur une évaluation des perceptions de jeunes mères au moyen d'auto-questionnaires, avec suivi longitudinal.

Ce travail s'inscrit dans un projet de recherche impliquant la personne humaine, recherche non interventionnelle de catégorie 3.

3.2.2. POPULATION ETUDIEE

Il s'agit de patientes, souffrant d'anorexie mentale, ayant accouché à la maternité du CHU de Clermont-Ferrand (site Estaing), entre le 15/01/2020 et le 14/01/2021.

3.2.2.1. *CRITERES D'INCLUSION*

- Femme majeure, comprenant et lisant le français, accouchant à la maternité du CHU de Clermont-Ferrand entre le 15/01/2020 et le 14/01/2021, avec un diagnostic d'anorexie mentale selon les critères du DSM-5 (quel que soit le moment du diagnostic, en phase active ou en rémission)

- Capable de fournir une non-opposition à participer à la recherche
- Affiliée à un régime de Sécurité Sociale

3.2.2.2. *CRITERES DE NON INCLUSION*

- Grossesse aboutissant à la naissance d'un enfant à un terme <32 SA (grande et très grande prématurité)
- Mort fœtale in utero ou interruption médicale de grossesse
- Enfant décédé au cours du travail ou en post-partum immédiat
- Refus de participation

3.2.3. OUTILS UTILISES

Les trois séries d'auto-questionnaires que nous utilisons pour cette étude sont constituées par des questionnaires issus de la littérature, ayant déjà été validés sur la population des femmes dans le post-partum.

- Deux questionnaires évaluant la satisfaction corporelle :

- ✓ **Questionnaire BSQ (Body Shape Questionnaire)** : évaluation de la satisfaction corporelle de la mère sur son propre corps

Cet auto-questionnaire, développé par les anglo-saxons Cooper et al. (1987)(169), a été validé et adapté en France en 2005 via une étude de validation menée par Rousseau et al(170). Il est utilisé dans la pratique clinique courante pour explorer le rôle d'une préoccupation excessive de l'apparence du corps dans le développement, le maintien et le traitement des troubles du

comportement alimentaire. Il se présente sous la forme de 34 items, cotés en 6 points : 1 jamais, 2 rarement, 3 parfois, 4 souvent, 5 très souvent, 6 toujours. Le score obtenu peut ainsi aller de 34 à 204. Les cotations sont catégorisées de la manière suivante :

Tableau II: Catégories de cotation du BSQ

| Score obtenu au BSQ | Catégorie |
|---------------------|-----------------------------------|
| $BSQ \leq 80$ | Pas d'insatisfaction corporelle |
| $BSQ = 81-110$ | Insatisfaction corporelle légère |
| $BSQ = 111-140$ | Insatisfaction corporelle modérée |
| $BSQ > 140$ | Insatisfaction corporelle sévère |

✓ **Auto-questionnaire adapté Bodybabe** : évaluation de la satisfaction corporelle de la mère sur le corps de son bébé

Cet auto-questionnaire est adapté de plusieurs auto-questionnaires validés internationalement et axés sur l'évaluation des troubles du comportement alimentaire :

- l'EDI-2 (Eating Disorder Inventory) de Garner (1991)(171), qui s'intéresse à la symptomatologie et aux attitudes associées aux TCA, répertorie 91 items, organisés en 11 dimensions, incluant l'insatisfaction corporelle.
- le BES (Body Esteem Scale) de Franzoi et Shields (1984)(172), qui mesure l'estime corporelle, est organisé en 35 items.

- le BSQ (Body Shape Questionnaire)(169,170), que nous venons d'évoquer précédemment, et qui évalue spécifiquement en 34 items l'insatisfaction corporelle des personnes souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie nerveuse.

Pour cela, nous avons sélectionné et adapté les questions pour mesurer la satisfaction corporelle que la mère a du corps de son enfant. Le questionnaire obtenu se présente sous la forme de 25 items, cotés de 1 à 6 : 1 jamais, 2 rarement, 3 parfois, 4 souvent, 5 très souvent, 6 toujours. Le score peut ainsi aller de 25 à 150.

- Deux échelles de silhouettes

✓ **Echelle de Stunkard** aussi appelée Figure Rating Scale (FRS)

Développée par Stunkard, Sorensen et Schulsinger en 1983(173), cette auto-échelle consiste en une série de neuf figurines (ou silhouettes) de caractère simple et représentant de face, le corps féminin et le corps masculin adultes. Chaque série de corps (une pour chaque sexe) est présentée, du plus maigre au plus gros, les différences de corpulence entre figurines étant nettement identifiables de l'une à l'autre(174). Chaque sujet est invité à indiquer, après visualisation des figurines, celle qui lui correspond le mieux (corps perçu) et celle qui correspond à ce qu'il voudrait être (corps idéal). La différence entre corps perçu et corps idéal (soit entre les deux scores)(175) peut être interprétée comme une mesure de l'insatisfaction corporelle(14,176). Comme l'expliquent Dany et Morin (2010)(174), un score positif indique un désir d'être plus « mince » ; un score négatif suggère un désir d'être plus « fort

». Deux types d'informations sont ainsi obtenus : la valeur absolue de cette différence qui indique le niveau d'insatisfaction corporelle, et la valeur brute (de signe positif ou négatif) de cette différence qui indique le sens de cette insatisfaction (souhait d'être plus « mince » ou plus « fort »). Cette échelle étant indexée sur l'IMC, elle apprécie aussi la silhouette réelle. Elle est utilisée dans la littérature aussi bien au cours de la grossesse, qu'en dehors. Pour notre étude, cet outil nous permettra donc d'évaluer à la fois la silhouette perçue, la silhouette idéale et la silhouette réelle de la mère à un instant t. Cette échelle permettra par conséquent ainsi d'indiquer :

- L'insatisfaction corporelle, correspondant à la différence entre la silhouette perçue et la silhouette idéale, de la mère sur son propre corps.
- La dysmorphophobie, c'est-à-dire les distorsions corporelles, correspondant à la différence entre la silhouette perçue et la silhouette réelle, de la mère sur son propre corps.

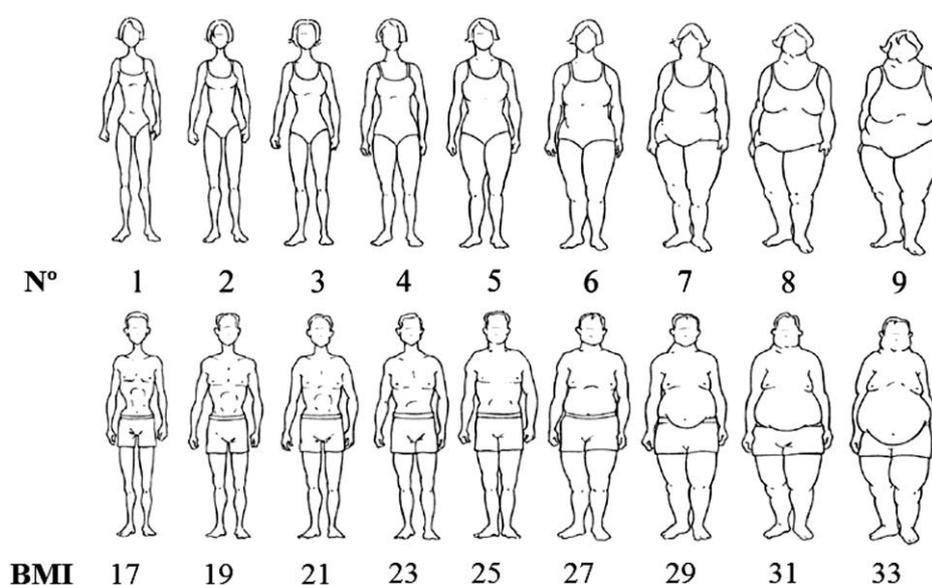


Figure 2: Figure Rating Scale (Stunkard)

- ✓ **Infant Body Figure Drawings** qui apprécie la silhouette perçue et la silhouette idéale du bébé par sa mère.

Cette auto-échelle a été créée par Evans et Le Grange (1995)(168) spécialement pour leur étude *Body Size and Parenting in Eating Disorders*. Cette échelle a été conçue par les auteurs pour évaluer la silhouette idéale et la silhouette perçue que les mères souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie nerveuse se faisaient de leur « enfant en bas âge ». Aucune spécification d'âge n'a été indiquée dans l'étude pour encadrer l'utilisation de cette échelle, qui représente des enfants. Cet outil est composé d'un panel de sept silhouettes représentant de face le corps d'un petit enfant. Il a été élaboré par les auteurs à partir de l'échelle de Stunkard(173) (échelle de silhouettes adultes) et de l'échelle de Collins(177) ou Child Figure Drawings (échelle de silhouettes enfants), pour les besoins de leur étude.

Elle fonctionne de la même façon que l'échelle de Stunkard. La mère, après visualisation des silhouettes, sélectionne la silhouette qui correspond le mieux, selon elle, à son tout-petit (silhouette perçue) puis la silhouette correspondant à ce qu'elle souhaiterait que son bébé soit (silhouette idéale). Un score positif de l'insatisfaction corporelle (corps perçu-corps idéal) indique un désir de la mère que son bébé soit plus « mince » ; un score négatif suggère un désir de la mère que son bébé soit plus « fort ». Cette échelle n'étant pas indexée sur l'IMC, ou sur les courbes statur pondérales, la silhouette réelle du petit enfant ne sera donc pas évaluée.

Ainsi, cet instrument, en évaluant la silhouette idéale et la silhouette perçue du corps du bébé par sa mère, nous permettra de mesurer l'insatisfaction corporelle que la mère a du corps de son bébé, c'est-à-dire l'écart entre la silhouette perçue et la silhouette idéale.

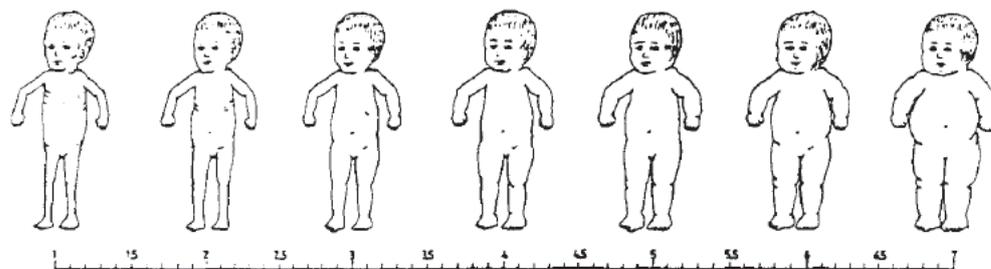


Figure 3: Infant Body Figure Drawings

o L'Eating Attitude Test (EAT)

Cet auto-questionnaire développé par Garner et Garfinkell (1979)(178), est l'instrument le plus ancien et le plus utilisé. Il mesure la sévérité des troubles du comportement alimentaire associés à l'anorexie mentale et son évolution avec le temps et les traitements. Il existe sous deux versions : la version initiale à 40 items (EAT-40), et une version abrégée à 26 items (EAT-26)(179) qui peut être envisagée pour des objectifs de dépistage. Sa variante française a été validée par Garrot et al.(1987)(180).

La version initiale de cet outil comprend 40 items (EAT-40) présentés en six degrés (jamais, rarement, quelquefois, souvent, très souvent, toujours) et répartis en trois sous-échelles (restriction alimentaire, boulimie et obsession de la nourriture, contrôle de la prise alimentaire). Elle est cotée de 0 à 3 : 0-jamais, 0-rarement, 0-quelquefois, 1-souvent, 2-très souvent, 3-toujours. A noter que les items 1. 18. 19. 23. 27. 39 sont présentés et cotés de manière inversée : le degré 1 (jamais) correspondant à l'aspect le plus anorexique est donc coté à 3. Le seuil de cotation établi par les auteurs pour caractériser la présence de troubles du comportement alimentaire est de 30 pour l'EAT-40(178) et de 20

pour l'EAT-26(179). Afin de permettre une meilleure évaluation de la gravité du trouble anorexique, nous utiliserons l'échelle EAT-40.

- Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS)

Cet outil d'auto-évaluation a été inventé par Cox et al. (1987)(181) pour évaluer le risque de dépression du post-partum. Il ne permet pas de poser le diagnostic de dépression post-natale, qui relève d'un examen clinique psychiatrique, mais il détecte les symptômes dépressifs et mesure la probabilité de ce trouble psychiatrique. Le diagnostic de dépression du post-partum devra cependant être confirmé ou infirmé par une évaluation clinique spécialisée. Il existe d'autres échelles permettant de déceler des symptômes psychiatriques de dépression post-natale (Beck Depression Inventory par exemple), mais ces dernières sont moins utilisées car moins spécifiques. Par conséquent, c'est l'EPDS qui a été retenue pour notre étude, d'autant plus qu'elle est considérée comme questionnaire de référence par l'OMS pour dépister les symptômes dépressifs, en complément de l'évaluation clinique(182). La version française de cet auto-questionnaire a été validée par Guedeney et Fermanian (1998)(183). Elle est constituée de 10 items, cotés chacun de 0 à 3. Le seuil de cotation retenu pour la version française est de 10,5, seuil pour lequel la sensibilité est de 0,80 et la spécificité de 0,92. Un score au-dessus de 10,5 indique une majoration du risque de dépression du post-partum. En revanche, le risque de dépression post-natale est faible si le score est en-dessous de 10,5. Cette échelle était initialement prévue pour être utilisée à partir de la 4^e semaine suivant l'accouchement. De nombreuses études(184,185) ont par la

suite montré que cet outil pouvait être utilisé plus précocement dans la période du post-partum voire même en anténatal.

3.2.4. DEROULEMENT DE L'ETUDE

Le recrutement est effectué dans le post-partum immédiat. Au cours du séjour en suites de couches, un repérage quotidien des patientes est effectué par les professionnels de santé de la maternité selon les critères suivants :

- IMC de début de grossesse $<18,5\text{kg/m}^2$ et/ou
- Antécédents d'anorexie mentale

Les professionnels de santé contactent le responsable de l'étude. Celui-ci s'entretient avec les patientes au cours de leur hospitalisation en maternité, afin de leur présenter l'étude et de vérifier les critères d'éligibilité, le lendemain de l'accouchement. Au cours de l'entretien psychiatrique, une évaluation de la présence des critères DSM-5 de l'anorexie mentale (phase active ou rémission) et de sa sévérité est effectuée. Suite à cet entretien, en cas d'éligibilité, la fiche d'information est remise à la patiente (cf. Annexe 4.1). Un délai de réflexion de 24h lui est donné.

Si elle accepte de participer, il lui est proposé de remplir immédiatement la 1^e série de questionnaires (cf. Annexe 5.1). Concernant le 2^e détenteur de l'autorité parentale, la fiche d'information (cf. Annexe 4.2) lui est remise selon les mêmes modalités que pour la patiente afin de pouvoir recueillir des données sur le bébé.

Une 2^e série d'auto-questionnaires (cf. Annexe 5.2) est à compléter par la patiente en ligne, grâce à un logiciel sécurisé (REDCap) où les questionnaires sont informatisés. Un mail individuel est programmé pour être envoyé deux semaines (J15) après le remplissage de la 1^e série de

questionnaires, permettant aux patientes de se connecter pour remplir les questionnaires en ligne.

Neuf mois après le remplissage de la 1^e série de questionnaires individuels, une 3^e série d'auto-questionnaires (cf. Annexe 5.3) est envoyée selon la même procédure que la 2^e série.

En cas de non remplissage des questionnaires, une alerte individuelle est envoyée sur la boîte mail des non-répondants. Ce rappel est effectué tous les 3 jours pendant 15 jours pour chaque série de questionnaires informatisés. En cas de non-réponse à l'issue de la série de rappels, un contact téléphonique est effectué par le psychiatre ayant effectué l'inclusion de la patiente afin de lui proposer de remplir les questionnaires en ligne.

A la fin de l'étude, l'extraction de la base anonymisée sera effectuée. A noter qu'aucune indemnisation des patientes incluses n'est prévue.

3.2.5. GENERATION ET GESTION DES ALERTES

Le score de chaque questionnaire rempli par les patientes est calculé par REDCap dès remplissage de ces questionnaires, via un module de calcul automatique implémenté dans le logiciel REDCap.

Des scores seuils sont définis pour chaque auto-questionnaire :

- Score BSQ > 110 (correspondant à une insatisfaction corporelle modérée à sévère)(170)
- Score EAT-40 \geq 30 (seuil de cotation établi par les auteurs pour caractériser la présence de troubles du comportement alimentaire)(186)
- Score EPDS > 10 (un score au-dessus de 10,5 indique une majoration du risque de dépression du post-partum)(183)

Au cours de l'étude, si un des scores calculés pour chaque questionnaire de l'étude dépasse le score seuil, une alerte à destination de l'équipe investigatrice et du datamanager est automatiquement générée. Lorsque l'alerte est donnée, un contact téléphonique par l'équipe investigatrice est pris avec la patiente et un rendez-vous avec le psychiatre investigateur lui est alors proposé. Tout au long de l'étude, si la patiente exprime des difficultés, notamment psychiques au cours d'un contact téléphonique, un rendez-vous avec le psychiatre investigateur lui est également proposé. Chaque questionnaire envoyé à la patiente comporte par ailleurs un numéro à appeler si besoin, afin de lui proposer un accompagnement et un soutien adaptés.

3.2.6. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Notre protocole de recherche est une étude transversale répétée observationnelle de type 3 par auto-questionnaires. Comme expliqué précédemment, les auto-questionnaires sont constitués par :

- Deux questionnaires évaluant la satisfaction corporelle :
 - Evaluation de la satisfaction corporelle de la mère sur son propre corps par le **Questionnaire BSQ (Body Shape Questionnaire)**.
 - Evaluation de la satisfaction corporelle de la mère sur le corps de son bébé par un **auto-questionnaire adapté Bodybabe**.

- Deux échelles de silhouettes :
- **Echelle de Stunkard** aussi appelée Figure Rating Scale (FRS), qui mesure :
 - L'insatisfaction corporelle, correspondant à la différence entre la silhouette perçue et la silhouette idéale, de la mère sur son propre corps.
 - La dysmorphophobie, c'est-à-dire les distorsions corporelles, correspondant à la différence entre la silhouette perçue et la silhouette réelle, de la mère sur son propre corps.
- **Infant Body Figure Drawings** qui apprécie la silhouette perçue et la silhouette idéale du bébé par sa mère.
 - L'Eating Attitude Test (EAT)
 - Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS)

Ces différents questionnaires et échelles sont réalisés à différents moments (cf. Annexes 3) :

- **En post-partum immédiat** (entre J0 et J3 après l'accouchement), lorsque les patientes sont hospitalisées à la maternité, en suites de couches. Le cahier de questionnaires de cette 1^o série est constitué du BSQ, de l'échelle Bodybabe, de l'échelle de silhouettes FRS, de l'échelle de silhouettes IBFD et de l'EAT (cf. Annexe 5.1). L'EPDS n'est pas réalisée du fait de l'importante proximité temporelle de cette évaluation avec l'accouchement, qui risquerait d'altérer les résultats.

- **Quinze jours (J15)** après le remplissage de la 1^e série de questionnaires, afin d'apprécier la reproductibilité par « test-retest » du questionnaire de satisfaction corporelle du bébé Bodybabe (voir ci-dessous). Le cahier de questionnaires est rempli en ligne et est composé du BSQ, de l'échelle Bodybabe et de l'EPDS (cf. Annexe 5.2). Du fait de son lien hypothétique avec l'échelle Bodybabe, il nous paraît en effet indispensable de réitérer le BSQ dans le même temps.

- **Neuf mois (M9)** après le remplissage de la 1^e série de questionnaires, via un questionnaire en ligne sur lequel les patientes se connectent pour répondre. En effet, les différentes données de la littérature que nous avons détaillées ci-dessus, retrouvent une insatisfaction corporelle maximale neuf mois après la naissance chez les jeunes accouchées. On note aussi une recrudescence des troubles alimentaires atteignant le même niveau de sévérité psychiatrique anté-grossesse, neuf mois après l'accouchement, chez les jeunes mères anorexiques. Le cahier de questionnaires comporte le BSQ, l'échelle Bodybabe, l'échelle de silhouettes FRS, l'échelle de silhouettes IBFD, l'EAT et l'EPDS (cf. Annexe 5.3).

Chaque série d'auto-questionnaires comporte par ailleurs quelques questions permettant de recueillir des données médicales et socio-démographiques complémentaires (poids actuel de la mère, poids et taille actuels de l'enfant, type d'allaitement, diversification alimentaire de l'enfant, reprise d'une activité professionnelle maternelle, etc.).

3.2.7. CRITERES D'EVALUATION

3.2.7.1. *CRITERE D'EVALUATION PRINCIPAL*

Volet 1 : Evaluer les critères de validité interne et externe du questionnaire Bodybabe.

Volet 2 : La variable à expliquer est la perception que la mère a du corps de son bébé nouveau-né : elle sera estimée par un score construit à partir des outils proposés. Deux facteurs (perceptions que la mère a de son propre corps) seront testés face à cette variable dépendante :

- le score du *Body Shape Questionnaire* (BSQ),
- le score de l'échelle de Stunkard (FRS).

3.2.7.2. *CRITERES D'EVALUATION SECONDAIRES*

Volet 2 :

Scores des questionnaires en fonction de la rémission.

Scores des questionnaires en fonction de la sévérité du trouble anorexique.

Scores des questionnaires en fonction de la présence ou non d'une dépression du post-partum.

3.2.8. DONNEES RECUEILLIES

3.2.8.1. *DONNEES SOURCE*

✓ **Définition**

Les documents source, étant définis comme tout document ou objet original permettant de prouver l'existence ou l'exactitude d'une donnée ou d'un fait enregistré au cours de l'étude clinique, seront conservés pendant quinze ans par l'investigateur et/ou par l'hôpital s'il s'agit d'un dossier médical hospitalier.

Les documents source sont le questionnaire électronique ainsi que le dossier maternité partagé.

Le réseau en périnatalité d'Auvergne dispose d'un dossier régional informatisé partagé de suivi de grossesse (dossier ICOS). La maternité du CHU de Clermont-Ferrand est membre du réseau et a donc accès au dossier informatisé. Il s'agit d'un dossier clinique, structuré à partir des spécifications élaborées par l'Audipog : dossier Audipog D31 avec des données structurées. Ce dossier est proposé à chaque femme enceinte du réseau. Après accord signé de celle-ci, un dossier est créé avec un numéro de réseau propre à chaque femme.

Les auto-questionnaires sont intégrés dans le logiciel REDCap.

✓ **Cahier d'observation**

Le cahier d'observation comporte :

- Des données socio-démographiques (âge maternel, poids/taille/IMC avant grossesse, profession, niveau d'éducation, statut marital, statut socio-économique, origine géographique...),
- Les antécédents gynéco-obstétricaux de la patiente (gestité, parité, voie d'accouchement, pathologies maternelles chroniques, recours à la procréation médicalement assistée...),
- Les antécédents médico-chirurgicaux de la patiente (pathologies maternelles chroniques, prise de toxiques, tabac...),
- Les éléments du déroulement de la grossesse (date de début de grossesse, prise de poids, pathologie maternelle, hospitalisation, traitements au cours de la grossesse...),
- Des données sur l'accouchement (date d'accouchement, position du placenta, mode d'entrée en travail, terme de la grossesse, temps entre

- le début du travail et l'accouchement, mode d'accouchement, type d'anesthésie, catégorie d'agent maturant, complications de la délivrance ...),
- Des caractéristiques de l'enfant à la naissance (poids, taille, périmètre crânien, sexe, Apgar, réanimation...) puis à la sortie de la maternité (mode d'alimentation),
 - Les réponses aux questionnaires successifs (questionnaire BSQ, questionnaire Bodybabe, Figure Rating Scale, Infant Body Figure Drawings, Eating Attitude Test).

Aucune donnée nominative n'est recueillie. Le traitement des données a lieu au CHU Clermont Ferrand, site Estaing, 1 Place Lucie-et-Raymond-Aubrac 63003 Clermont-Ferrand Cedex 1.

3.2.8.2. *MODE DE CIRCULATION DES DONNEES*

Les cahiers électroniques sont remplis par les mères. Le dossier maternité est rempli par les cliniciens en charge du suivi des mères.

Une extraction est effectuée à partir de la base informatisée du dossier régional de grossesse ICOS. Cette extraction est fusionnée avec la base de données REDCap qui comporte les réponses aux questionnaires. Les variables de fusion sont la date de naissance de la mère, la date d'accouchement, le sexe et le poids de l'enfant.

Seul l'investigateur qui est en charge du recrutement a accès à la base REDCap. Le responsable de l'analyse réalise l'extraction de la base de données du dossier informatisé et réalise la fusion des deux bases.

3.2.9. CONSIDERATIONS STATISTIQUES

3.2.9.1. *NOMBRE DE SUJETS A INCLURE*

Volet 1 : Le nombre de sujets nécessaires pour une validité raisonnable des résultats de l'analyse factorielle du questionnaire de satisfaction corporelle du bébé, en accord avec les recommandations de Terwee et al.(187), est fonction du nombre d'items composant ce questionnaire, soit 5 sujets / item = 5 x 25= 125.

Volet 2 : Pour un risque alpha de 1^e espèce de 5%, un coefficient de corrélation estimé à 0,35 (coefficient de corrélation moyen estimé à partir de données de la littérature(188–190) étudiant les corrélations questionnaires mamans-bébés, les coefficients de corrélation variant de 0.17 à 0.46) et une puissance à 90%, le nombre de sujets nécessaire est de 231. En estimant un pourcentage de perdus de vue de 20%, le nombre de sujets à inclure est de 284.

3.2.9.2. *ANALYSE DE DONNEES : GENERALITES*

Le risque de 1^e espèce α sera fixé à 5%. Les tests statistiques seront bilatéraux. Une analyse descriptive de l'ensemble des données recueillies, via le cahier d'observation, sera effectuée. Le logiciel SAS v9.4 sera utilisé.

✓ **Vérification des propriétés psychométriques du questionnaire**

Bodybabe (Volet 1)

Une acceptabilité du questionnaire sera considérée comme satisfaisante, si le taux de remplissage complet du questionnaire et les taux de réponse à chacun des items sont supérieurs à 85%.

La présence d'effet plafond ou plancher (ceiling/floor effect) sera recherchée afin de vérifier que l'outil est bien adapté à la population cible. On recherchera si les items du questionnaire sont discriminants. Pour chaque sous-échelle, le pourcentage de femmes ayant le score le plus élevé et le pourcentage de femmes ayant le score le plus faible seront calculés. Ces effets seront considérés comme présents si ces pourcentages sont supérieurs à 15%.

La validité de structure interne du questionnaire sera appréciée par une analyse factorielle. On vérifiera la consistance interne de chacune des sous-échelles identifiées par le calcul du coefficient α de Cronbach. Un coefficient α compris entre 0,70 et 0,90 sera considéré comme acceptable pour chaque dimension. Les corrélations items-sous-échelles et inter-sous-échelles seront estimées par des coefficients de corrélation de Spearman.

La validité de structure externe sera recherchée en calculant les coefficients de corrélation de Spearman entre différentes sous-échelles du questionnaire.

La reproductibilité (stabilité des scores au cours du temps, chez un même individu, dans la mesure où son état de santé est resté sensiblement stable) sera appréciée par « test-retest » à 15 jours d'intervalle. Seront calculés des coefficients de corrélation intra-classe (ICC) pour chaque sous-échelle. Des valeurs supérieures à 0,70 sont attendues.

L'ensemble des résultats obtenus sera comparé à la littérature. Le questionnaire Bobbybabe étant adapté d'autres questionnaires déjà validés, les propriétés psychométriques devraient être proches de celles déjà publiées.

Cette analyse sera réalisée lorsque les 125 premières femmes auront répondu, afin d'étudier les propriétés psychométriques du questionnaire du bébé.

✓ **Corrélation (volet 2)**

Une analyse de corrélation sera effectuée par le calcul du coefficient de Pearson ou de Spearman (en cas de distribution non gaussienne), entre le BSQ et le questionnaire de satisfaction corporelle du bébé (questionnaire Bodybabe) d'une part et entre le FRS et l'Infant Body Figure Drawings d'autre part.

3.2.9.4. *ANALYSES SECONDAIRES (VOLET 2)*

✓ **Etude des réponses en fonction de la rémission**

Les scores aux différents questionnaires seront comparés en fonction de la rémission. Des tests de Student ou ANOVA (tests de comparaison de moyennes non paramétriques de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis en cas de variables non gaussiennes) seront utilisés pour comparer ces scores.

✓ **Etude des réponses en fonction de la sévérité de l'anorexie**

Les scores aux différents questionnaires seront comparés entre les différentes catégories de sévérité. Des tests de Student ou ANOVA (tests de comparaison de moyennes non paramétriques de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis en cas de variables non gaussiennes) seront utilisés pour comparer ces scores.

✓ **Etude des réponses aux questionnaires en fonction de la présence d'une dépression**

Les femmes seront classées selon le score obtenu à l'échelle de dépression.

Les scores aux différents questionnaires seront comparés entre le groupe de femmes présentant une dépression et celui de femmes ne présentant pas de dépression. Des tests de Student ou ANOVA (tests de comparaison de moyennes non paramétriques de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis en cas de variables non gaussiennes) seront utilisés pour comparer ces scores.

Une analyse multivariée par modèle mixte permettra d'étudier l'évolution des scores des questionnaires de la mère et de l'enfant au cours du temps.

3.2.10. PRESENTATION DU TRAVAIL DE THESE : ANALYSE PRELIMINAIRE

Le travail présenté repose sur une analyse préliminaire des premières inclusions. En effet, pour les besoins de la thèse, la base de données a débuté le 15 Janvier 2020 et s'est arrêtée le 15 Septembre 2020. La crise sanitaire du COVID-19 a imposé un arrêt temporaire de l'étude entre le 13/03/2020 et le 14/05/2020 inclus, période au cours de laquelle aucun recrutement n'a pu être effectué.

Une analyse descriptive des caractéristiques sociodémographiques, de la grossesse et de l'accouchement, a été réalisée pour les femmes incluses. Les variables catégorielles ont été rapportées sous forme d'effectif et de pourcentage. Les variables continues ont été rapportées sous forme de médiane associée à la valeur minimale et maximale.

De même les scores obtenus pour chaque questionnaire ont été rapportés sous forme de variables continues avec calcul de la médiane associée

à la valeur minimale et maximale et sous forme catégorielle en tenant compte des valeurs seuils définies dans la littérature.

Les scores du questionnaire BSQ et du questionnaire Bodybabe ont été comparés à J0 et J15 au moyen de tests sur données appariées. Les médianes des scores ont été comparées par le test des rangs signés de Wilcoxon. La répartition des scores a été comparée au moyen d'un test de Mac Nemar. L'ensemble des analyses a été réalisé au moyen du logiciel SAS (SAS v9.4, SAS Institute, Cary, NC, 2002-2012).

3.3. RESULTATS

3.3.1. DIAGRAMME DE FLUX

Le schéma du diagramme de flux est présenté en Annexe 1 de ce document.

Entre le 15/01/2020 et le 13/03/2020, puis entre le 14/05/2020 et le 15/09/2020, 1796 accouchements ont été recensés à la maternité de type III de Clermont-Ferrand, dont 1773 avec un IMC de début de grossesse notifié dans le dossier informatisé. Comme précisé précédemment, la période entre le 13/03/2020 et le 14/05/2020 n'a pas été prise en compte ; la situation sanitaire imposant un arrêt temporaire des études cliniques. Parmi les 1773 accouchées, 114 présentaient un IMC $< 18,5\text{kg/m}^2$. La proportion de jeunes femmes ayant accouché avec un IMC de début de grossesse $< 18,5\text{kg/m}^2$ est mesurée à 6,4%.

Au cours de cette période, 109 patientes ont été repérées en suites de couche par les professionnels de santé sur les critères suivants : IMC $< 18,5\text{kg/m}^2$ et/ou antécédents d'anorexie mentale notifiés dans le dossier de la

patiente (cf. Annexe 1). L'intégralité de ces patientes a été repérée par les soignants sur le critère $IMC < 18,5\text{kg/m}^2$.

Sur ces 109 patientes, après avoir pris en considération les critères d'inclusion et de non-inclusion, l'équipe investigatrice a retenu 14 femmes éligibles à l'étude BodyBabe (12,84%). 74,74% (n=71) des femmes exclues n'étaient pas éligibles à l'étude car, après évaluation par un psychiatre au cours d'un entretien, ces femmes ne répondaient pas aux critères DSM-5 du diagnostic d'anorexie mentale, qu'il soit actuel ou passé (cf. Annexe 1).

Sur ces 14 patientes éligibles à l'étude, 9 ont été incluses et 5 ont refusé de participer. Le taux de refus de participation s'élève donc à 35,71%.

Malgré les différents rappels par mails et par téléphone, 4 patientes sur les 9 femmes incluses sont sorties de l'étude entre l'évaluation à J0 et l'évaluation à J15, soit un taux de perdues de vue de 44,4%.

3.3.2. DESCRIPTION ET CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

3.3.2.1. *CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES MERES*

L'analyse de ces caractéristiques est présentée ci-dessous, dans le tableau III.

L'âge médian de notre échantillon est de 28 ans (23-35). Ces patientes sont célibataires pour 22,22% d'entre elles, avec un taux de chômage de 37,5%. Elles sont majoritairement nées en France (77,78%) et ont un niveau d'études supérieur ou égal au baccalauréat pour 50% d'entre elles.

L'IMC de début de grossesse médian de notre population se situe à 18,22 (16,16-20,9), c'est-à-dire dans la classe de la maigreur. La majorité des IMC de ces femmes (77,78%) se situait entre 17 et 18,49 kg/m^2 , témoignant

d'une anorexie mentale de sévérité légère. Seule une patiente (11,11%) avait un IMC normal $> 18,5\text{kg/m}^2$, et une autre patiente (11,11%) un IMC compris entre 16 et $16,99\text{kg/m}^2$, la rangeant dans un trouble alimentaire de sévérité moyenne. Aucune patiente de notre échantillon ne présentait une anorexie mentale de sévérité grave ou extrême.

Anorexie mentale actuelle et anorexie mentale passée sont représentées dans notre étude, dans des proportions respectives de 44,44% et 55,56%.

Sur le plan de la consommation de toxiques, le tabagisme actif est majeur, puisque 80% des femmes sont concernées. Aucune patiente n'a rapporté de consommation d'alcool. Seule une patiente a indiqué avoir une consommation de cannabis.

Les patientes de notre échantillon sont majoritairement nullipares (77,78%).

Une grande partie (44,44%) présente une pathologie générale antérieure.

Tableau III: Caractéristiques socio-démographiques des mères

| | n (%) |
|-------------------|------------|
| Age | N=9 |
| Médiane (min-max) | 28 (23-35) |
| < 25 ans | 1 (11,11%) |
| 25-39 ans | 8 (88,89%) |
| ≥ 40 ans | 0 (0%) |
| Niveau d'étude | N=8 |
| Collège | 2 (25%) |
| Lycée | 2 (25%) |
| Bac $\leq +2$ | 1 (12,5%) |
| Bac $\geq +3$ | 3(37,5%) |

| | |
|---|--------------------|
| Activité professionnelle au cours de la grossesse | N=8 |
| Actif | 3 (37,5%) |
| Chômage | 3 (37,5%) |
| Etudiant | 2 (25%) |
| Situation familiale | N=9 |
| Célibataire | 2 (22,22%) |
| En couple | 7 (77,78%) |
| Pays de naissance | N=9 |
| France | 7 (77,78%) |
| Afrique du Nord | 1 (11,11%) |
| Afrique | 1 (11,11%) |
| IMC | N=9 |
| Médiane (min-max) | 18,22 (16,16-20,9) |
| IMC = [16-16,99] kg/m ² | 1 (11,11%) |
| IMC=[17-18,49] kg/m ² | 7 (77,78%) |
| ≥ 18,5 kg/m ² | 1 (11,11%) |
| Tabac avant la grossesse | N=5 4 (80%) |
| Alcool avant la grossesse | N=4 0 (0%) |
| Cannabis avant la grossesse | N=4 1 (25%) |
| Pathologies générales antérieures | N=9 4 (44,44%) |
| Anorexie mentale vie entière | N=9 |
| Anorexie mentale passée (antécédent) | 5 (55,56%) |
| Anorexie mentale actuelle | 4 (44,44%) |
| Gestité | N=8 |
| 1 | 4 (50%) |
| ≥ 2 | 4 (50%) |
| Parité | N=9 |
| 0 | 7 (77,78%) |
| ≥ 1 | 2 (22,22%) |

3.3.2.2. *CARACTERISTIQUES DE LA GROSSESSE EN COURS*

Les données de la grossesse de notre échantillon sont présentées ci-dessous, dans le tableau IV.

Dans ce travail, toutes les grossesses étaient uniques, et sans recours à la procréation médicale assistée.

Ces patientes souffrent globalement peu de complications notables au cours de la grossesse (22,22%), et n'ont pas présenté d'HTA ou de diabète gestationnel. Une hospitalisation au cours de la grossesse a été nécessaire pour 11,11% de ces femmes anorexiques. La médiane du nombre de consultations prénatales est de 7 (3-20).

En ce qui concerne la prise de poids au cours de la grossesse, la médiane de notre échantillon est mesurée à 15 (2-18).

Au sujet de l'âge gestationnel, la médiane est calculée à 39,2 (36-41,4) SA. La proportion d'accouchement prématuré < 37SA dans notre étude est de 11,1%. Une patiente (11,1%) de notre étude présentait un âge gestationnel >40SA.

Quant au mode d'accouchement, une proportion importante (88,89%) a bénéficié d'un accouchement par voie basse spontanée. Une seule patiente (11,11%) a nécessité une césarienne. Aucune patiente de cette analyse n'a relevé d'un accouchement par voie basse instrumentale.

Tableau IV: Caractéristiques de la grossesse en cours

| | n (%) |
|--|-------------------|
| Type de grossesse | N=9 |
| Unique | 9 (100%) |
| Multiple | 0 (0%) |
| Grossesse obtenue après traitement | N=7 0 (0%) |
| Pathologie au cours de la grossesse | N=9 2 (22,2%) |
| Hospitalisation au cours de la grossesse | N=9 1 (11,11%) |
| Hypertension artérielle (HTA) | N=9 0 (0%) |
| Diabète gestationnel | N=9 0 (0%) |
| Prise de poids pendant la grossesse (kg) | N=9 |
| Médiane (min-max) | 15 (2-18) |
| Nombre de consultations prénatales | N=9 |
| Médiane (min-max) | 7 (3-20) |
| < 8 | 5 (55,56%) |
| ≥ 8 | 4 (44,44%) |
| Terme à l'accouchement | N=9 |
| Médiane (min-max) | 39,2 (36-41,4) |
| < 37 SA | 1 (11,11%) |
| 37-40 SA | 7 (77,78%) |
| > 40 SA | 1 (11,11%) |
| Mode d'accouchement | N=9 |
| Césarienne | 1 (11,11%) |
| Voie basse instrumentale | 0 (0%) |
| Voie basse spontanée | 8 (88,89%) |

3.3.2.3. CARACTERISTIQUES DES ENFANTS NES

Ces caractéristiques sont présentées ci-dessous, dans le tableau V.

La prématurité est calculée à 11,11% chez les enfants des femmes incluses dans ce travail.

La médiane du poids de naissance des enfants revient à 2775g (2180-3490). 11,11% de ces enfants pèsent moins de 2500g. Les RCIU sont mesurés à 11,1% dans notre échantillon.

Le score d' Apgar à 5min de ces nouveau-nés est < 7 dans 22,22% des cas. Le recours à des gestes de réanimation en salle de naissance est de 33,3%.

Sur le plan de l'alimentation du nouveau-né, 77,78% des mères utilisent l'allaitement maternel exclusif pour nourrir leur enfant.

Tableau V: Caractéristiques des enfants nés

| | n (%) |
|--|------------------|
| | N=9 |
| Prématurité (<37SA) | 1 (11,11%) |
| Sexe | N=9 |
| Féminin | 8 (88,89%) |
| Masculin | 1 (11,11%) |
| Poids de naissance | N=9 |
| Médiane (min-max) | 2775 (2180-3490) |
| < 2500g | 1 (11,11%) |
| 2500-3499g | 8 (88,89%) |
| 3500-3999g | 0 (0%) |
| ≥ 4000g | 0 (0%) |
| | N=9 |
| Retard de croissance intra-utérin (<5 ^e percentile) | 1 (11,11%) |
| Apgar à 5 min | N=9 |
| Médiane (min-max) | 10 (4-10) |

| | |
|-----------------------------------|-------------------|
| < 7 | 2 (22,22%) |
| ≥ 7 | 7 (77,78%) |
| Réanimation en salle de naissance | N=9 3 (33,33%) |
| Mode d'alimentation à la sortie | N=9 |
| Lait maternel exclusif | 7 (77,78%) |
| Mixte | 0 |
| Artificielle | 2 (22,22%) |

3.3.3. EVALUATION ET COMPARAISON DES SCORES DES DIFFERENTS QUESTIONNAIRES A J0 ET A J15

Les différents résultats obtenus aux questionnaires et aux échelles à J0 et à J15 figurent dans le tableau VI. Les interprétations des scores des échelles et questionnaires utilisés sont répertoriées dans l'Annexe 2.

3.3.3.1. *BODY SHAPE QUESTIONNAIRE*

A J0, la médiane du BSQ au sein de notre population de femmes anorexiques est de 46 (36-173), témoignant d'une absence d'insatisfaction corporelle. La majorité des femmes (77,78%) présente un score ≤ 80 , se rangeant dans la catégorie « absence d'insatisfaction corporelle ». 11,1% seulement (une patiente) présentent une insatisfaction corporelle légère (score compris entre 81 et 110). Seule 1 patiente (11,1%) présente une insatisfaction corporelle sévère.

La médiane du score du BSQ ne diffère pas entre J0 et J15. Par ailleurs, les réponses de chaque patiente n'ont pas varié. La répartition des scores entre J0 et J15 est restée inchangée, pour les patientes qui n'ont pas été perdues de vue.

Ces éléments mettant en avant une constance dans l'absence d'insatisfaction corporelle entre J0 et J15.

3.3.3.2. *ECHELLE DE SILHOUETTES DE STUNKARD OU FRS (FIGURE RATING SCALE)*

Les résultats obtenus au BSQ sont cohérents avec ceux obtenus à l'échelle de silhouettes FRS qui montrent également, via une médiane à 0 (-3 ;2), une absence globale d'insatisfaction corporelle à J0.

Cependant, malgré cette médiane neutre, 44,4% des femmes possèdent un score > 0, mettant en évidence la présence effective d'une insatisfaction corporelle, avec le souhait d'être plus mince.

Par ailleurs, la médiane de la silhouette du corps perçu par ces jeunes mères est de 3 (1-4). Or, la silhouette n°3 de cette échelle correspond à un IMC de 21kg/m². Autrement dit, ces femmes, dont la médiane d'IMC est de 18,22kg/m² (16,16-20,9), se perçoivent globalement avec une silhouette correspondant à un IMC de 21kg/m². Il existe donc une distorsion corporelle chez ces patientes, les faisant se percevoir avec presque 3 points d'IMC de plus que leur IMC réel.

3.3.3.3. *QUESTIONNAIRE BODYBABE*

La médiane rapportée à J0 est de 33 (27-51). L'amplitude du score de ce questionnaire s'étale entre 25 au minimum (pas d'insatisfaction corporelle vis-à-vis du bébé) et 150 au maximum (insatisfaction corporelle maximale vis-à-vis du bébé). Ces résultats, obtenus au questionnaire Bodybabe, se situant près du score minimum, suggèrent que l'ensemble des femmes ne présente pas d'insatisfaction corporelle vis-à-vis du corps de leur enfant, témoignant de la

congruence de notre auto-questionnaire avec l'échelle de silhouettes IBFD (cf. paragraphe suivant).

La médiane du score du questionnaire Bodybabe à J15, égale à 29 (25-43), se présente comme très similaire à celle obtenue à J0. En effet l'absence de significativité ($p=0,5625$) témoigne de l'absence de différence entre les scores à J0 et J15.

3.3.3.4. *ECHELLE DE SILHOUETTES IBFD (INFANT BODY FIGURE DRAWINGS)*

La médiane des scores de l'IBFD, mesurée à 0 (-2 ; 0), suggère globalement une absence d'insatisfaction corporelle de la mère vis-à-vis de son bébé à J0.

En termes de répartition des scores, 55,56% des femmes détiennent un score égal à 0, indiquant une absence d'insatisfaction corporelle sur le corps de leur bébé. Près de la moitié des femmes (44,44%) disposent d'un score < 0 , traduisant la présence d'une insatisfaction corporelle avec désir de la mère que son bébé soit plus « fort ». Aucune femme ne se situe dans la catégorie de score > 0 . Autrement dit, aucune femme n'exprime le désir que son bébé soit plus « mince ».

La médiane de la silhouette du corps perçu du bébé par sa mère est calculée à 3 (1-4). La silhouette n°3 de l'IBFD se trouve plutôt dans la fourchette basse de cette échelle.

3.3.3.5. *EAT (EATING ATTITUDE TEST)*

L'EAT, explorant les comportements alimentaires de la mère, se manifeste par un score particulièrement bas en post-partum immédiat, avec une

médiane à 8 (2-69) à J0. La grande majorité des femmes (88,89%) a un score < 30, traduisant une absence de troubles du comportement alimentaire en post-partum immédiat.

3.3.3.6. *EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE*

La médiane de l'EPDS, score estimant la probabilité de dépression du post-partum, est mesurée à 4 (3-21) à J15, soit un risque faible de dépression du post-partum. En revanche, en étudiant la répartition des patientes selon les scores obtenus, nous constatons un score > 10,5, soit un risque élevé de dépression postnatale, chez 40% des patientes incluses.

Tableau VI: Evaluation des scores des différents questionnaires à J0 et J15

| Questionnaire | J0 N= 9 | J15 N= 5 | p |
|--|-------------|-------------|--------|
| Body Shape Questionnaire (BSQ) | | | |
| Médiane (min-max) | 46 (36-173) | 46 (38-86) | 0,25 |
| ≤ 80 | 7 (77,78%) | 4 (80%) | - |
| 81-110 | 1 (11,11%) | 1 (20%) | - |
| 111-140 | 0 (0%) | 0 (0%) | |
| > 140 | 1 (11,11%) | 0 (0%) | |
| Echelle de silhouettes de Stunkard (FRS) | | | |
| Médiane insatisfaction corporelle (min ; max) | 0 (-3 ; 2) | | |
| < 0 | 2 (22,22%) | | |
| 0 | 3 (33,33%) | | |
| > 0 | 4 (44,44%) | | |
| Médiane score corps perçu (min-max) | 3 (1-4) | | |
| Questionnaire Bodybabe | | | |
| Médiane (min-max) | 33 (27-51) | 29 (25-43) | 0,5625 |
| Echelle de silhouettes Infant Body Figure Drawings (IBFD) | | | |
| Médiane insatisfaction corporelle (min ; max) | 0 (-2 ; 0) | | |
| < 0 | 4 (44,44%) | | |
| 0 | 5 (55,56%) | | |
| > 0 | 0 (0%) | | |
| Médiane score corps perçu (min-max) | 3 (1-4) | | |
| Eating Attitude Test (EAT) | | | |
| Médiane (min-max) | 8 (2-69) | | |
| < 30 | 8 (88,89%) | | |
| ≥ 30 | 1 (11,11%) | | |
| Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) | | | |
| Médiane (min-max) | | 4 (3-21) | |
| < 10,5 | | 3 (60%) | |
| ≥ 10,5 | | 2 (40%) | |

3.4. DISCUSSION

3.4.1. RESULTAT PRINCIPAL

Ce travail est une étude préliminaire permettant la description et la présentation des premiers résultats concernant l'objectif principal.

Concernant le questionnaire Bodybabe, les valeurs à J0 et J15 se situent dans la fourchette basse des scores, suggérant une absence d'insatisfaction corporelle des patientes sur le corps de leur bébé. Le test-retest réalisé entre J0 et J15 montre ainsi une stabilité des réponses qui reste à confirmer sur un échantillon plus important.

Bien qu'aucune conclusion ne puisse être apportée du fait du manque de puissance, ces premières données préliminaires apparaissent plutôt en faveur de la reproductibilité du questionnaire de satisfaction corporelle du bébé (Bodybabe).

3.4.2. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

3.4.2.1. *LIMITES DE L'ETUDE*

La principale limite de cette étude est le manque de puissance. Les analyses préliminaires de ce travail de thèse montrent que 9 patientes ont été incluses en 6 mois, ce qui est bien en-dessous de ce qui était attendu.

Ainsi, cette analyse intermédiaire ne nous permet pas de conclure car les résultats ne sont pas significatifs.

Plusieurs hypothèses explicatives peuvent être formulées quant à la faible puissance de cette étude.

Tout d'abord, la proportion d'accouchées avec un IMC de début de grossesse $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ est de 6,4%, ce qui est légèrement inférieur à la proportion de 7,4% mesurée au niveau national(191). Le nombre de patientes avec un IMC de début de grossesse $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ était donc moins important que celui espéré.

En outre, l'intégralité des patientes qui ont été repérées par les professionnels de santé en suites de couches, l'a été sur un IMC $< 18,5 \text{ kg/m}^2$. Aucune patiente n'a été adressée à l'équipe investigatrice sur des antécédents d'anorexie mentale ou sur un diagnostic d'anorexie mentale actuelle. En effet, la présence actuelle ou passée de troubles du comportement alimentaire en général, et particulièrement d'anorexie mentale, est peu renseignée dans la rubrique « antécédents » du dossier informatisé des patientes.

Or, au sein de la littérature internationale, les différentes études de cohorte de femmes enceintes ayant une anorexie mentale « vie entière » (actuelle ou passée), retrouvent un IMC pré-conceptionnel se situant en moyenne entre 21 et 22 kg/m^2 (134,165,192,193). Ainsi, le recrutement a manqué d'exhaustivité car n'a pas pris en compte les femmes ayant un IMC $> 18,5 \text{ kg/m}^2$, c'est-à-dire des femmes ayant une anorexie mentale passée ou une anorexie mentale actuelle en rémission partielle.

Ce manque d'identification et de renseignements sur la présence de troubles alimentaires chez les femmes enceintes a déjà été établi dans la littérature. Du côté des patientes, peu de femmes évoquent spontanément les troubles alimentaires dont elles souffrent ou ont souffert par le passé. Becker et al. retrouvent que seulement 32% des sujets souffrant de troubles alimentaires partagent spontanément et volontairement leurs difficultés alimentaires auprès de professionnels de santé(194).

Pour ces futures mères, plusieurs facteurs ont été identifiés comme freins à l'évocation de leurs désordres alimentaires: la honte, la crainte de la stigmatisation, la peur d'être jugées par les professionnels de santé sur leur apparence physique, le refus de prise en charge spécialisée, la volonté de gérer elles-mêmes leur trouble, et le manque de possibilité de divulguer aux praticiens leurs préoccupations alimentaires et corporelles(195).

Du côté des soignants (sages-femmes et gynécologues-obstétriciens), la présence éventuelle de TCA est souvent peu explorée au cours des consultations de grossesse. Le principal obstacle mis en avant par ces cliniciens à l'identification des troubles alimentaires au cours de la grossesse et du post-partum, est un manque de connaissances sur les TCA(195). Les praticiens font valoir notamment leur manque de compétences théoriques et d'expériences cliniques, leur méconnaissance des différentes orientations et prises en charge possibles pour ces patientes. La problématique de la santé mentale maternelle, et a fortiori des TCA, est vécue comme « tabou » par beaucoup de professionnels de la maïeutique, qui manquent de confiance pour aborder de tels sujets. De plus, outre le manque de temps dont ils disposent au cours des consultations de suivi de grossesse, certains praticiens sont convaincus qu'examiner les difficultés alimentaires de leurs patientes ne font pas partie de leurs fonctions(195). En effet, certains professionnels expriment de la réticence à questionner leurs patientes sur leur comportement alimentaire, invoquant la nécessité d'être positif vis-à-vis des femmes et de leur grossesse. D'autres estiment que la priorité des soins périnataux est la santé physique des jeunes mères et de leur bébé, plutôt que la santé mentale maternelle(195).

3.4.2.2. *BIAIS DE L'ETUDE*

Malgré toutes les mesures préventives mises en place pour les limiter, cette étude comporte plusieurs biais.

Tout d'abord, nous pouvons citer le biais de mémorisation, présent particulièrement chez les personnes ayant un antécédent d'anorexie mentale. Lors des entretiens menés par le psychiatre investigateur au cours du recrutement, il a été remarqué que certaines femmes relatent au cours de leur jeunesse un épisode de perte de poids remplissant tous les critères DSM-5 de l'anorexie mentale, mais n'ayant jamais été diagnostiqué et pris en charge comme tel. Cet épisode aigu, isolé, bref, de résolution spontanée, et n'ayant pas nécessité de soins médicaux (car de sévérité probablement légère), n'est pas vécu par ces femmes comme s'inscrivant dans un trouble du comportement alimentaire. Par conséquent, il est probable que ces patientes, ne se souvenant pas de cette période de vie comme une période pathologique, n'aient pas pu être repérées de manière exhaustive par l'équipe investigatrice et n'aient donc pas été incluses dans notre étude.

Nous identifions ensuite le biais de participation. En effet, le taux de refus de participation parmi les patientes éligibles à cette étude s'élève à 35,71%, ce qui apparaît comme important. Les 5 femmes ayant refusé de participer à l'étude apparaissent avec un IMC plus faible que les patientes ayant donné leur consentement. La médiane de l'IMC des patientes ayant refusé de participer est de 17,72 (15,7-18,36), alors que la médiane de l'IMC des patientes incluses est de 18,22 (16,16-20,9). Les patientes ayant refusé de participer à l'étude semblent donc avoir un IMC plus faible que celles ayant donné leur accord. L'investigateur a pu relever au cours de l'entretien

d'évaluation un déni massif de la problématique alimentaire, chez ces femmes refusant toute prise en charge et toute aide médicale. Les patientes refusant de participer sont probablement plus sévèrement atteintes que les patientes ayant donné leur accord, car avec un IMC plus faible et un déni important des troubles. Ces éléments mettent donc en évidence un biais dans le recrutement : les patientes incluses présentent possiblement une forme légère d'anorexie mentale, alors que les patientes non incluses, car opposantes, une forme plus sévère. Les formes les plus graves d'anorexie mentale sont vraisemblablement sous-représentées dans ce travail.

Enfin, le biais d'attrition émerge comme marquant dans cette étude. Malgré les différents rappels par mail et par téléphone, le taux de perdues de vue, entre les évaluations à J0 et celles à J15, s'élève à 44,4%, bien au-dessus du taux de 20% qui avait été estimé en amont de l'étude. Ce taux élevé de sortie de l'étude pourrait être en lien avec la dégradation de l'état psychique des jeunes mères, et une recrudescence symptomatologique sur le plan alimentaire. En effet, d'un point de vue qualitatif, l'équipe investigatrice a remarqué qu'elle était bien accueillie par les jeunes mères au cours de leur séjour en suites de couches. Ces jeunes femmes s'ouvraient de manière spontanée et volontaire sur leurs préoccupations alimentaires et corporelles. En post-natal immédiat, les patientes souffrant d'anorexie mentale étaient en demande de prise en charge lorsqu'elles se sentaient en difficulté sur le plan alimentaire ou thymique. En revanche, lors de l'appel téléphonique de l'investigateur aux patientes dans le cadre de l'évaluation à J15 (en cas de non-réponse à l'évaluation malgré les rappels par mails, ou en cas d'alerte), le discours des patientes s'avérait beaucoup plus fermé. Les patientes se montraient réticentes à évoquer leurs difficultés et à rentrer dans un parcours de

soins. La non prise en compte de ces perdues de vue au sein de notre étude pourrait ainsi biaiser les résultats en omettant les patientes dont le post-partum donnerait lieu à une évolution clinique défavorable.

3.4.2.3. *POINTS FORTS DE L'ETUDE*

Plusieurs atouts de notre étude méritent d'être soulignés.

Tout d'abord, le recrutement des patientes en suites de couches est effectué par un médecin psychiatre, avec une expérience clinique et une formation universitaire dans le domaine des troubles du comportement alimentaire, garantissant un recrutement fiable.

En deuxième point, les critères d'inclusion retenus pour cette étude sont très stricts, assurant la présence effective d'une anorexie mentale avérée, active ou passée, pour chacune des patientes incluses. Au prix d'une cinétique d'inclusion lente, ces critères sauvegardent un recrutement précis et de bonne qualité, évitant ainsi un bruit de fond indésirable.

En outre, l'utilisation du dossier informatisé de la maternité a permis de repérer l'intégralité des patientes ayant un IMC de début de grossesse $< 18,5$ kg/m²; cet indice figurant automatiquement dans le dossier de chaque patiente, grâce aux données staturo-pondérales notées quasi-systématiquement par les professionnels de santé.

De plus, se basant sur des auto-questionnaires de référence, validés dans la littérature et utilisés quotidiennement en pratique clinique, cette étude peut se targuer d'explorer dans son ensemble les perceptions corporelles de la mère et son comportement alimentaire. Quant aux perceptions corporelles vis-à-vis du corps du bébé, le questionnaire Bodybabe, a été rédigé en adaptant les questionnaires existants et validés dans la littérature. La forme de ce

questionnaire a été retravaillée en préalable à cette étude, grâce à un questionnaire d'acceptabilité qui a été complété par quatre femmes remplissant les critères d'éligibilité. Ceci afin de mesurer la compréhension et la pertinence des questions, la gêne ressentie vis-à-vis de certaines questions, le temps de remplissage du questionnaire, etc. Ce questionnaire d'acceptabilité a ainsi permis d'améliorer et d'entériner le questionnaire Bodybabe en tenant compte des éléments apportés par les patientes concernées.

3.4.3. DISCUSSION DES RESULTATS

3.4.3.1. *COHERENCE DES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE AVEC LA LITTERATURE*

Pour chaque catégorie de caractéristiques, les résultats de notre échantillon ont été tout d'abord confrontés aux données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016(191) afin d'identifier les éléments marquants qui caractérisent notre échantillon par rapport à la population générale.

Puis les analyses de notre échantillon ont été comparées avec celles des populations des différentes études de cohorte de femmes enceintes anorexiques dans la littérature, afin de dégager les similarités et les différences de notre analyse par rapport aux autres articles de la littérature étudiant cette même classe de population.

✓ **Caractéristiques socio-démographiques**

- *Comparaison avec les données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016*

L'âge médian de notre échantillon révèle une population de femmes plus jeunes qu'en population générale. Les patientes de notre étude sont également plus souvent célibataires par rapport aux autres, et bien moins actives sur le plan professionnel avec un taux de chômage plus important. En revanche, le niveau d'études et l'origine géographique sont sensiblement similaires aux autres accouchées.

Concernant la consommation de toxiques, notre échantillon de patientes présente un tabagisme actif 2 à 3 fois plus fréquent que la population générale des accouchées.

La présence fréquente d'une pathologie antérieure à la grossesse met en évidence une moins bonne santé physique avant la grossesse par rapport aux autres jeunes femmes.

Deux fois plus nullipares par rapport aux autres accouchées, ces jeunes femmes semblent ainsi avoir moins d'enfants que la population générale.

En synthèse, l'analyse de cet échantillon de patientes met en évidence des mères, avec un IMC faible, plus jeunes, sans enfant, plus souvent célibataires et au chômage, et présentant plus fréquemment un tabagisme actif et une pathologie antérieure. Ces données mettent ainsi en avant une population précaire et vulnérable, tant sur le plan social que sur le plan somatique. Le lien entre précarité sociale et troubles alimentaires a déjà été étudié dans la littérature. Les difficultés sociales semblent être un facteur de maintien du trouble alimentaire, qui de son côté affecte de manière négative les relations

sociales. Dans certains cas, ces difficultés sociales précèdent l'installation du trouble et pourraient jouer un rôle dans le développement de la maladie(196).

○ *Comparaison avec les études de cohorte de femmes enceintes anorexiques dans la littérature*

Sur le plan des caractéristiques socio-démographiques, de nombreuses similarités sont retrouvées entre la population de notre étude et la population des différentes études de cohorte de femmes enceintes anorexiques dans la littérature(49,134,166,193,197–200). Il s'agit de femmes âgées d'environ 30 ans, d'origine caucasienne, avec tout type de niveau d'études, le plus souvent en couple, et majoritairement nullipares.

Certaines différences méritent cependant d'être relevées.

Une grande partie de la population de notre étude présente un tabagisme actif avant la grossesse, alors que Micali et al.(134,193) évaluent la proportion de fumeuses au sein des jeunes mères anorexiques à 25%. Dans la même lignée, aucune consommation d'alcool n'est retrouvée dans la population de notre étude, alors que les consommateurs d'alcool sont mesurés entre 12 et 55% par Micali et al(134,193). Les données de cette étude en termes de consommation de toxiques sont néanmoins à manier avec précaution du fait de l'importance des données manquantes (50%) et de la sous-déclaration.

Une des différences notables à souligner entre la littérature et notre analyse est l'IMC de début de grossesse. La médiane de l'IMC de début de grossesse de notre recherche se situe à 18,22 (16,16-20,9). Or, au sein de la littérature internationale, les différentes études de cohorte de femmes enceintes ayant une anorexie mentale « vie entière » (actuelle ou passée), notent un IMC pré-conceptionnel se situant en moyenne entre 21 et 22 kg/m²(134,165,192,193).

Ce contraste semble être en lien avec la répartition des jeunes femmes anorexiques incluses au cours de cette étude, selon que le trouble alimentaire soit actuel ou passé: 44,44% d'anorexie mentale actuelle contre 55,56% d'anorexie mentale passée. Micali et al.(165) constatent une répartition bien différente au sein de leur cohorte de 1416 femmes enceintes anorexiques : 12,3% d'anorexie mentale actuelle contre 87,7% d'anorexie mentale passée. Les patientes avec une anorexie mentale passée, ayant pour la majorité un IMC > 18,5 kg/m² suite à une normalisation pondérale, sont ainsi largement sous-représentées dans notre travail. Comme évoqué dans le paragraphe 3.4.2.1, le sous-effectif de patientes avec une anorexie mentale passée est dû au non-renseignement dans les dossiers d'éventuels antécédents de troubles alimentaires, du fait d'un manque d'identification des troubles alimentaires des femmes enceintes par les professionnels de la maïeutique.

✓ **Caractéristiques de la grossesse en cours**

- *Comparaison avec les données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016*

En comparant les données recueillies au cours de notre analyse (cf. Tableau IV) à celles de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016, on remarque que les patientes de notre échantillon souffrent globalement peu de complications notables au cours de la grossesse par rapport aux autres accouchées, et présentent moins d'HTA ou de diabète gestationnel. Les hospitalisations au cours de la grossesse chez ces femmes anorexiques sont également moins fréquentes que dans la population générale (191).

Présentant moins de complications et d'hospitalisations au cours de la grossesse, ces jeunes femmes semblent ainsi échapper au parcours de soins

proposé dans le cadre de la maternité, et elles sont beaucoup moins suivies que les autres. En effet, en population générale, les femmes bénéficient en moyenne de 10 ($\pm 3,8$) consultations. Cette insuffisance de suivi au cours de la grossesse est à mettre en lien avec leur statut précaire.

Concernant la prise de poids, notre analyse retrouve une prise de poids légèrement supérieure à la moyenne de celle de la population référente ($12,8 \pm 5,8$)(191).

L'âge gestationnel dans notre étude est similaire à celui retrouvé en population générale.

Quant aux modalités d'accouchement, les accouchements par voie basse apparaissent beaucoup plus nombreux dans notre échantillon, par rapport aux autres femmes (67,4%).

En résumé, la grossesse des mères atteintes d'anorexie mentale au sein de notre étude présente moins de complications (HTA, diabète gestationnel), avec une prise de poids correcte, et conduit à une moindre nécessité d'hospitalisations. L'accouchement par voie basse non instrumentale est plus fréquent, à un âge gestationnel médian sans particularité. Cette grossesse est néanmoins beaucoup moins suivie avec un nombre insuffisant de consultations prénatales.

Ce suivi de grossesse déficient est à mettre en lien avec le contexte de précarité de ces mères, mis en évidence précédemment. En effet, la littérature relève que les femmes enceintes en situation de précarité présentent fréquemment des suivis médicaux de grossesse tardifs ou irréguliers. Dans notre population, cette situation serait à imputer aux difficultés d'ordre psychosocial, aux problèmes liés à l'exclusion ou à l'isolement social, à des pratiques addictives et/ou à des troubles psychologiques du comportement qui

les éloignent des maternités et sont responsables du mauvais suivi de la grossesse(201).

○ *Comparaison avec les études de cohorte de femmes enceintes anorexiques dans la littérature*

De nombreuses similitudes sont également retrouvées entre la population de notre analyse et les populations de femmes enceintes anorexiques issues des études de cohorte internationales(131,193,197) : terme à l'accouchement à 39SA, une très faible prévalence de diabète gestationnel et d'HTA, une part d'accouchement par césarienne aux alentours de 10%, et une proportion de 15 à 20% de diverses pathologies survenant au cours de la grossesse.

Certains résultats diffèrent cependant par rapport aux études de référence.

La proportion d'hospitalisation au cours de la grossesse (11,11%) se montre bien plus importante que celle retrouvée (1,5%) chez Micali et al.(193). Compte-tenu de la cohérence du taux de pathologies survenant au cours de la grossesse (variable qui constitue un facteur de risque majeur d'hospitalisation au cours de la grossesse), l'explication la plus plausible à cette discordance est la petite taille de notre échantillon. En effet, seule 1 patiente sur les 9 patientes incluses a été hospitalisée, conduisant à une fréquence de 11,11%.

Par ailleurs, la médiane de la prise de poids totale au cours de la grossesse est supérieure à la prise de poids de 12kg identifiée par Raevuori et al.(197) et à celle de 10,4kg estimée par Kouba et al(128).

De plus, aucune patiente de notre analyse n'a eu recours à l'AMP dans le cadre de sa grossesse, ce qui apparaît contradictoire avec les différentes études(83,84) qui suggèrent un recours plus fréquent à l'AMP chez les patientes souffrant d'une anorexie mentale (cf. paragraphe 2.2.3.2).

Ces deux dernières données, en inadéquation avec la littérature, pourraient être en rapport avec le biais de participation, rapporté au paragraphe 3.4.2.2, qui mettait en évidence une possible sous-représentation des formes graves d'anorexie mentale, en lien avec un taux de refus de participation important. Or, cette sous-population à forme grave d'anorexie mentale est la plus à même d'avoir recours à l'AMP pour obtenir une grossesse, de prendre plus difficilement du poids au cours de la grossesse, et de souffrir de comorbidités psychiatriques.

✓ **Caractéristiques des enfants nés**

- *Comparaison avec les données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016*

La prématurité émerge comme légèrement plus importante chez les enfants des femmes incluses dans ce travail par rapport aux autres enfants (7,5%).

Le poids de naissance des enfants est largement inférieur à la moyenne des poids de naissance des nouveau-nés en population générale (3246,6g ± 556,8). Le pourcentage d'enfants pesant moins de 2500g à la naissance est 1,5 fois plus important que pour les autres enfants. De la même façon, les RCIU sont 2 fois plus fréquents dans notre échantillon.

Ces bébés de faible poids présentent également plus fréquemment une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine, avec une fréquence 20 fois plus importante d'Apgar à 5min < 7, et un recours à des gestes de réanimation en salle de naissance trois fois plus important par rapport aux autres bébés.

Sur le plan de l'alimentation du nouveau-né, l'utilisation de l'allaitement maternel exclusif apparaît bien plus importante dans notre

population de femmes anorexiques par rapport à la population générale (52,2%)(191).

Ces éléments font ainsi ressortir une prévalence bien plus importante de bébés présentant un retard de croissance ou une hypotrophie, au sein de notre population d'enfants de mères anorexiques.

Pour conclure, les enfants des mères anorexiques de notre étude sont des nouveau-nés plus souvent allaités par leur mère, et caractérisés par une prématurité, une hypotrophie et/ou un retard de croissance intra-utérin plus fréquents. Ceci expliquant une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine avec un score d'Apgar à 5min plus bas, et un recours plus fréquent à des gestes de réanimation en salle de naissance. Toutes ces particularités, retrouvées aussi dans la population des femmes en situation de précarité(201), constituent un argument supplémentaire à l'état de vulnérabilité de la dyade mère-bébé.

○ *Comparaison avec les études de cohorte de femmes enceintes anorexiques dans la littérature*

En comparant les différentes variables relatives aux nouveau-nés des jeunes mères anorexiques de notre travail à celles issues de la littérature, nous avons pu apercevoir que les nouveau-nés de notre étude semblent en moins bonne santé physique.

La médiane du poids de naissance des enfants de notre échantillon se révèle bien inférieure à la moyenne du poids de naissance dans les autres études : 3113g chez Micali et al.(141) et 3298g chez Sollid et al.(138).

De la même façon, la proportion de naissances prématurées, calculée au cours de cette recherche, est supérieure à celle retrouvée dans la littérature, se situant entre 6 et 10% (53,131).

La médiane des scores d'Apgar à 5min est cohérente avec celle retrouvée par Franko et al(202). Par contre, on relève une plus forte proportion de faible Apgar à 5min par rapport à celle retrouvée dans la littérature (7% chez Linna et al.(203)), expliquant le fort pourcentage de réanimation périnatale dans notre analyse.

De la même manière, le RCIU dans notre étude semble plus fréquent que dans la littérature, où il se situe entre 5%(203) et 15%(141).

Ces variables, se rapportant aux nouveau-nés, dépeignent un tableau bien plus sombre au sujet de leur état de santé à la naissance, par rapport à ceux de la littérature. Deux hypothèses peuvent être considérées. Tout d'abord celle de l'échantillon de faible taille de notre étude, qui pourrait biaiser les résultats. Par ailleurs, il est aussi possible que ces résultats pessimistes soient liés à la sous-représentation massive des patientes avec un IMC $> 18,5\text{kg/m}^2$ et une anorexie mentale passée, puisque leurs bébés semblent en meilleure santé somatique. En effet, Micali et al.(141) mettent en évidence des poids de naissance plus élevés et des RICU moins fréquents chez les femmes ayant une anorexie mentale passée par rapport à celles ayant une anorexie mentale actuelle. Naeye et al.(204) vont dans le même sens en retrouvant une moindre mortalité péri-natale et un moindre taux de complications péri-natales chez les bébés de mères avec des IMC plus élevés.

Pour terminer, l'allaitement maternel exclusif est largement utilisé par les femmes de notre analyse. Cette variable est très hétérogène au sein de l'état de l'art, il est donc difficile de la comparer aux autres études, dont les résultats sont souvent contradictoires.

3.4.3.2. *PERCEPTIONS CORPORELLES DE LA MERE SUR SON PROPRE CORPS A J0*

Le BSQ et l'échelle de silhouettes FRS sont les deux échelles nous permettant de mesurer les perceptions que la mère a sur son propre corps.

A J0, la médiane du BSQ au sein de notre population de femmes anorexiques est faible, témoignant d'une absence d'insatisfaction corporelle. La majorité des femmes présente un score ≤ 80 , se rangeant dans la catégorie d' « absence d'insatisfaction corporelle ».

Ces résultats obtenus au BSQ sont cohérents avec ceux obtenus à l'échelle de silhouette FRS qui montrent également une absence d'insatisfaction corporelle au global. Cependant, malgré cette médiane neutre, presque la moitié des femmes possède un score > 0 , mettant en évidence la présence d'une insatisfaction corporelle avec désir d'être plus mince. De plus, il ressort que ces femmes manifestent des distorsions corporelles, les faisant se percevoir plus corpulentes que leur IMC effectif.

Comme évoqué dans le paragraphe 2.3.3., cette absence d'insatisfaction corporelle juste après l'accouchement, dans notre population de femmes anorexiques, pourrait être en lien avec une meilleure acceptation de la prise de poids au cours de la grossesse. En effet, au cours de la grossesse, le corps des femmes semble exonéré des contraintes sociales, et la prise de poids est perçue comme « excusable » car nécessaire au bon développement du bébé(94). Les stratégies de contrôle de poids et les préoccupations concernant la prise de poids et l'image corporelle, apparaissent moins actives au cours de la grossesse.

Encore une fois, il convient de ne pas omettre le sous-effectif de femmes anorexiques avec des faibles IMC, afin de relativiser ces résultats qui apparaissent plutôt favorables.

3.4.3.3. *PERCEPTIONS CORPORELLES DE LA MERE SUR LE CORPS DE SON BEBE A J0*

Les perceptions corporelles de la mère, vis-à-vis du corps de son nouveau-né, sont mesurées par le Bodybabe, auto-questionnaire créé à partir de questionnaires validés dans la littérature et adaptés au bébé, et par l'échelle de silhouettes IBFD.

Les résultats de notre analyse concernant l'IBFD, montrent une absence d'insatisfaction corporelle de la mère vis-à-vis de son bébé, et notamment l'absence de désir de la maman que son bébé soit plus mince. Souvent mères de bébés de faible poids, ces patientes manifestent, pour plus de la moitié d'entre elles, le désir que leur bébé soit plus fort. Compte tenu des petits poids de naissance de leurs enfants, la perception du corps du bébé par les jeunes mères anorexiques semble plutôt adaptée. En d'autres termes, le corps de ces bébés de faible poids semble perçu de manière adéquate par la mère.

En s'intéressant au questionnaire Bodybabe, il apparaît que l'ensemble des femmes ne présente pas d'insatisfaction corporelle vis-à-vis du corps de leur enfant, montrant la congruence de notre questionnaire avec l'échelle de silhouettes IBFD.

Cette conclusion coïncide avec les quelques études qui ont été menées sur le sujet. En effet, Evans et Le Grange (1995)(168), auteurs de l'échelle de silhouettes IBFD utilisée pour notre étude, ont conclu que la perception de la mère sur le corps de son enfant n'était pas différente entre le groupe de mères TCA et le groupe de mères témoins. De plus, Park et al. (2003)(163) ainsi que Waugh et Bulik (1999)(78) soutiennent que les mères anorexiques ne préféreraient pas des nourrissons plus minces et percevraient assez adéquatement le corps de leur bébé de 1 an.

Cette étude, malgré ses limites et ses biais, fait ainsi ressortir qu'en post-partum immédiat, les jeunes femmes anorexiques, ne présentent pas d'insatisfaction corporelle sur le corps de leur bébé. En revanche, ces jeunes mères manifestent des distorsions corporelles vis-à-vis de leur propre corps avec, pour près de la moitié d'entre elles, un désir d'être plus mince.

3.4.3.4. *COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES MATERNELS A J0*

L'EAT, explorant les comportements alimentaires de la mère, se manifeste par un score particulièrement bas en post-partum immédiat, signifiant une absence de troubles alimentaires, ce qui semble surprenant dans notre population de jeunes femmes anorexiques.

Cette donnée peut être justifiée par plusieurs éléments. Tout d'abord, comme mis en avant dans le paragraphe 2.3.6, de nombreux auteurs(49,80,97) ont noté pendant la grossesse une amélioration de la symptomatologie alimentaire, avec une diminution de la restriction volontaire, et des préoccupations alimentaires amoindries. Ce répit peut même aller vers une rémission chez 29 à 78% des patientes, comme le soulignent Kimmer et al.(126).

Les résultats « anormalement normaux » obtenus par l'EAT dans notre étude pourraient témoigner de cette période gravidique d'accalmie des difficultés alimentaires.

Néanmoins, la faible représentation des formes graves d'anorexie mentale active dans notre analyse ne doit pas être négligée. Effectivement, même si une amélioration symptomatologique est constatée au cours de la grossesse dans la plupart des cas, une aggravation de l'anorexie mentale peut aussi survenir, a fortiori dans le cas où le TCA est actif au début de la

grossesse(49). Il est ainsi probable que le score de l'EAT à J0 revient rassurant car notre travail n'a pas pris en compte les anorexies mentales sévères, à risque majeur de décompensation.

3.4.3.5. *RISQUE DE DEPRESSION POST-NATALE A J15*

La médiane de l'EPDS, score estimant la probabilité de dépression du post-partum, met en avant un risque faible de dépression du post-partum. En revanche, un risque élevé de dépression du post-partum à J15 est retrouvé chez 40% des patientes. Comme évoqué au paragraphe 2.5.2, ce score est compatible avec la prévalence de 34,7% de dépression post-natale chez les femmes atteintes de TCA, mesurée par Franko et al. (2001)(155,156).

En conclusion, ces premières évaluations par questionnaires et échelles de silhouettes ont mis en avant que les jeunes mères anorexiques ne présentent pas d'insatisfaction corporelle sur le corps de leur bébé. En revanche, elles manifestent une insatisfaction corporelle sur leur propre corps, avec désir d'être plus mince, pour près de la moitié d'entre elles. Alors qu'elles affichent des distorsions corporelles sur leur propre corps, elles semblent en revanche avoir une perception plutôt adéquate du corps de leur bébé, de faible poids, avec un désir que ce dernier soit plus fort pour près de la moitié d'entre elles. Les perceptions corporelles sur leur propre corps et sur le corps de leur bébé ne diffèrent pas entre J0 et J15. A J15, ces femmes présentent un risque élevé de dépression post-natale pour près de la moitié d'entre elles.

3.4.4. PERSPECTIVES

3.4.4.1. *PERSPECTIVES DE L'ETUDE*

✓ **Poursuite de l'étude et résultats à M9**

Ce travail de thèse n'est qu'une analyse préliminaire de l'étude BodyBabe, qui est amenée à se poursuivre. La prolongation de cette étude permettra d'apporter dans un premier temps de nouveaux éléments afin de valider le questionnaire Bodybabe. Puis, nous disposerons également de données plus complètes, pour évaluer le lien entre les perceptions corporelles de la mère sur son propre corps et sur celui de son bébé. Notamment au 9^e mois (M9), où la littérature décrit à la fois une recrudescence symptomatique chez la mère et des difficultés alimentaires chez l'enfant.

En effet, comme développés précédemment, les premiers résultats de cette étude montrent une absence d'insatisfaction corporelle de la mère sur le corps de son bébé nouveau-né à J0 et J15 du post-partum. Cependant, les premières difficultés alimentaires chez les enfants de mères anorexiques sont décrites entre 1 et 6 mois de vie(143), suggérant la présence probable de préoccupations corporelles de la mère sur le corps de son enfant, et invitant à d'autres évaluations ultérieures dans le post-partum.

✓ **Augmentation du recrutement**

Au cours des 6 premiers mois de recrutement, 9 patientes ont été incluses dans cette étude. Afin d'augmenter la cinétique d'inclusion et ainsi réduire la durée de l'étude, plusieurs pistes pourraient être envisagées.

Tout d'abord, afin de permettre un recrutement plus exhaustif, il serait nécessaire que les praticiens de la maternité (sages-femmes et gynécologues-obstétriciens) explorent de manière systématique la présence de troubles alimentaires chez toutes les femmes enceintes et les renseignent automatiquement dans leur dossier informatisé. Les femmes souffrant d'anorexie mentale avec un IMC $> 18,5 \text{ kg/m}^2$ (anorexie mentale en rémission partielle ou anorexie mentale passée) seraient ainsi mieux repérées, ce qui augmenterait les possibilités de les inclure. Par la même occasion, le recrutement plus exhaustif de cette sous-population permettrait de pallier leur sous-effectif au sein de notre étude et d'obtenir ainsi un échantillon plus représentatif de la population de jeunes femmes anorexiques enceintes.

En outre, en augmentant les moyens humains de l'équipe investigatrice, une évaluation systématique par un entretien des patientes ayant un IMC normal (compris entre 18,5 et 25 kg/m^2), pourrait être mise en place. Cet entretien permettrait de détecter d'éventuelles problématiques alimentaires, actuelles ou passées, dans cette population.

En troisième lieu, un recrutement multicentrique, en sollicitant d'autres maternités de la région Auvergne-Rhône-Alpes, augmenterait sensiblement la capacité et la vitesse de recrutement de cette étude.

En accélérant le recrutement, ces différentes mesures permettraient d'obtenir une puissance satisfaisante et ainsi d'accéder à des résultats significatifs.

3.4.4.2. *PROPOSITIONS DE PRISE EN CHARGE*

Cette étude a permis, entre autres, de mettre en évidence que les femmes enceintes atteintes d'anorexie mentale étaient peu repérées pendant la

période périnatale. Le sujet des difficultés alimentaires et des préoccupations corporelles ne semble pas suffisamment abordé durant le suivi prénatal, au vu des risques psychiques et somatiques que les TCA engendrent chez la dyade mère-enfant. Ce constat a déjà été mis en avant par C. Chevallier(205) dans son travail mesurant la prévalence des TCA chez les femmes enceintes au sein de la maternité de Clermont-Ferrand.

La maternité est une période de vie particulièrement médicalisée, du fait des consultations de grossesse effectuées par la sage-femme ou le gynécologue-obstétricien. La grossesse apparaît donc comme un temps privilégié du dépistage des TCA (et notamment de l'anorexie mentale), et d'orientation vers un parcours de soins spécialisé.

Tout d'abord, dans le cadre de l'anamnèse, il serait pertinent de questionner la patiente de manière systématique sur ses antécédents en matière de troubles alimentaires, ce qui permettrait dans un premier temps d'identifier les patientes ayant déjà un diagnostic de trouble alimentaire, actuel ou passé. Une orientation vers un parcours de soins adapté pourrait alors être proposée à ces patientes, sujettes à des difficultés alimentaires : consultations diététiques ou nutritionnelles, associées à des consultations psychiatriques et/ou psychologiques.

Par la suite, pour toutes les autres patientes sans diagnostic connu de TCA, un dépistage d'une probable problématique alimentaire semblerait approprié. Le dépistage des TCA pourrait être effectué par exemple au moyen du questionnaire SCOFF, développé par Morgan et al.(206) en 1999. Rapide et facile d'utilisation, ce questionnaire composé de 5 questions, a été validé dans la littérature internationale. Validé en France sous l'appellation SCOFF-F (cf. Annexe 6) par Garcia et al. en 2011(207), cet outil a une sensibilité de 95% et

une spécificité de 94% pour détecter une anorexie mentale, ce qui en fait un bon test de dépistage. Une réponse positive à 2 des 5 questions qui composent ce questionnaire indique un risque de TCA (anorexie ou boulimie).

Si le résultat du score est en faveur d'un risque de TCA, la sage-femme ou le gynécologue-obstétricien adresserait la future mère vers un psychiatre de liaison, qui évaluerait plus précisément les difficultés alimentaires et aiguillerait si nécessaire la patiente vers une prise en charge spécialisée (prise en charge psychiatrique, diététique ou nutritionnelle, psychologique).

Après la naissance, un soutien à la maternalité semble indispensable pour ces femmes, du fait des possibles difficultés d'interaction mère-enfant, notamment dans le domaine de l'alimentation. Un lien avec les puéricultrices et la Protection Maternelle et Infantile (PMI) s'imposerait, afin de garantir à la jeune femme un étayage ayant pour but de l'accompagner dans son rôle de mère.

CONCLUSION

L'intérêt de la communauté médicale internationale pour les troubles alimentaires au cours de la période périnatale est récent. L'état de l'art évalue la prévalence de l'anorexie mentale chez les femmes enceintes entre 1 et 5%, selon les études récentes.

Sur le plan gynécologique et obstétrical, l'anorexie mentale maternelle est associée à un recours plus fréquent à la PMA ainsi qu'à une morbidité obstétricale plus importante en termes de prématurité, de RCIU et d'hypotrophie à la naissance.

Sur le plan psychiatrique, malgré une insatisfaction corporelle qui augmente au cours de la grossesse (en lien avec les transformations corporelles gravidiques et un état de vulnérabilité psychique), la grossesse aurait plutôt un effet bénéfique sur les symptômes alimentaires. En revanche, c'est au moment du post-partum que le risque de rechute du trouble alimentaire est le plus important, avec une résurgence des préoccupations alimentaires et une majoration du risque de dépression postnatale, liées à une insatisfaction corporelle majeure. Dans ce contexte-là, des difficultés alimentaires ont été notées chez les enfants de ces jeunes mères anorexiques.

De nombreuses études se sont intéressées à la perception que les femmes anorexiques ont de leur propre corps au cours de la grossesse et du post-partum, mais peu ont étudié la perception que les femmes ont du corps de leur enfant, et leur lien.

Dans le cadre de cette thèse, nous avons mené une étude observationnelle au sein de la maternité de type III de Clermont-Ferrand entre le 15/01/2020 et

le 13/03/2020 puis entre le 14/05/2020 et le 15/09/2020. Cette étude avait pour but de valider un questionnaire de mesure de satisfaction corporelle des enfants par des mères souffrant d'anorexie mentale (questionnaire Bodybabe), ainsi que d'étudier le lien entre perceptions corporelles de la mère sur son propre corps et perceptions corporelles de la mère sur le corps de son bébé nouveau-né. Cette étude consistait à évaluer les perceptions corporelles de jeunes mères anorexiques au moyen d'auto-questionnaires (BSQ, questionnaire Bodybabe) et d'échelles de silhouettes (FRS, IBFD), avec un suivi longitudinal (à J0, J15, et M9). Les patientes avec un IMC $< 18,5\text{kg/m}^2$ ou un antécédent d'anorexie mentale étaient repérées par les professionnels de suites de couches, puis adressées à l'investigateur qui vérifiait, après évaluation, la présence des critères DSM-5 de l'anorexie mentale et procédait – ou non – à l'inclusion.

Ce travail de thèse est une étude préliminaire permettant la description et la présentation des premiers résultats concernant l'objectif principal. Au sujet du questionnaire Bodybabe, le test-retest réalisé entre J0 et J15 montre une stabilité des réponses, en faveur de la reproductibilité du questionnaire. Ceci reste à confirmer sur un échantillon plus important.

L'analyse de cet échantillon (n=9) met en évidence des mères en situation de précarité, avec une vulnérabilité somatique et sociale. Leur grossesse se caractérise par moins de complications (HTA, diabète gestationnel) mais un suivi périnatal insuffisant. Les nouveau-nés présentent une fragilité somatique (prématurité, hypotrophie et RCIU plus fréquents), associée à une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine.

Les évaluations montrent que les mères anorexiques ne présentent pas d'insatisfaction corporelle sur le corps de leur bébé. Par contre, ces jeunes mères manifestent des distorsions corporelles sur leur propre corps et, pour

près de la moitié d'entre elles, un désir d'être plus mince. Ces patientes sembleraient avoir une vision plutôt adéquate de leur bébé, souvent de petit poids. Les perceptions corporelles, sur leur propre corps et sur le corps de leur bébé, ne diffèrent pas entre J0 et J15. A J15, ces femmes présentent un risque élevé de dépression post-natale pour près de la moitié d'entre elles. Cette étude est amenée à se poursuivre afin d'obtenir des évaluations plus complètes de leurs perceptions corporelles, notamment à M9, qui apparaît comme une période de recrudescence de la symptomatologie maternelle, associée à des difficultés alimentaires chez l'enfant.

Cette étude, de par son manque de puissance, a mis en lumière une identification insuffisante de l'anorexie mentale chez les femmes enceintes par les professionnels de la maïeutique. Au vu de la situation de précarité, des risques psychiques et somatiques chez la mère et le nouveau-né, un repérage des femmes enceintes avec une anorexie mentale serait indispensable afin d'organiser une prise en charge spécialisée et multidisciplinaire.

Cette étude apparaît ainsi comme un argument supplémentaire à une meilleure identification des TCA, et notamment de l'anorexie mentale, au cours de la période périnatale. En effet, en cas d'anorexie mentale maternelle, les risques encourus sur le plan somatique et psychique par la mère et son bébé au cours de la grossesse et du post-partum, soulèvent de lourds enjeux en termes de soins. Actuellement, aucune prise en charge spécialisée pour ces femmes vulnérables n'est organisée au sein de la maternité. Or, une surveillance particulière, pluridisciplinaire, des femmes enceintes avec des antécédents d'anorexie mentale ou une anorexie mentale symptomatique, est déjà préconisée depuis 2010 par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans leurs recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge de l'anorexie

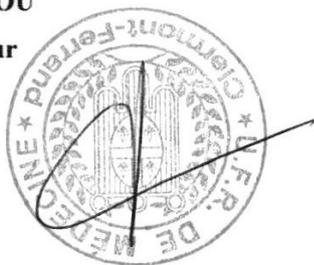
mentale(1). Un suivi obstétrical et psychologique adapté, pendant la grossesse et le post-partum, y est notamment préconisé avec, si nécessaire, l'intervention d'un psychiatre spécialisé en périnatalité.

Une formation des professionnels de la maternité semble essentielle, afin que les troubles alimentaires soient mieux repérés et abordés en consultation avec moins d'appréhension. Les antécédents de TCA devraient être systématiquement questionnés et renseignés dans le dossier maternité des patientes, afin d'identifier celles ayant déjà un diagnostic d'anorexie mentale, actuel ou passé. Pour toutes les autres patientes, un dépistage systématique de masse pourrait être effectué, au moyen du questionnaire de SCOFF-F par exemple (cf. Annexe 6), afin de repérer les patientes à risque. Les jeunes femmes ayant un diagnostic connu de TCA, ou étiquetées à risque, pourraient alors être adressées vers un psychiatre périnatal de liaison pour une évaluation plus complète, et éventuellement orientées vers une prise en charge plus spécialisée si nécessaire. Ce suivi spécifique devrait être multidisciplinaire et coordonné, comprenant une prise en charge gynécologique (risque de complications obstétricales), psychiatrique (période de vulnérabilité psychique), pédiatrique (risque d'hypotrophie du bébé), nutritionnelle (risque de carences vitaminiques) et diététique (informations sur les besoins alimentaires au cours de la grossesse).

Par la suite, ce suivi pluridisciplinaire paraît impératif à maintenir et enrichir au moment du post-partum, du fait de toutes les difficultés que rencontrent ces jeunes mères dans leur accession à la maternité, et du fait de la vulnérabilité somatique de leur enfant. Un suivi psychiatrique (surveillance du trouble anorexique), pédiatrique (surveillance du développement staturo-pondéral et psychomoteur du nouveau-né) et nutritionnel/diététique (besoins

alimentaires de l'enfant et de la mère) serait le plus adéquat afin que la dyade mère-enfant puisse se développer au mieux. Un accompagnement par des puéricultrices et l'intervention de la Protection Maternelle et Infantile seraient également adaptés, afin que la jeune mère soit accompagnée de manière étayante dans sa parentalité, et que les interactions mère-enfant soient de bonne qualité.

Pierre CLAVELOU
Doyen – Directeur



Pr Pierre-Michel LLORCA
Président du Jury de thèse

A handwritten signature in black ink, corresponding to the name Pierre-Michel Llorca.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations de bonnes pratiques. Anorexie mentale: prise en charge. Argumentaire. 2010 juin.
2. Jacques Maître. Le corps féminin dans la mystique affective catholique. 2002;
3. Maître J. Sainte Catherine de sienne : patronne des anorexiques ? *Clio Femmes Genre Hist.* 1 nov 1995;(2).
4. Avicenne. Canon de la médecine. 1025.
5. Richard Morton. Phtisiologie : ou un traité des consommptions. 1689.
6. Louis-Victor Marcé. Note sur une forme de délire hypocondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments. Séance de la Société Médico-Psychologique du 31 octobre 1859. Paris; 1860. pp. 15-28. (*Annales médico-psychologiques*; vol. Tome 6).
7. William Withey Gull. Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica). In: *Transactions of the Clinical Society of London.* 1868.
8. De l'anorexie hystérique. In: *Archives générales de médecine.* Paris; 1873. p. 386-403. (VIe série; vol. 1).
9. S. Freud, J. Breuer. *Etudes sur l'hystérie.* PUF. 1895.
10. Rahmet Radjack, Gabriela Guzman, Nora Bouaziz, Anne Revah, Marie-Rose Moro, Corinne Blanchet-Collet. Approche historique et culturelle des troubles des conduites alimentaires. In: *Psychopathologie transculturelle.* 2ième édition. Elsevier Masson; 2013. p. 221-32.
11. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Vol. 2. Dixième révision (CIM-10). Genève: Organisation mondiale de la Santé; 1992.
12. American Psychiatric Association, Marc-Antoine Crocq, Julien-Daniel Guelfi, Patrice Boyer, Charles-Bernard Pull, Marie-Claire Pull-Erpelding. *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* 2015. (Elsevier Masson).
13. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 1995;854:1-452.
14. Johana Monthuy-Blanc. *Fondements approfondis des troubles du comportement alimentaire.* Les Editions JFD inc. 2018.
15. Roux H, Chapelon E, Godart N. Épidémiologie de l'anorexie mentale : revue de la littérature. *L'Encéphale.* 1 avr 2013;39(2):85-93.
16. American Psychiatric Association. *DSM-III - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* 3ième version. 1980.

17. American Psychiatric Association. DSM-III-R - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 3ième version révisée. 1987.
18. American Psychiatric Association. DSM-IV - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ième version. 1994.
19. 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*. août 2007;164(8):1259-65.
20. Preti A, Girolamo G de, Vilagut G, Alonso J, Graaf R de, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMEd-WMH project. *J Psychiatr Res*. 1 sept 2009;43(14):1125-32.
21. Wade TD, Bergin JL, Tiggemann M, Bulik CM, Fairburn CG. Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Aust N Z J Psychiatry*. févr 2006;40(2):121-8.
22. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 1 févr 2007;61(3):348-58.
23. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord*. déc 2003;34(4):383-96.
24. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. juill 2006;19(4):389-394.
25. Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, Furberg H, Lichtenstein P, Pedersen NL. Prevalence, Heritability, and Prospective Risk Factors for Anorexia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 1 mars 2006;63(3):305-12.
26. Steinhausen H-C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*. août 2002;159(8):1284-93.
27. Papadopoulos FC, Ekblom A, Brandt L, Ekselius L. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. janv 2009;194(1):10-7.
28. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-analysis of 36 Studies. *Arch Gen Psychiatry*. 4 juill 2011;68(7):724-31.
29. Jeammet P. Anorexie Boulimie - Les paradoxes de l'adolescence. Hachette Littératures. 2009.
30. Bruch H. Les yeux et le ventre - L'obèse, l'anorexique. Paris: Payot; 1994.
31. Russel, G.F.M. Anorexia nervosa through time. In: *Handbook of eating disorders : Theory, treatment and research*. London: Wiley; 1995.
32. Crisp, A.H. Anorexia nervosa - Let me be. London: Academic Press; 1980.
33. Denat, J. Maîtrise, contrôle et agentivité. Le JEP: dispositif d'évaluation de l'agentivité et du contrôle. Limoges; 2012.

34. Corcos M. Le corps insoumis. Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires. Dunod; 2004.
35. Rochet, A. L'anorexie mentale, une clinique entre fusion et rupture. Lyon I; 2012.
36. Bruch H. Conversations avec des anorexiques. Paris: Payot; 1990.
37. Brunswick A. La grossesse à l'épreuve de l'anorexie. Rev Sage-Femme. déc 2013;12(6):269-74.
38. A. Birraux. L'adolescent face à son corps. Editions universitaires. Paris; 1990.
39. D. Marcelli, A. Braconnier. Adolescence et psychopathologie. Masson (4ième édition). Paris; 1995.
40. Nicolas I. Désirs d'enfant et adolescence anorexique. Presses Universitaires de France; 2009.
41. Peolidis M. La maternalité chez des femmes ayant été anorexiques mentales à l'adolescence. Carnet PSY. 2004;90(4):26.
42. Mahler M. La symbiose humaine et les vicissitudes de l'individuation. In: Dix ans de psychanalyse en Amérique. PUF; 1967.
43. Blos P. Le second processus d'individuation. In: Adolescence et psychanalyse : une histoire.
44. Corcos M, Dupont M-E. Approche psychanalytique de l'anorexie mentale. Nutr Clin Métabolisme. déc 2007;21(4):190-200.
45. Corcos M. D'un corps l'autre : l'aménorrhée dans les troubles des conduites alimentaires. Champ Psychosom. 2005;no 40(4):135-43.
46. Frias I, Testart M-L, Brigot M-N, Vanhalst D, Kiebbe F, Obadia J, et al. Le corps anorexique comme le lieu d'expression d'une souffrance familiale. L'Évolution Psychiatr. 1 avr 2010;75(2):239-47.
47. Corcos M. Les troubles des conduites alimentaires à l'adolescence; Féminité et fertilité : Plaidoyer pour une prise en charge conjointe. Les JTA; 2007.
48. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. Int J Eat Disord. déc 2003;34(4):383-96.
49. 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. sept 2007;63(3):297-303.
50. Easter A, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J, et al. Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy? Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc. juill 2013;21(4):340-4.
51. Andersen AE, Ryan GL. Eating disorders in the obstetric and gynecologic patient population. Obstet Gynecol. déc 2009;114(6):1353-67.
52. Broussard B. Psychological and behavioral traits associated with eating disorders and pregnancy: a pilot study. J Midwifery Womens Health. févr 2012;57(1):61-6.

53. Eagles JM, Lee AJ, Raja EA, Millar HR, Bhattacharya S. Pregnancy outcomes of women with and without a history of anorexia nervosa. *Psychol Med.* déc 2012;42(12):2651-60.
54. Scott DW. The involvement of psychosexual factors in the causation of eating disorders: Time for a reappraisal. *Int J Eat Disord.* 1987;6(2):199-213.
55. Castellini G, Lelli L, Ricca V, Maggi M. Sexuality in eating disorders patients: Etiological factors, sexual dysfunction and identity issues. A systematic review. *Horm Mol Biol Clin Investig.* 22 janv 2016;25.
56. Castellini G, Lelli L, Lo Sauro C, Fioravanti G, Vignozzi L, Maggi M, et al. Anorectic and Bulimic Patients Suffer from Relevant Sexual Dysfunctions. *J Sex Med.* 1 oct 2012;9(10):2590-9.
57. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* juin 2000;26(2):191-208.
58. Meguerditchian C, Samuelian-Massat C, Valéro R, Corroller A, Fromont I, Mancini J, et al. The Impact of Weight Normalization on Quality of Recovery in Anorexia Nervosa. *J Am Coll Nutr.* 1 août 2009;28:397-404.
59. Code pénal - Article 222-22. Code pénal.
60. Smolak L, Murnen SK. A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2002;31(2):136-50.
61. Carr CP, Martins CMS, Stingel AM, Lemgruber VB, Juruena MF. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *J Nerv Ment Dis.* déc 2013;201(12):1007-20.
62. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* juill 2010;85(7):618-29.
63. ESHRE Capri Workshop Group. Nutrition and reproduction in women. *Hum Reprod Update.* juin 2006;12(3):193-207.
64. Poyastro Pinheiro A, Thornton LM, Plotnicov KH, Tozzi F, Klump KL, Berrettini WH, et al. Patterns of menstrual disturbance in eating disorders. *Int J Eat Disord.* juill 2007;40(5):424-34.
65. Abraham SF, Pettigrew B, Boyd C, Russell J, Taylor A. Usefulness of amenorrhoea in the diagnoses of eating disorder patients. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* sept 2005;26(3):211-5.
66. American Psychiatric Association, Julien-Daniel Guelfi. *DSM-IV TR - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* Elsevier Masson. 2011.
67. Attia E, Roberto CA. Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? *Int J Eat Disord.* nov 2009;42(7):581-9.
68. Hebebrand J, Muller TD, Holtkamp K, Herpertz-Dahlmann B. The role of leptin in anorexia nervosa: clinical implications. *Mol Psychiatry.* janv 2007;12(1):23-35.

69. Bouret, G., Caron, E., Steculorum, S., Ishii, Y., Sachot, C. Leptine et contrôle hypothalamique de la reproduction. *Médecine Reprod Gynécologie Endocrinol.* 2008;10(2):74-84.
70. Köpp W, Blum WF, von Prittwitz S, Ziegler A, Lübbert H, Emons G, et al. Low leptin levels predict amenorrhea in underweight and eating disordered females. *Mol Psychiatry.* juill 1997;2(4):335-40.
71. Copeland PM, Sacks NR, Herzog DB. Longitudinal Follow-Up of Amenorrhea in Eating Disorders. *Psychosom Med.* avr 1995;57(2):121-126.
72. Katz MG, Vollenhoven B. The reproductive endocrine consequences of anorexia nervosa. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2000;107(6):707-13.
73. Rowe PJ, Comhaire FH, Hargreave TB, Mellows HJ, Auger J, Jouannet P, et al. Manuel de l’OMS exploration et diagnostic standardisés de l’infertilité du couple. Les Editions INSERM : Cambridge University Press; 1996.
74. Maurice Corcos, Claire Lamas. Les troubles des conduites alimentaires : Interrelations entre stress et infertilité. 2004.
75. Resch M, Szendei G, Haász P. Eating disorders from a gynecologic and endocrinologic view: hormonal changes. *Fertil Steril.* avr 2004;81(4):1151-3.
76. 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 Int J Obstet Gynaecol.* nov 2011;118(12):1491-8.
77. Pasternak Y, Weintraub AY, Shoham-Vardi I, Sergienko R, Guez J, Wiznitzer A, et al. Obstetric and perinatal outcomes in women with eating disorders. *J Womens Health* 2002. janv 2012;21(1):61-5.
78. Waugh E, Bulik CM. Offspring of women with eating disorders. *Int J Eat Disord.* mars 1999;25(2):123-33.
79. 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.* mai 2005;37(4):294-8.
80. Hoffman ER, Zerwas SC, Bulik CM. Reproductive issues in anorexia nervosa. *Expert Rev Obstet Gynecol.* juill 2011;6(4):403-14.
81. Micali N, dos-Santos-Silva I, 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.* mars 2014;121(4):408-16.
82. Bulik CM, Hoffman ER, Von Holle A, Torgersen L, Stoltenberg C, Reichborn-Kjennerud T. Unplanned Pregnancy in Anorexia Nervosa. *Obstet Gynecol.* nov 2010;116(5):1136-40.
83. Freizinger M, Franko DL, Dacey M, Okun B, Domar AD. The prevalence of eating disorders in infertile women. *Fertil Steril.* 1 janv 2010;93(1):72-8.
84. Stewart DE, Erlick Robinson G, Goldbloom DS, Wright C. Infertility and eating disorders. *Am J Obstet Gynecol.* 1 oct 1990;163(4, Part 1):1196-9.

85. Lamas C, Nicolas I, Alvarez L, Hofmann M, Buisson G, Gerardin P, et al. Troubles des conduites alimentaires maternels en période périnatale : un enjeu de prévention des troubles précoces du développement et de la parentalité. 27 juin 2014;
86. Norré J, Vandereycken W, Gordts S. The management of eating disorders in a fertility clinic: Clinical guidelines. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1 juill 2001;22:77-81.
87. Arrêté du 12 janvier 1999 relatif aux règles de bonns pratiques cliniques et biologiques en assistance médicale à la procréation. Code la Santé Publique, MESP9920284A.
88. Bydlowski M. La dette de vie [Internet]. Presses Universitaires de France; 2008 [cité 12 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-dette-de-vie--9782130570448.htm>
89. Paul-Claude Racamier, C. Sens, L. Carretier. La mère, l'enfant dans les psychoses du post-partum. *Evol Psychiatr (Paris)*. 1961;XXVI:525-70.
90. Bydlowski M. La dette de vie. Presses Universitaires de France; 2008.
91. Anne-Lise Sinapi. Mémoire pour obtenir le diplôme d'état de asge-femme: Le vécu de la grossesse chez les femmes ayant une histoire de troubles du comportement alimentaire. 2015.
92. Nicolas I. Désirs d'enfant et adolescence anorexique [Internet]. Presses Universitaires de France; 2009 [cité 12 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/desirs-d-enfant--9782130573517-page-85.htm?contenu=resume>
93. D. Marcelli, A. Braconnier. Adolescence et psychopathologie. Masson (4ième édition). Paris; 1995.
94. Hodgkinson EL, Smith DM, Wittkowski A. Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 23 sept 2014;14:330.
95. Raymond Lemberg, Jeanne Philipps. The impact of pregnancy on anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord*. 1989;8(3):285-95.
96. Nicolas I, Picard A, Lamas C, Corcos M. De l'expérience de la grossesse chez des femmes ayant souffert de troubles des conduites alimentaires : une étude qualitative. *Perspect Psy*. 9 août 2019;Vol. 58(2):109-17.
97. Fogarty S, Elmir R, Hay P, Schmied V. The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: a meta-ethnographic study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2 mai 2018;18(1):121.
98. Coker E, Abraham S. Body weight dissatisfaction: a comparison of women with and without eating disorders. *Eat Behav*. août 2014;15(3):453-9.
99. Sun W, Chen D, Wang J, Liu N, Zhang W. Physical activity and body image dissatisfaction among pregnant women: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. oct 2018;229:38-44.
100. Matthiasdottir E, Jonsson SH, Kristjansson AL. Body weight dissatisfaction in the Icelandic adult population: a normative discontent? *Eur J Public Health*. févr 2012;22(1):116-21.

101. Cooley E, Toray T. Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. *Int J Eat Disord.* juill 2001;30(1):28-36.
102. Killen JD, Taylor CB, Hayward C, Wilson DM, Haydel KF, Hammer LD, et al. Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: a three-year prospective analysis. *Int J Eat Disord.* nov 1994;16(3):227-38.
103. Leon GR, Fulkerson JA, Perry CL, Cudeck R. Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk status for eating disorders in adolescent girls. *J Abnorm Psychol.* août 1993;102(3):438-44.
104. Thompson JK, Coovert MD, Richards KJ, Johnson S, Cattarin J. Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: covariance structure modeling and longitudinal investigations. *Int J Eat Disord.* nov 1995;18(3):221-36.
105. Skouteris H. Body image issues in obstetrics and gynecology. In: Cash TF, Smolak L, éditeurs. *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*, 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2011. p. 342-9.
106. Skouteris H, Carr R, Wertheim EH, Paxton SJ, Duncombe D. A prospective study of factors that lead to body dissatisfaction during pregnancy. *Body Image.* déc 2005;2(4):347-61.
107. Leddy MA, Jones C, Morgan MA, Schulkin J. Eating disorders and obstetric-gynecologic care. *J Womens Health* 2002. sept 2009;18(9):1395-401.
108. Fuller-Tyszkiewicz M, Skouteris H, Watson BE, Hill B. Body dissatisfaction during pregnancy: a systematic review of cross-sectional and prospective correlates. *J Health Psychol.* nov 2013;18(11):1411-21.
109. Carter AS, Baker CW, Brownell KD. Body mass index, eating attitudes, and symptoms of depression and anxiety in pregnancy and the postpartum period. *Psychosom Med.* avr 2000;62(2):264-70.
110. Herring SJ, Oken E, Haines J, Rich-Edwards JW, Rifas-Shiman SL, Kleinman ScD KP, et al. Misperceived pre-pregnancy body weight status predicts excessive gestational weight gain: findings from a US cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 22 déc 2008;8:54.
111. Hurley KM, Caulfield LE, Sacco LM, Costigan KA, Dipietro JA. Psychosocial influences in dietary patterns during pregnancy. *J Am Diet Assoc.* juin 2005;105(6):963-6.
112. Laraia BA, Siega-Riz AM, Dole N, London E. Pregravid weight is associated with prior dietary restraint and psychosocial factors during pregnancy. *Obes Silver Spring Md.* mars 2009;17(3):550-8.
113. Drake ML, Verhulst D, Fawcett J, Barger DF. Spouses' body image changes during and after pregnancy: a replication in Canada. *Image-- J Nurs Scholarsh.* 1988;20(2):88-92.
114. Moore DS. The body image in pregnancy. *J Nurse Midwifery.* 1978;22(4):17-27.

115. Gjerdingen D, Fontaine P, Crow S, McGovern P, Center B, Miner M. Predictors of mothers' postpartum body dissatisfaction. *Women Health*. sept 2009;49(6):491-504.
116. Winnicott D.W. La haine dans le contre-transfert. In: *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot; 1992. p. 72-92.
117. Sirol, F. La haine de la femme enceinte pour son fœtus. *Devenir*. 1999;2:25-34.
118. Sirol F. La haine pour le fœtus. ERES; 2011.
119. Sirol F. quelle haine pour le fœtus ?
120. Sirol F. ... et la haine alors ? *Spirale*. 2003;no 28(4):155-64.
121. Klein, M., Riviere, J. L'amour et la haine. Paris: Payot; 1982.
122. Bellion E. Agressivité et grossesse; pour un cheminement nécessaire vers la naissance de la relation mère/bébé. *Devenir*. 2001;Vol. 13(1):67-83.
123. Deutsch, H. La grossesse. In: *La psychologie des femmes*. Paris: PUF; 1949.
124. Kestemberg, E., Kestemberg, J., Decobert, S. La faim et le corps: Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale. PUF; 1972.
125. Paul-Claude Racamier, C. Sens, L. Carretier. La mère, l'enfant dans les psychoses du post-partum. *Evol Psychiatr (Paris)*. 1961;XXVI:525-70.
126. Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, Bulik CM, Meltzer-Brody S. Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders: OBSTETRIC PROBLEMS ASSOCIATED WITH EATING DISORDERS. *Int J Eat Disord*. mars 2016;49(3):260-75.
127. Fairburn CG, Stein A, Jones R. Eating habits and eating disorders during pregnancy. *Psychosom Med*. déc 1992;54(6):665-72.
128. Kouba S, Hällström T, Lindholm C, Hirschberg AL. Pregnancy and Neonatal Outcomes in Women With Eating Disorders. *Obstet Gynecol*. févr 2005;105(2):255-260.
129. Ismail SK, Kenny L. Review on hyperemesis gravidarum. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 1 oct 2007;21(5):755-69.
130. Fairweather DVI. Nause and vomiting in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1 sept 1968;102(1):135-75.
131. Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M. Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *Am J Obstet Gynecol*. oct 2014;211(4):392.e1-8.
132. World Health Organization, éditeur. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016. 152 p.
133. Si C, Gm S, Dm S, C L, S. Dieting behaviors and risk of neural tube defects. *Am J Epidemiol*. 1 déc 2003;158(12):1127-31.
134. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. mars 2007;190:255-9.

135. Institute of Medicine (US) Committee on Nutritional Status During Pregnancy and Nutrition during pregnancy, Part I: Weight Gain, Part II: Nutrition Supplements. *Nutrition During Pregnancy: Part I Weight Gain: Part II Nutrient Supplements*. National Academies Press (US); 1990.
136. World Health Organization. *Naissances prématurées*. 2018.
137. Schieve LA, Cogswell ME, Scanlon KS, Perry G, Ferre C, Blackmore-Prince C, et al. Prepregnancy body mass index and pregnancy weight gain: associations with preterm delivery. *Obstet Gynecol*. 1 août 2000;96(2):194-200.
138. Sollid CP, Wisborg K, Hjort J, Secher NJ. Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol*. janv 2004;190(1):206-10.
139. Brinch M, Isager T, Tolstrup K. Anorexia nervosa and motherhood: reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. *Acta Psychiatr Scand*. mai 1988;77(5):611-7.
140. 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. *J Abnorm Psychol*. juill 2017;126(5):552-64.
141. 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 Gynaecol*. juill 2016;123(8):1301-10.
142. Micali N. Management of eating disorders during pregnancy. *Prog Neurol Psychiatry*. 2010;14(2):24-6.
143. 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*. janv 2009;154(1):55-60.e1.
144. Rocco PL, Orbitello B, Perini L, Pera V, Ciano RP, Balestrieri M. Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders. *J Psychosom Res*. sept 2005;59(3):175-9.
145. 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*. mars 2000;27(2):140-9.
146. Brunswick A. La grossesse à l'épreuve de l'anorexie. *Rev Sage-Femme*. déc 2013;12(6):269-74.
147. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*. avr 2004;103(4):698-709.
148. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. nov 2005;106(5 Pt 1):1071-83.
149. Thombs BD, Benedetti A, Kloda LA, Levis B, Riehm KE, Azar M, et al. Diagnostic accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting major depression in pregnant and postnatal women: protocol for a systematic review and individual patient data meta-analyses. *BMJ Open*. 20 oct 2015;5(10):e009742.

150. Bhat A, Reed SD, Unützer J. The Obstetrician-Gynecologist's Role in Detecting, Preventing, and Treating Depression. *Obstet Gynecol.* 2017;129(1):157-63.
151. Cerimele JM, Vanderlip ER, Croicu CA, Melville JL, Russo J, Reed SD, et al. Presenting symptoms of women with depression in an obstetrics and gynecology setting. *Obstet Gynecol.* août 2013;122(2 Pt 1):313-8.
152. Andrighetti HJ, Semaka A, Austin JC. Women's experiences of participating in a prospective, longitudinal postpartum depression study: insights for perinatal mental health researchers. *Arch Womens Ment Health.* 2017;20(4):547-59.
153. Howard LM, Molyneaux E, Dennis C-L, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet Lond Engl.* 15 nov 2014;384(9956):1775-88.
154. Information NC for B, Pike USNL of M 8600 R, MD B, Usa 20894. Screening for postnatal depression: is it acceptable to women and healthcare professionals? A systematic review and meta-synthesis [Internet]. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2010 [cité 13 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK79284/>
155. Franko DL, Blais MA, Becker AE, Delinsky SS, Greenwood DN, Flores AT, et al. Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am J Psychiatry.* sept 2001;158(9):1461-6.
156. Franko DL, Spurrell EB. Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1 juin 2000;95(6, Part 1):942-6.
157. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Pregnancy and post-partum depression and anxiety in a longitudinal general population cohort: the effect of eating disorders and past depression. *J Affect Disord.* juin 2011;131(1-3):150-7.
158. Riquin E, Lamas C, Nicolas I, Dugre Lebigre C, Curt F, Cohen H, et al. A key for perinatal depression early diagnosis: The body dissatisfaction. *J Affect Disord.* 15 2019;245:340-7.
159. Krug I, Taborrelli E, Sallis H, Treasure J, Micali N. A systematic review of obstetric complications as risk factors for eating disorder and a meta-analysis of delivery method and prematurity. *Physiol Behav.* janv 2013;109:51-62.
160. 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.* oct 2018;51(10):1134-43.
161. Agras S, Hammer L, McNicholas F. A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *Int J Eat Disord.* avr 1999;25(3):253-62.
162. Scourfield J. Anorexia by proxy: Are the children of anorexic mothers an at-risk group? *Int J Eat Disord.* déc 1995;18(4):371-4.
163. Park RJ, Senior R, Stein A. The offspring of mothers with eating disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2003;12 Suppl 1:I110-119.
164. Mazzeo SE, Zucker NL, Gerke CK, Mitchell KS, Bulik CM. Parenting concerns of women with histories of eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2005;37(S1):S77-9.

165. 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 Gynaecol.* juill 2016;123(8):1301-10.
166. Easter A, Howe LD, Tilling K, Schmidt U, Treasure J, Micali N. Growth trajectories in the children of mothers with eating disorders: a longitudinal study. *BMJ Open.* 27 mars 2014;4(3):e004453.
167. Vignalou J, Guédeney N. Quand les mères sont anorexiques. *Enfances Psy.* 19 nov 2007;n° 37(4):71-80.
168. Evans J, le Grange D. Body size and parenting in eating disorders: a comparative study of the attitudes of mothers towards their children. *Int J Eat Disord.* juill 1995;18(1):39-48.
169. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairbum CG. The development and validation of the body shape questionnaire. *Int J Eat Disord.* 1987;6(4):485-94.
170. Rousseau A, Knotter A, Barbe P, Raich R, Chabrol H. [Validation of the French version of the Body Shape Questionnaire]. *L'Encephale.* avr 2005;31(2):162-73.
171. Garner David M. *Eating Disorder Inventory 2. Professional Manual.* Psychology Assessment Ressources; 1991.
172. Franzoi SL, Shields SA. The Body Esteem Scale: multidimensional structure and sex differences in a college population. *J Pers Assess.* avr 1984;48(2):173-8.
173. Stunkard A., Sorenson T., Schulsinger F. Use of Danish adoption register for the study of obesity and thinness. In: *The genetics of neurological and psychiatric disorders.* S. Kety, L.P. Rowland, R.L. Sidman, S.W. Matthysse (Eds.). New York: Raven; 1983. p. 115-20.
174. Dany L, Morin M. Image corporelle et estime de soi : étude auprès de lycéens français. *Bull Psychol.* 2010;Numéro 509(5):321-34.
175. Bruchon-Schweitzer M. *Une psychologie du corps.* Presses Universitaires de France; 1990.
176. Gardner RM, Friedman BN, Jackson NA. Body Size Estimations, Body Dissatisfaction, and Ideal Size Preferences in Children Six Through Thirteen. *J Youth Adolesc.* 1 oct 1999;28(5):603-18.
177. Collins ME. Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *Int J Eat Disord.* 1991;10(2):199-208.
178. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* mai 1979;9(2):273-9.
179. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med.* nov 1982;12(4):871-8.
180. Garrot G, Lang F, Estour B, Pellet J, Gauthey C, Wagon C. [Study of the E. A. T., a self-evaluation case in anorexia in a control population and in a sample of anorectics]. *Ann Med Psychol (Paris).* mars 1987;145(3):258-64.

181. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* juin 1987;150:782-6.
182. World Health Organization. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries. Geneva, Switzerland; 2008.
183. Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 1998;13(2):83-9.
184. Jardri R. Le dépistage de la dépression postnatale : revue qualitative des études de validation de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Devenir.* 2004;Vol. 16(4):245-62.
185. Teissedre F, Chabrol H. Étude de l'EPDS (Échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères : dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. 17 févr 2008 [cité 14 févr 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/83279/resultatrecherche/1>
186. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med.* nov 1982;12(4):871-8.
187. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.* janv 2007;60(1):34-42.
188. Squires C, Lalanne C, Murday N, Simoglou V, Vaivre-Douret L. The influence of eating disorders on mothers' sensitivity and adaptation during feeding: a longitudinal observational study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 14 août 2014 [cité 15 juin 2019];14. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4138399/>
189. Pedroso J, Toral N, Bauermann Gubert M. Maternal dissatisfaction with their children's body size in private schools in the Federal District, Brazil. *PloS One.* 2018;13(10):e0204848.
190. Hernandez DC, Reesor L, Kabiri LS. Maternal concerns and perceptions of elementary school-age children's weight status. *J Spec Pediatr Nurs JSPN.* 2017;22(4).
191. DREES. Enquête Nationale Périnatale 2016. 2016.
192. Tenconi E, Santonastaso P, Monaco F, Favaro A. Obstetric complications and eating disorders: A replication study: Obstetric Complications: Replication. *Int J Eat Disord.* mai 2015;48(4):424-30.
193. Micali N, Stavola BD, dos-Santos-Silva I, Graaff JS, Jansen PW, Jaddoe VWV, et al. Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: a population-based cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2012;119(12):1493-502.
194. 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.* juill 2005;38(1):18-23.
195. Bye A, Shawe J, Bick D, Easter A, Kash-Macdonald M, Micali N. Barriers to identifying eating disorders in pregnancy and in the postnatal period: a qualitative approach. *BMC Pregnancy Childbirth.* 15 mai 2018;18.

196. Cardi V, Mallorqui-Bague N, Albano G, Monteleone AM, Fernandez-Aranda F, Treasure J. Social Difficulties As Risk and Maintaining Factors in Anorexia Nervosa: A Mixed-Method Investigation. *Front Psychiatry*. 26 févr 2018;9.
197. Raevuori A, Linna MS, Keski-Rahkonen A. Prenatal and perinatal factors in eating disorders: A descriptive review: Prenatal and Perinatal Factors in Eating Disorders. *Int J Eat Disord*. nov 2014;47(7):676-85.
198. Micali N, De Stavola B, Ploubidis GB, Simonoff E, Treasure J. The effects of maternal eating disorders on offspring childhood and early adolescent psychiatric disorders: Psychopathology in Children of Eating Disordered Mothers. *Int J Eat Disord*. mai 2014;47(4):385-93.
199. 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 Disord Rev*. janv 2015;23(1):19-27.
200. Knoph C, Holle AV, Zerwas S, Torgersen L, Tambs K, Stoltenberg C, et al. Course and predictors of maternal eating disorders in the postpartum period. *Int J Eat Disord*. 2013;46(4):355-68.
201. Gayral-Taminh M, Daubisse-Marliac L, Baron M, Maurel G, Rème J-M, Grandjean H. Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité. 9 mars 2008;
202. Franko DL, Blais MA, Becker AE, Delinsky SS, Greenwood DN, Flores AT, et al. Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am J Psychiatry*. sept 2001;158(9):1461-6.
203. Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M. Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *Am J Obstet Gynecol*. oct 2014;211(4):392.e1-8.
204. Naeye RL. Maternal body weight and pregnancy outcome. *Am J Clin Nutr*. août 1990;52(2):273-9.
205. Chevallier, C. Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme: Mesure de la prévalence des troubles du comportement alimentaires chez les femmes enceintes. [Clermont-Ferrand]; 2017.
206. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: a new screening tool for eating disorders. *West J Med*. mars 2000;172(3):164-5.
207. Garcia FD, Grigioni S, Allais E, Houy-Durand E, Thibaut F, Déchelotte P. Detection of eating disorders in patients: Validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire. *Clin Nutr*. 1 avr 2011;30(2):178-81.

ANNEXES

ANNEXE 1 : DIAGRAMME DE FLUX

ANNEXE 2 : TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES SCORES OBTENUS AUX QUESTIONNAIRES DE L'ETUDE

ANNEXE 3 : TABLEAU DE SUIVI DE L'ETUDE

ANNEXE 4 : NOTICES D'INFORMATION

ANNEXE 4.1 : NOTICE D'INFORMATION A L'ATTENTION DE LA MERE

ANNEXE 4.2 : NOTICE D'INFORMATION A L'ATTENTION DU 2^E DETENTEUR

DE L'AUTORITE PARENTALE

ANNEXE 5 : CAHIERS DE QUESTIONNAIRES

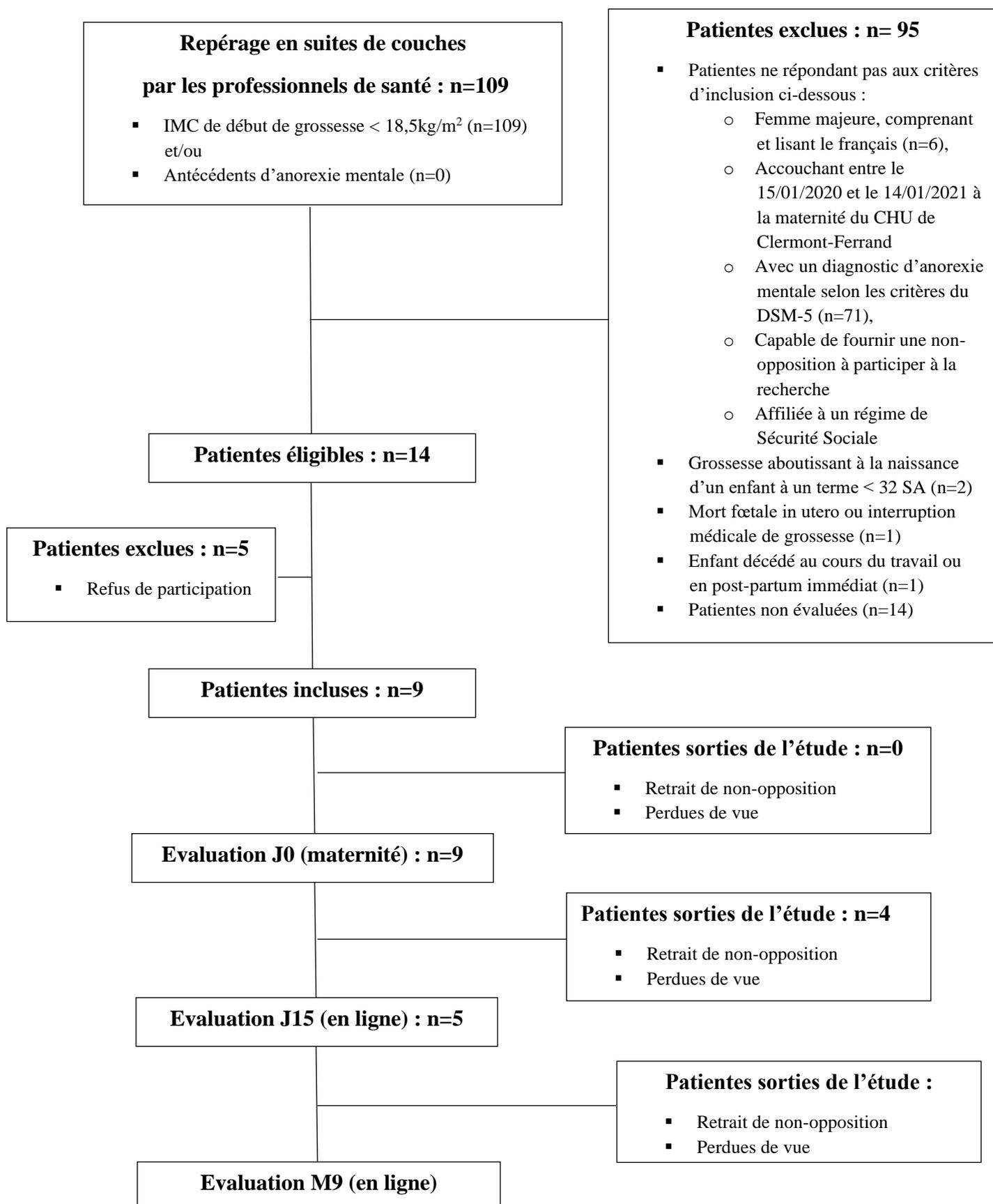
ANNEXE 5.1 : CAHIER DE QUESTIONNAIRES J0-J3

ANNEXE 5.2 : CAHIER DE QUESTIONNAIRES J15

ANNEXE 5.3 : CAHIER DE QUESTIONNAIRES M9

ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE SCOFF-F

ANNEXE 1 : DIAGRAMME DE FLUX



**ANNEXE 2 : TABLEAU DE CORRESPONDANCE DES SCORES
OBTENUS AUX QUESTIONNAIRES DE L'ETUDE**

| SCORE OBTENU AUX QUESTIONNAIRES | INTERPRETATION |
|--|--|
| Body Shape Questionnaire (BSQ) | |
| BSQ ≤ 80 | Pas d'insatisfaction corporelle |
| BSQ = 81-110 | Insatisfaction corporelle légère |
| BSQ = 111-140 | Insatisfaction corporelle modérée |
| BSQ > 140 | Insatisfaction corporelle sévère |
| Eating Attitude Test (EAT) | |
| EAT < 30 | Absence de troubles du comportement alimentaire |
| EAT ≥ 30 | Présence de troubles du comportement alimentaire |
| Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EPDS) | |
| EPDS < 10,5 | Risque faible de dépression du post-partum |
| EPDS ≥ 10,5 | Risque élevé de dépression du post-partum |
| Echelle de silhouettes de Stunkard ou Figure Rating Scale (FRS) | |
| Score < 0 | Insatisfaction corporelle avec désir d'être plus « fort » |
| Score = 0 | Pas d'insatisfaction corporelle |
| Score > 0 | Insatisfaction corporelle avec désir d'être plus « mince » |
| Infant Body Figure Drawings (IBFD) | |
| Score < 0 | Insatisfaction corporelle avec désir de la mère que son bébé soit plus « fort » |
| Score = 0 | Pas d'insatisfaction corporelle de la mère vis à vis du corps de son bébé |
| Score > 0 | Insatisfaction corporelle avec désir de la mère que son bébé soit plus « mince » |

ANNEXE 3 : TABLEAU DE SUIVI DE L'ETUDE

| | Repérage des patientes (maternité) | Inclusion J0 (maternité) | Evaluation J0 (maternité) | Evaluation J15 (en ligne) | Evaluation M9 (en ligne) |
|---|------------------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Informations données concernant l'étude | | ✓ | | | |
| Non-opposition | | ✓ | | | |
| Recueil des données cliniques et socio-démographiques de la mère et l'enfant (cf. cahier d'observation) | | | ✓ | | |
| Recueil de données sur l'allaitement/l'alimentation de l'enfant | | | | ✓ | ✓ |
| Recueil de données sur une reprise éventuelle d'une activité professionnelle | | | | | ✓ |
| Recueil IMC de la mère | ✓ (IMC de début grossesse) | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Recueil poids et taille de l'enfant | | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Recueils antécédents d'anorexie mentale | ✓ | | | | |
| Vérification des critères d'inclusion (cf. paragraphe correspondant) | | ✓ | | | |
| Body Shape Questionnaire (BSQ) | | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Echelle de silhouettes de Stunkard (FRS) | | | ✓ | | ✓ |
| Questionnaire Bodybabe | | | ✓ | ✓ | ✓ |
| Echelle de silhouettes Infant Body Figure Drawings (IBFD) | | | ✓ | | ✓ |
| Eating Attitude Test (EAT) | | | ✓ | | ✓ |
| Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) | | | | ✓ | ✓ |

**ANNEXE 4.1 : NOTICE D'INFORMATION
A L'ATTENTION DE LA MERE**



ETUDE BODYBABE



Notice d'information

Evaluation des perceptions corporelles de leur propre corps et de celles du corps de leur enfant chez les jeunes mères atteintes d'anorexie mentale

➤ **Promoteur**

C.H.U. de Clermont-Ferrand

58 Rue de Montalembert

63003 Clermont-Ferrand Cedex 1

➤ **Investigateur principal :**

Dr Michèle Villemeyre-Plane, Praticien Hospitalier, Service de Psychiatrie B

CHU Clermont-Ferrand, site Gabriel Montpied, 63003 Clermont-Ferrand Cedex 1

E-mail: mvillemeyreplane@chu-clermontferrand.fr / Tel: 04.73.752.198

Madame,

La maternité dans laquelle vous venez d'accoucher vous propose de participer à l'étude BodyBabe, ayant pour objet d'évaluer la perception que les jeunes mères atteintes d'anorexie

mentale (active ou en rémission) ont de leur propre corps et du corps de leur bébé. Cette étude a pour but de développer un outil, sous forme de questionnaire, à destination des professionnels de santé. L'objectif de cette étude est de proposer aux mères atteintes d'anorexie mentale un accompagnement adapté au cours de la grossesse et dans la période suivant l'accouchement. En effet, les périodes de la grossesse et du postpartum peuvent être des moments de fragilité, et s'accompagnent parfois de certaines difficultés, pour lesquelles il est nécessaire d'offrir un soutien.

Cette évaluation sera effectuée sous forme de questionnaires séquentiels. Ces derniers apprécieront les perceptions que vous avez sur votre propre corps, les perceptions que vous avez sur le corps de votre enfant, votre comportement alimentaire et la présence ou non de signes de dépression du post-partum. Si vous acceptez de participer, nous vous demanderons de remplir ces différents questionnaires en 3 temps :

- La 1^e série de questionnaires vous sera remise sous forme papier par le responsable de l'étude, et sera remplie **au cours de votre séjour dans la maternité**. Elle comprend 3 questionnaires et 2 échelles de silhouettes. Sa durée de remplissage est approximativement de 15-20 minutes.
- La 2^e série de questionnaires vous sera envoyée par mail et sera à compléter sur une plateforme en ligne, **15 jours après votre accouchement**. Elle comprend 3 questionnaires. Sa durée de remplissage est approximativement de 10 minutes.
- La 3^e et dernière série de questionnaires vous sera envoyée par mail et sera à compléter sur une plateforme en ligne, **9 mois après votre accouchement**. Elle comprend 4 questionnaires et 2 échelles de silhouettes. Sa durée de remplissage est approximativement de 20-25 minutes.

Nous relèverons, par ailleurs, quelques données issues de votre dossier médical portant sur votre grossesse et votre accouchement (caractéristiques socio-démographiques, antécédents médico-chirurgicaux et gynéco-obstétricaux, déroulement de la grossesse et de l'accouchement), ainsi que certaines caractéristiques de votre enfant à la naissance (poids, taille, périmètre crânien, sexe, état de santé).

En cas de non remplissage des questionnaires en ligne, une alerte individuelle sera envoyée sur votre boîte mail. Ce rappel sera effectué tous les 3 jours pendant 15 jours pour chaque série de questionnaires informatisés.

Cette étude, d'une durée de 9 mois, s'adresse aux jeunes femmes ayant accouché à la maternité du CHU Estaing à Clermont-Ferrand, entre le 15/01/2020 et le 14/01/2021. La période de suivi de chaque patiente est de 9 mois, et la durée totale de l'étude de 21 mois (janvier 2020 à octobre 2021). Elle ne présente aucun risque pour vous et votre enfant.

Si vous en ressentez le besoin au cours de l'étude, vous avez la possibilité de contacter le Dr Michèle Villemeyre-Plane au secrétariat du service de Psychiatrie B du CHU Gabriel Montpied (☎ 04.73.75.21.25) qui vous proposera un accompagnement et un soutien adaptés. En outre, une prise en charge psychiatrique vous sera proposée si les questionnaires que vous aurez complétés détectent des signes de dépression du post-partum débutante et/ou sévère, ou un risque de trouble du comportement susceptible de mettre en danger votre santé et celle de votre enfant.

Votre participation à cette recherche n'engendrera pour vous aucun frais supplémentaire par rapport à ceux que vous auriez dans le suivi habituel de cette maladie.

Toutefois, pour pouvoir participer à cette recherche vous devez être affiliée ou bénéficier d'un régime de sécurité sociale, et ne pas être placée sous sauvegarde de justice.

Cette recherche a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest I le 22/11/2019.

Protection de vos données personnelles :

Dans le cadre de cette recherche, le CHU de Clermont-Ferrand est responsable de la mise en œuvre du traitement de données à caractère personnel. Ce traitement informatique a pour but d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté.

Le fondement juridique, au regard de l'article 6 du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données) est l'intérêt légitime du promoteur à mettre en œuvre le traitement de données médicales à des fins de recherche scientifique (article 9.2 du RGPD).

A cette fin, les données médicales vous concernant et les données relatives à vos habitudes de vie nécessaires pour la recherche seront transmises au Promoteur, ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte, en France ou à l'étranger.

Ces données seront identifiées par un numéro de code et vos initiales. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises, à d'autres entités du CHU de Clermont Ferrand.

Les données seront conservées au minimum 15 ans après la fin de la recherche, selon les dispositions légales en vigueur.

Conformément aux dispositions de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation du traitement de vos données. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Conformément à l'article 17.3 du RGPD, les données recueillies préalablement au retrait du

consentement, le cas échéant, ne pourront pas être effacées et pourront continuer à être traitées dans les conditions prévues par la recherche.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données : CHU de Clermont-Ferrand – Direction de la Qualité – Gestion des Risques et Droits des Usagers – 58 rue Montalembert – 63003 Clermont-Ferrand cedex 1 (ou dpd@chu-clermontferrand.fr)

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité. Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification aux données vous concernant, et avoir accès aux résultats globaux de cette recherche si vous le souhaitez en contactant le Dr Anne Debost-Legrand ( 04.73.750.715).

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés ou que le dispositif de contrôle d'accès n'est pas conforme aux règles de protection des données, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL par courrier.

Par ailleurs, lorsque cette étude sera terminée, si vous le souhaitez et en faites la demande, vous serez tenus informées des résultats globaux par votre médecin dès que ceux-ci seront disponibles (article L1122-1 du code de la Santé Publique).

Il est possible que cette recherche soit interrompue, si les circonstances le nécessitent, par le promoteur ou à la demande de l'autorité de santé.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. De plus vous pouvez exercer à tout moment votre droit de retrait de cette recherche. Le fait de ne pas ou de ne plus

participer à cette recherche ne modifiera ni la qualité des soins qui vous sont prodigués, ni la prise en charge dans la maternité qui vous accueille, ni vos relations avec les différents professionnels de santé. Vous pouvez demander à tout moment des explications complémentaires sur l'étude à l'équipe soignante.

Lorsque vous aurez lu cette note d'information, vous disposerez d'un délai de 24 heures afin d'obtenir les réponses aux questions que vous vous posez en interrogeant le responsable de l'étude. A l'issue de ces 24 heures, il vous sera proposé, si vous en êtes d'accord, de signer cette note d'information, et de remplir la première série de questionnaires.

Nous vous remercions par avance pour votre attention et pour votre aide dans la réalisation de cette étude.

Date :/...../.....

Signature de la patiente

Paraphe de l'investigateur

(Précédée de la mention « Lu et compris »)

ANNEXE 4.2 : NOTICE D'INFORMATION A L'ATTENTION DU 2^e DETENTEUR DE L'AUTORITE PARENTALE



ETUDE BODYBABE



Notice d'information à l'attention du 2^e détenteur de l'autorité parentale

Evaluation des perceptions corporelles de leur propre corps et de celles du corps de leur enfant chez les jeunes mères atteintes d'anorexie mentale

➤ **Promoteur**

C.H.U. de Clermont-Ferrand

58 Rue de Montalembert

63003 Clermont-Ferrand Cedex 1

➤ **Investigateur principal :**

Dr Michèle Villemeyre-Plane, Praticien Hospitalier, Service de Psychiatrie B

CHU Clermont-Ferrand, site Gabriel Montpied, 63003 Clermont-Ferrand Cedex 1

E-mail: mvillemeyreplane@chu-clermontferrand.fr / Tel: 04.73.752.198

Monsieur,

Votre conjointe vient d'accoucher à la maternité qui lui propose de participer à l'étude BodyBabe, ayant pour objet d'évaluer la perception que les jeunes mères atteintes d'anorexie mentale (active ou en rémission) ont de leur propre corps et du corps de leur bébé. Cette

évaluation sera effectuée sous forme de questionnaires séquentiels. Cette étude d'une durée de 9 mois, s'adresse aux jeunes femmes ayant accouché à la maternité du CHU Estaing à Clermont-Ferrand, entre le 15/01/2020 et le 14/01/2021. Cette étude a pour but de développer un outil, sous forme de questionnaire, à destination des professionnels de santé, afin de proposer un accompagnement adapté aux mères atteintes d'anorexie mentale au cours de la grossesse et dans la période qui suit l'accouchement. Différents questionnaires devront être remplis par la mère de votre enfant en 3 temps (au cours du séjour en maternité, 15 jours puis 9 mois après l'accouchement). Ils contiennent quelques questions sur votre enfant, notamment ses habitudes alimentaires et ses mensurations.

Cette étude ne présente aucun risque pour la mère de votre enfant ou lui-même.

Votre participation à cette recherche n'engendrera pour vous aucun frais supplémentaire.

Cette recherche a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest I le 22/11/2019.

Protection des données personnelles :

Dans le cadre de cette recherche, le CHU de Clermont-Ferrand est responsable de la mise en œuvre du traitement de données à caractère personnel. Ce traitement informatique a pour but d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté.

Le fondement juridique, au regard de l'article 6 du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données) est l'intérêt légitime du promoteur à mettre en œuvre le traitement de données médicales à des fins de recherche scientifique (article 9.2 du RGPD).

A cette fin, les données médicales concernant votre enfant et des données relatives à ses habitudes de vie nécessaires pour la recherche seront transmises au Promoteur, ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte, en France ou à l'étranger.

Ces données seront identifiées par un numéro de code. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises, à d'autres entités du CHU de Clermont Ferrand.

Les données seront conservées au minimum 15 ans après la fin de la recherche, selon les dispositions légales en vigueur.

Conformément aux dispositions de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation du traitement de ces données. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Conformément à l'article 17.3 du RGPD, les données recueillies préalablement au retrait du consentement, le cas échéant, ne pourront pas être effacées et pourront continuer à être traitées dans les conditions prévues par la recherche.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement des données de votre enfant, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données : CHU de Clermont-Ferrand – Direction de la Qualité – Gestion des Risques et Droits des Usagers – 58 rue Montalembert – 63003 Clermont-Ferrand cedex 1 (ou dpd@chu-clermontferrand.fr)

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble des données médicales en application des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin en charge de cette étude et qui connaît votre identité. Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification aux données concernant votre enfant, et avoir accès aux résultats globaux de cette recherche si vous le souhaitez en contactant le Dr Anne Debost-Legrand (☎ 04.73.750.715) (article L1122-1 du code de la Santé Publique).

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont

pas respectés ou que le dispositif de contrôle d'accès n'est pas conforme aux règles de protection des données, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL par courrier.

Il est possible que cette recherche soit interrompue, si les circonstances le nécessitent, par le promoteur ou à la demande de l'autorité de santé.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. De plus vous pouvez exercer à tout moment votre droit de retrait de cette recherche. Le fait de ne pas ou de ne plus participer à cette recherche ne modifiera ni la qualité des soins qui sont prodigués à votre enfant, ni la prise en charge dans la maternité qui vous accueille, ni vos relations avec les différents professionnels de santé. Vous pouvez demander à tout moment des explications complémentaires sur l'étude à l'équipe soignante.

Lorsque vous aurez lu cette note d'information, vous disposerez d'un délai de 24 heures afin d'obtenir les réponses aux questions que vous vous posez en interrogeant le responsable de l'étude. A l'issue de ces 24 heures, il vous sera proposé, si vous en êtes d'accord, de signer cette note d'information.

Nous vous remercions par avance pour votre attention et pour votre aide dans la réalisation de cette étude.

Date :/...../.....

Signature du 2^{ème} détenteur de l'autorité parentale

Paraphe de l'investigateur

(Précédée de la mention « Lu et compris »)

ANNEXE 5.1 CAHIER DE QUESTIONNAIRES J0-J3



ETUDE BODYBABE



CAHIER QUESTIONNAIRES SUITES DE COUCHES J0

Date : / /

N° inclusion :

Vous avez accepté de participer à l'étude BodyBabe afin d'évaluer la perception que vous avez de votre propre corps et du corps de votre bébé, et nous vous en remercions.

Ce questionnaire est entièrement anonyme, toutes les réponses resteront confidentielles.

Le cahier qui vous est fourni comporte 12 pages et se compose de :

- 1 fiche de données personnelles
- 3 questionnaires
- 2 échelles de silhouettes

Le temps total de remplissage est de 15-20 minutes. Certaines questions peuvent vous paraître redondantes, toutefois nous vous demanderons de lire attentivement chaque question et de répondre de manière individuelle à chacune d'entre elles afin de permettre une étude exhaustive.

Attention : pour les questionnaires, vous ne devez cocher, à l'aide d'une croix, qu'une seule et unique réponse à chaque question.

FICHE DE DONNEES PERSONNELLES

Merci d'indiquer ci-dessous :

1. Votre adresse mail :

.....

2. Votre poids actuel : kg

(Mettez dans la case ci-contre votre poids en kg)

BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ)

Au cours des 4 dernières semaines, y compris aujourd'hui (1 seule case à cocher à chaque question) :

1. Est-ce que le fait de vous ennuyer vous donne des idées noires à propos de votre silhouette ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

2. Avez-vous été si tracassée par votre silhouette que vous avez senti que vous deviez faire un régime ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

3. Avez-vous pensé que vos cuisses, hanches ou fesses sont trop grosses par rapport au reste de votre corps ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

4. Avez-vous eu peur de devenir grosse (ou plus grosse) ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

5. Avez-vous été tracassée par le fait que votre chair ne soit pas assez ferme ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

6. Vous sentir remplie (après un copieux repas par exemple) vous a-t-il fait vous sentir grosse ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

7. Vous êtes-vous sentie si mal à propos de votre silhouette au point d'en pleurer ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

8. Avez-vous évité de courir par peur que votre chair ne bouge, ne se balance de façon disgracieuse ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

9. En présence de femmes minces, vous sentez-vous gênée, embarrassée par votre silhouette ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

10. Avez-vous été tracassée par le fait que vos cuisses s'élargissent quand vous vous asseyez ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

11. Manger même une petite quantité de nourriture vous a-t-il fait vous sentir grosse ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

12. Prêtez-vous attention à la silhouette des autres femmes et avez-vous senti que votre propre silhouette était moins bien ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

13. Penser à votre silhouette trouble-t-il votre capacité à vous concentrer (pendant que vous regardez la télévision, que vous lisez, que vous écoutez une conversation...)?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

14. Être nue, comme quand vous prenez un bain, vous fait-il vous sentir grosse ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

15. Avez-vous évité de porter des vêtements qui soulignent votre silhouette ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

16. Avez-vous imaginé de faire enlever des parties grosses de votre corps ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

17. Manger des sucreries, des gâteaux ou autres aliments riches en calories, vous a-t-il fait vous sentir grosse ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

18. Avez-vous évité des sorties à certaines occasions (par exemple des soirées) parce que vous vous êtes sentie mal à l'aise à cause de votre silhouette ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

19. Vous êtes-vous sentie excessivement grosse ou ronde ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

20. Avez-vous eu honte de votre corps ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

21. Vous tracasser à propos de votre silhouette vous a-t-il conduit à faire un régime ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

22. Vous êtes-vous sentie plus contente de votre silhouette quand vous avez eu l'estomac vide (comme par exemple le matin) ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

23. Avez-vous pensé que vous avez la silhouette que vous méritez à cause d'un manque de contrôle de vous-même ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

24. Avez-vous été tracassée par le fait que les autres pourraient voir vos bourrelets ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

25. Avez-vous senti comme injuste le fait que les autres femmes soient plus minces que vous ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

26. Avez-vous vomi pour vous sentir plus mince ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

27. En public, êtes-vous préoccupée par le fait de prendre trop de place (comme par exemple, en étant assise dans un canapé ou un siège de bus) ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

28. Avez-vous été préoccupée par le fait que votre peau ait l'aspect peau d'orange ou de cellulite ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

29. Voir votre reflet (comme par exemple dans un miroir ou la vitrine d'un magasin) vous a-t-il fait vous sentir mal à l'aise au sujet de votre silhouette ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

30. Avez-vous pincé des parties grosses de votre corps pour voir combien elles étaient grosses ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

31. Avez-vous évité des situations où les gens pouvaient voir votre corps (par exemple dans des vestiaires ou à la piscine) ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

32. Avez-vous pris des laxatifs pour vous sentir plus mince ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

33. Avez-vous été particulièrement préoccupée par votre silhouette quand vous étiez en compagnie d'autres personnes ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

34. Avez-vous été tracassée par votre silhouette au point de vous sentir obligée de faire de l'exercice ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

FIGURE RATING SCALE (FRS)

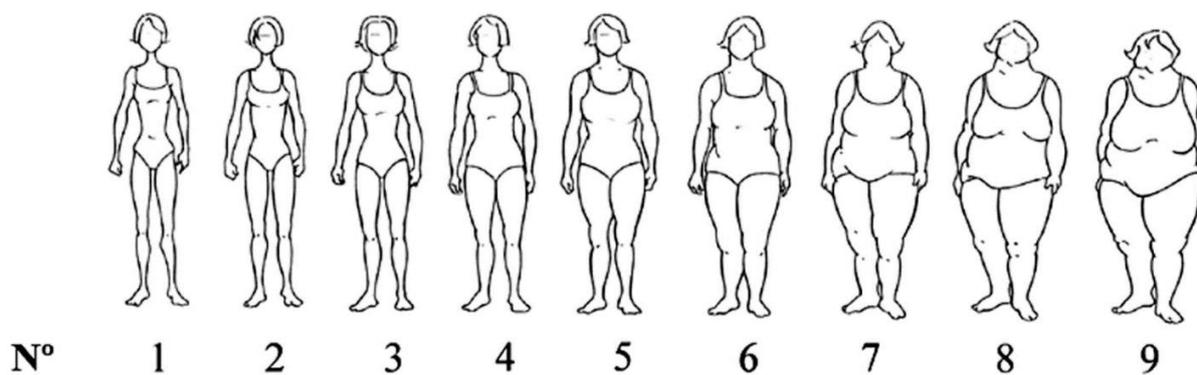
A partir des dessins suivants, indiquez :

1. Quelle est l'image qui, selon vous, vous représente le mieux actuellement ?

(Mettez dans la case ci-contre le numéro de l'image qui correspond à votre choix)

2. Quelle est l'image qui correspond le mieux à ce que vous souhaiteriez être actuellement ?

(Mettez dans la case ci-contre le numéro de l'image qui correspond à votre choix)



ECHELLE BODYBABE

Depuis la naissance de votre enfant (1 seule case à cocher à chaque question):

1. Etes-vous préoccupée par l'apparence physique de votre enfant ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

2. Donnez-vous à manger à votre bébé sans crainte ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

3. Pensez-vous que le poids de votre bébé est proportionnel à sa taille ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

4. Vous arrive-t-il de trouver que le ventre de votre bébé est trop gros ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

5. Êtes-vous gênée par le fait que les autres puissent voir les rondeurs/les plis de votre bébé ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

6. Êtes-vous satisfaite de la corpulence et de la silhouette (forme du corps) de votre enfant ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

7. Vous arrive-t-il de trouver que les cuisses de votre bébé sont trop rondes/potelées ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

8. Vous arrive-t-il d'avoir peur que votre enfant devienne gros/en surpoids/obèse ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

9. Pensez-vous que les bras de votre bébé sont juste à la bonne taille ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

10. Prêtez-vous attention aux autres bébés et avez-vous senti que la silhouette de votre bébé était moins bien ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

11. Vous arrive-t-il de trouver que le menton/cou de votre bébé est trop potelé (double menton/pli du cou) ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

12. Etes-vous préoccupée par le poids de votre enfant ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

13. Lorsque votre bébé est nu, comme quand vous lui donnez le bain, êtes-vous gênée par le corps de votre enfant ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

14. Avez-vous peur que votre bébé prenne trop de poids ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

15. Vous arrive-t-il de trouver les joues de votre bébé trop rondes/potelées ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

16. Vous arrive-t-il de penser à entamer un régime alimentaire pour votre bébé /à le faire maigrir ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

17. Pensez-vous que le ventre de votre bébé est juste à la bonne taille ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

18. Avez-vous envie de modifier certains aspects de la silhouette de votre bébé ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

19. Pensez-vous que les cuisses de votre bébé sont juste à la bonne taille ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

20. Avez-vous l'impression de vous focaliser sur le poids de votre bébé ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

21. Vous arrive-t-il de trouver les bras de votre bébé trop ronds/potelés ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

22. Etes-vous préoccupée par le désir que votre bébé soit moins rond/ moins potelé ou plus mince ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

23. Pensez-vous que les joues de votre bébé sont juste à la bonne taille ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

24. Vous arrive-t-il de sentir comme injuste le fait que d'autres bébés soient moins ronds/ moins potelés ou plus minces que le vôtre ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

25. Vous sentez-vous mal à l'aise ou coupable quand vous avez donné à manger à votre bébé ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

INFANT BODY FIGURE DRAWINGS (IBFD)

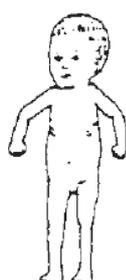
A partir des dessins suivants, indiquez :

1. Quelle est l'image qui, selon vous, représente le mieux votre bébé actuellement ?

(Mettez dans la case ci-contre le numéro de l'image qui correspond à votre choix)

2. Quelle est l'image qui correspond le mieux à ce que vous souhaiteriez que votre bébé soit actuellement ?

(Mettez dans la case ci-contre le numéro de l'image qui correspond à votre choix)



N° 1

2

3

4

5

6

7

EATING ATTITUDE TEST (EAT)

Au cours des 7 derniers jours, y compris aujourd'hui (1 seule case à cocher à chaque question) :

1. J'aime manger en compagnie.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

2. Je prépare la cuisine pour les autres mais je ne mange pas ce que je fais.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

3. Je deviens anxieuse avant de manger.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

4. Je suis terrifiée à la pensée d'être trop grosse.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

5. J'évite de manger quand j'ai faim.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

6. Je suis préoccupée par la nourriture.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

7. J'ai eu des accès de glotonnerie durant lesquels j'ai senti que je ne pourrai peut-être pas m'arrêter.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

8. Je découpe mes aliments en petits morceaux.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

9. J'ai conscience de la teneur calorique des aliments que je mange.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

10. J'évite spécialement les aliments riches en hydrates de carbone (pain, pommes de terre, riz).

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

11. Je me sens gonflée après le repas.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

12. Je sens que les autres préféreraient que je mange davantage.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

13. Je vomis après avoir mangé.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

14. Je me sens extrêmement coupable après avoir mangé.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

15. Le désir d'être plus mince me préoccupe.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

16. Je m'acharne à faire de l'exercice pour brûler des calories.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

17. Je me pèse plusieurs fois par jour.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

18. J'aime que mes vêtements soient moulants.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

19. Je prends plaisir à manger de la viande.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

20. Je me réveille tôt le matin.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

21. Je mange tous les jours les mêmes aliments.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

22. Quand je fais de l'exercice je pense aux calories que je brûle.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

23. Avant ma grossesse, j'avais des règles régulières.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

24. Les autres pensent que je suis trop maigre.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

25. Je suis préoccupée à l'idée d'avoir de la graisse sur le corps.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

26. Je passe plus de temps que les autres à prendre mes repas.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

27. J'aime bien manger au restaurant.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

28. Je prends des laxatifs.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

29. J'évite de manger des aliments sucrés.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

30. Je mange des aliments de régime.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

31. J'ai l'impression que la nourriture domine ma vie.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

32. Je montre volontiers mes capacités à contrôler mon alimentation.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

33. Je sens que les autres font pression sur moi pour que je mange.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

34. Je consacre trop de temps et je pense trop à la nourriture.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

35. Je souffre de constipation.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

36. Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des sucreries.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

37. J'essaie d'entreprendre des régimes.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

38. J'aime avoir l'estomac vide.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

39. Je prends plaisir à essayer des aliments nouveaux et riches.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

40. J'ai l'impulsion de vomir après les repas.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

ANNEXE 5.2 CAHIER DE QUESTIONNAIRES J15



ETUDE BODYBABE



CAHIER QUESTIONNAIRES J15

Vous avez accepté de participer à l'étude BodyBabe afin d'évaluer la perception que vous avez de votre propre corps et du corps de votre bébé, et nous vous en remercions.

Ce questionnaire est entièrement anonyme, toutes les réponses resteront confidentielles.

Le cahier qui vous est fourni comporte :

- 1 fiche de données personnelles
- 3 questionnaires

Le temps total de remplissage est de 10 minutes. Certaines questions peuvent vous paraître redondantes, toutefois nous vous demanderons de lire attentivement chaque question et de répondre de manière individuelle à chacune d'entre elles afin de permettre une étude exhaustive.

FICHE DE DONNEES PERSONNELLES

Merci d'indiquer ci-dessous :

1. **Votre adresse mail :**

2. Votre poids actuel : kg

(Mettez dans la case ci-contre votre poids en kg)

3. Le poids actuel de votre enfant : , kg

(Mettez dans la case ci-contre le poids de votre enfant en kg)

4. La taille actuelle de votre enfant : , cm

(Mettez dans la case ci-contre la taille de votre enfant en cm)

5. Avez-vous allaité votre enfant lorsque vous étiez à la maternité (allaitement maternel) ?

Oui

Non

6. Quel type d'allaitement utilisez-vous actuellement pour votre enfant ?

Allaitement maternel exclusif

Allaitement mixte (allaitement maternel + allaitement artificiel au biberon)

Allaitement artificiel exclusif au biberon

Je ne donne plus de lait à mon enfant

7. Si vous utilisez un allaitement artificiel au biberon (exclusif ou associé à l'allaitement maternel), quel type de lait utilisez-vous principalement ?

Lait 1er âge

Lait 2ème âge (lait de suite)

Lait 3ème âge (lait de croissance)

Lait d'origine animale (lait de vache, chèvre, brebis, ânesse...)

Lait d'origine végétale (lait de soja, coco, amande, châtaigne...)

Autre (précisez) :

8. Qui donne principalement à manger à votre enfant ?

Vous (sa mère)

Son père

Les deux parents

Autre (précisez) :

9. Pesez-vous votre enfant à la maison (en plus des pesées effectuées lors de consultations chez le médecin ou autre professionnel de santé) ?

Oui

Non

BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ)

Au cours des 7 derniers jours, y compris aujourd'hui (1 seule case à cocher à chaque question) :

1. Est-ce que le fait de vous ennuyer vous donne des idées noires à propos de votre silhouette ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

2. Avez-vous été si tracassée par votre silhouette que vous avez senti que vous deviez faire un régime ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

3. Avez-vous pensé que vos cuisses, hanches ou fesses sont trop grosses par rapport au reste de votre corps ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

4. Avez-vous eu peur de devenir grosse (ou plus grosse) ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

5. Avez-vous été tracassée par le fait que votre chair ne soit pas assez ferme ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

6. Vous sentir remplie (après un copieux repas par exemple) vous a-t-il fait vous sentir grosse ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

7. Vous êtes-vous sentie si mal à propos de votre silhouette au point d'en pleurer ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

8. Avez-vous évité de courir par peur que votre chair ne bouge, ne se balance de façon disgracieuse ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

9. En présence de femmes minces, vous sentez-vous gênée, embarrassée par votre silhouette ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

10. Avez-vous été tracassée par le fait que vos cuisses s'élargissent quand vous vous asseyez ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

11. Manger même une petite quantité de nourriture vous a-t-il fait vous sentir grosse ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

12. Prêtez-vous attention à la silhouette des autres femmes et avez-vous senti que votre propre silhouette était moins bien ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

13. Penser à votre silhouette trouble-t-il votre capacité à vous concentrer (pendant que vous regardez la télévision, que vous lisez, que vous écoutez une conversation...)?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

14. Être nue, comme quand vous prenez un bain, vous fait-il vous sentir grosse ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

15. Avez-vous évité de porter des vêtements qui soulignent votre silhouette ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

16. Avez-vous imaginé de faire enlever des parties grosses de votre corps ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

17. Manger des sucreries, des gâteaux ou autres aliments riches en calories, vous a-t-il fait vous sentir grosse ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

18. Avez-vous évité des sorties à certaines occasions (par exemple des soirées) parce que vous vous êtes sentie mal à l'aise à cause de votre silhouette ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

19. Vous êtes-vous sentie excessivement grosse ou ronde ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

20. Avez-vous eu honte de votre corps ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

21. Vous tracasser à propos de votre silhouette vous a-t-il conduit à faire un régime ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

22. Vous êtes-vous sentie plus contente de votre silhouette quand vous avez eu l'estomac vide (comme par exemple le matin) ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

23. Avez-vous pensé que vous avez la silhouette que vous méritez à cause d'un manque de contrôle de vous-même ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

24. Avez-vous été tracassée par le fait que les autres pourraient voir vos bourrelets ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

25. Avez-vous senti comme injuste le fait que les autres femmes soient plus minces que vous ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

26. Avez-vous vomi pour vous sentir plus mince ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

27. En public, êtes-vous préoccupée par le fait de prendre trop de place (comme par exemple, en étant assise dans un canapé ou un siège de bus) ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

28. Avez-vous été préoccupée par le fait que votre peau ait l'aspect peau d'orange ou de cellulite ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

29. Voir votre reflet (comme par exemple dans un miroir ou la vitrine d'un magasin) vous a-t-il fait vous sentir mal à l'aise au sujet de votre silhouette ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

30. Avez-vous pincé des parties grosses de votre corps pour voir combien elles étaient grosses ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

31. Avez-vous évité des situations où les gens pouvaient voir votre corps (par exemple dans des vestiaires ou à la piscine) ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

32. Avez-vous pris des laxatifs pour vous sentir plus mince ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

33. Avez-vous été particulièrement préoccupée par votre silhouette quand vous étiez en compagnie d'autres personnes ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

34. Avez-vous été tracassée par votre silhouette au point de vous sentir obligée de faire de l'exercice ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

ECHELLE BODYBABE

Au cours des 7 derniers jours, y compris aujourd'hui (1 seule case à cocher à chaque question):

1. Etes-vous préoccupée par l'apparence physique de votre enfant ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

2. Donnez-vous à manger à votre bébé sans crainte ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

3. Pensez-vous que le poids de votre bébé est proportionnel à sa taille ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

4. Vous arrive-t-il de trouver que le ventre de votre bébé est trop gros ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

5. Êtes-vous gênée par le fait que les autres puissent voir les rondeurs/les plis de votre bébé ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

6. Êtes-vous satisfaite de la corpulence et de la silhouette (forme du corps) de votre enfant ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

7. Vous arrive-t-il de trouver que les cuisses de votre bébé sont trop rondes/potelées ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

8. Vous arrive-t-il d'avoir peur que votre enfant devienne gros/en surpoids/obèse ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

9. Pensez-vous que les bras de votre bébé sont juste à la bonne taille ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

10. Prêtez-vous attention aux autres bébés et avez-vous senti que la silhouette de votre bébé était moins bien ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

11. Vous arrive-t-il de trouver que le menton/cou de votre bébé est trop potelé (double menton/pli du cou) ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

12. Etes-vous préoccupée par le poids de votre enfant ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

13. Lorsque votre bébé est nu, comme quand vous lui donnez le bain, êtes-vous gênée par le corps de votre enfant ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

14. Avez-vous peur que votre bébé prenne trop de poids ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

15. Vous arrive-t-il de trouver les joues de votre bébé trop rondes/potelées ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

16. Vous arrive-t-il de penser à entamer un régime alimentaire pour votre bébé /à le faire maigrir ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

17. Pensez-vous que le ventre de votre bébé est juste à la bonne taille ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

18. Avez-vous envie de modifier certains aspects de la silhouette de votre bébé ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

19. Pensez-vous que les cuisses de votre bébé sont juste à la bonne taille ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

20. Avez-vous l'impression de vous focaliser sur le poids de votre bébé ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

21. Vous arrive-t-il de trouver les bras de votre bébé trop ronds/potelés ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

22. Etes-vous préoccupée par le désir que votre bébé soit moins rond/ moins potelé ou plus mince ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

23. Pensez-vous que les joues de votre bébé sont juste à la bonne taille ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

24. Vous arrive-t-il de sentir comme injuste le fait que d'autres bébés soient moins ronds/ moins potelés ou plus minces que le vôtre ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

25. Vous sentez-vous mal à l'aise ou coupable quand vous avez donné à manger à votre bébé ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

Au cours des 7 derniers jours, y compris aujourd'hui (1 seule case à cocher à chaque question):

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

- Aussi souvent que d'habitude
- Pas tout à fait autant
- Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

- Autant que d'habitude
- Plutôt moins que d'habitude
- Vraiment moins que d'habitude
- Pratiquement pas

3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, jamais

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison

- Oui, vraiment souvent
- Oui, parfois
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements

- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Seulement de temps en temps
- Non, jamais

10. Il m'est arrivé de penser à me faire mal

Oui, très souvent

Parfois

Presque jamais

Jamais

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

ANNEXE 5.3 CAHIER DE QUESTIONNAIRES M9



ETUDE BODYBABE



CAHIER QUESTIONNAIRES M9

Vous avez accepté de participer à l'étude BodyBabe afin d'évaluer la perception que vous avez de votre propre corps et du corps de votre bébé, et nous vous en remercions.

Ce questionnaire est entièrement anonyme, toutes les réponses resteront confidentielles.

Le cahier qui vous est fourni comporte :

- 1 fiche de données personnelles
- 4 questionnaires
- 2 échelles de silhouettes

Le temps total de remplissage est de 20-25 minutes. Certaines questions peuvent vous paraître redondantes, toutefois nous vous demanderons de lire attentivement chaque question et de répondre de manière individuelle à chacune d'entre elles afin de permettre une étude exhaustive.

FICHE DE DONNEES PERSONNELLES

Merci d'indiquer ci-dessous :

1. Votre adresse mail :.....

2. Votre poids actuel : kg

(Mettez dans la case ci-contre votre poids en kg)

3. Le poids actuel de votre enfant : , kg

(Mettez dans la case ci-contre le poids de votre enfant en kg)

4. La taille actuelle de votre enfant : , cm

(Mettez dans la case ci-contre la taille de votre enfant en cm)

5. Quel type d'allaitement utilisez-vous actuellement pour votre enfant ?

- Allaitement maternel exclusif
- Allaitement mixte (allaitement maternel + allaitement artificiel au biberon)
- Allaitement artificiel exclusif au biberon
- Je ne donne plus de lait à mon enfant

6. Si vous utilisez un allaitement artificiel au biberon (exclusif ou associé à l'allaitement maternel), quel type de lait utilisez-vous principalement?

- Lait 1er âge
- Lait 2ème âge (lait de suite)
- Lait 3ème âge (lait de croissance)
- Lait d'origine animale (lait de vache, chèvre, brebis, ânesse...)
- Lait d'origine végétale (lait de soja, coco, amande, châtaigne...)
- Autre (précisez) :

11. Dans l'alimentation de votre enfant, avez-vous introduit les farines/céréales infantiles (à ajouter dans le biberon) ?

Oui Si oui, à quel âge (mois) :mois

Non Si non, pourquoi : Vous avez peur que votre enfant devienne gros
 Vous considérez ces aliments comme inadaptés pour un enfant de son âge
 Autre (précisez) :.....

12. Dans l'alimentation de votre enfant, avez-vous introduit les produits céréaliers (pain, petites pâtes, semoule, riz...)?

Oui Si oui, à quel âge (mois) :mois

Non Si non, pourquoi : Vous avez peur que votre enfant devienne gros
 Vous considérez ces aliments comme inadaptés pour un enfant de son âge
 Autre (précisez) :.....

13. Dans l'alimentation de votre enfant, avez-vous introduit la viande blanche cuite ?

Oui Si oui, à quel âge (mois) :mois

Non Si non, pourquoi : Vous avez peur que votre enfant devienne gros
 Vous considérez ces aliments comme inadaptés pour un enfant de son âge
 Autre (précisez) :.....

14. Dans l'alimentation de votre enfant, avez-vous introduit la viande rouge cuite ?

Oui Si oui, à quel âge (mois) :mois

Non Si non, pourquoi : Vous avez peur que votre enfant devienne gros
 Vous considérez ces aliments comme inadaptés pour un enfant de son âge
 Autre (précisez) :.....

19. Pesez-vous votre enfant à la maison (en plus des pesées effectuées lors de consultations chez le médecin ou autre professionnel de santé) ?

Oui

Non

20. Qui prépare principalement le repas de l'enfant à domicile ?

Vous (sa mère)

Son père

Les deux parents

Autre (précisez) :

21. Comment est préparé le repas de votre enfant à domicile ?

Alimentation « faite maison »

Alimentation industrielle (« petits pots » industriels)

Alimentation mixte (industrielle et « faite maison »)

22. Qui donne principalement à manger à votre enfant ?

Vous (sa mère)

Son père

Les deux parents

Autre (précisez):

23. Si votre enfant est gardé par une autre personne que vous (crèche, assistante maternelle, nounou, grands-parents, etc...), comment se passent les repas ?

Plus facilement qu'à domicile (moins de cris/pleurs, moins de refus alimentaires...)

Comme à domicile

Plus difficilement qu'à domicile (plus de cris/pleurs, plus de refus alimentaires...)

Je ne suis pas concernée par cette question car c'est moi qui garde mon enfant

24. Avez-vous repris une activité professionnelle ?

Oui

Non

25. Si oui, à quelle date ?.....

BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ)

Au cours des 4 dernières semaines, y compris aujourd'hui (1 seule case à cocher à chaque question) :

1. Est-ce que le fait de vous ennuyer vous donne des idées noires à propos de votre silhouette ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

2. Avez-vous été si tracassée par votre silhouette que vous avez senti que vous deviez faire un régime ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

3. Avez-vous pensé que vos cuisses, hanches ou fesses sont trop grosses par rapport au reste de votre corps ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

4. Avez-vous eu peur de devenir grosse (ou plus grosse) ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

5. Avez-vous été tracassée par le fait que votre chair ne soit pas assez ferme ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

6. Vous sentir remplie (après un copieux repas par exemple) vous a-t-il fait vous sentir grosse ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

7. Vous êtes-vous sentie si mal à propos de votre silhouette au point d'en pleurer ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

8. Avez-vous évité de courir par peur que votre chair ne bouge, ne se balance de façon disgracieuse ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

9. En présence de femmes minces, vous sentez-vous gênée, embarrassée par votre silhouette ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

10. Avez-vous été tracassée par le fait que vos cuisses s'élargissent quand vous vous asseyez ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

11. Manger même une petite quantité de nourriture vous a-t-il fait vous sentir grosse ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

12. Prêtez-vous attention à la silhouette des autres femmes et avez-vous senti que votre propre silhouette était moins bien ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

13. Penser à votre silhouette trouble-t-il votre capacité à vous concentrer (pendant que vous regardez la télévision, que vous lisez, que vous écoutez une conversation...)?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

14. Être nue, comme quand vous prenez un bain, vous fait-il vous sentir grosse ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

15. Avez-vous évité de porter des vêtements qui soulignent votre silhouette ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

16. Avez-vous imaginé de faire enlever des parties grosses de votre corps ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

17. Manger des sucreries, des gâteaux ou autres aliments riches en calories, vous a-t-il fait vous sentir grosse ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

18. Avez-vous évité des sorties à certaines occasions (par exemple des soirées) parce que vous vous êtes sentie mal à l'aise à cause de votre silhouette ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

19. Vous êtes-vous sentie excessivement grosse ou ronde ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

20. Avez-vous eu honte de votre corps ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

21. Vous tracasser à propos de votre silhouette vous a-t-il conduit à faire un régime ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

22. Vous êtes-vous sentie plus contente de votre silhouette quand vous avez eu l'estomac vide (comme par exemple le matin) ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

23. Avez-vous pensé que vous avez la silhouette que vous méritez à cause d'un manque de contrôle de vous-même ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

24. Avez-vous été tracassée par le fait que les autres pourraient voir vos bourrelets ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

25. Avez-vous senti comme injuste le fait que les autres femmes soient plus minces que vous ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

26. Avez-vous vomi pour vous sentir plus mince ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

27. En public, êtes-vous préoccupée par le fait de prendre trop de place (comme par exemple, en étant assise dans un canapé ou un siège de bus) ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

28. Avez-vous été préoccupée par le fait que votre peau ait l'aspect peau d'orange ou de cellulite ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

29. Voir votre reflet (comme par exemple dans un miroir ou la vitrine d'un magasin) vous a-t-il fait vous sentir mal à l'aise au sujet de votre silhouette ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

30. Avez-vous pincé des parties grosses de votre corps pour voir combien elles étaient grosses ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

31. Avez-vous évité des situations où les gens pouvaient voir votre corps (par exemple dans des vestiaires ou à la piscine) ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

32. Avez-vous pris des laxatifs pour vous sentir plus mince ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

33. Avez-vous été particulièrement préoccupée par votre silhouette quand vous étiez en compagnie d'autres personnes ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

34. Avez-vous été tracassée par votre silhouette au point de vous sentir obligée de faire de l'exercice ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

FIGURE RATING SCALE (FRS)

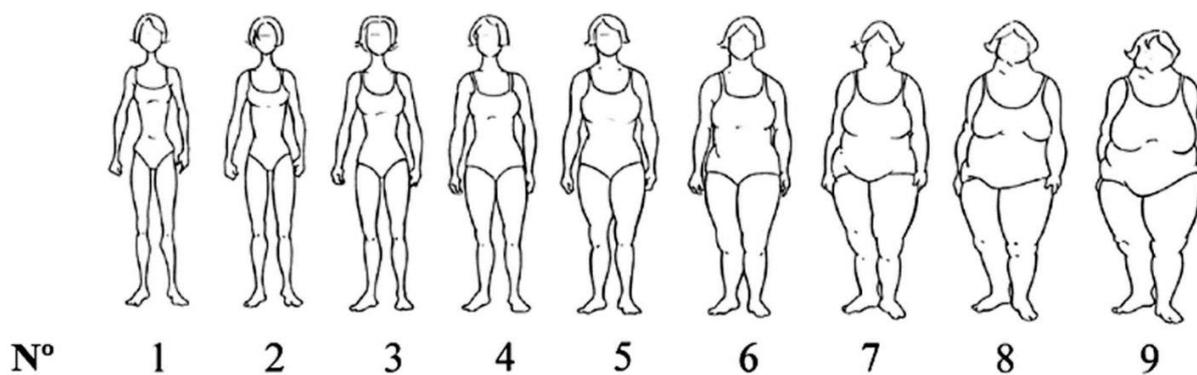
A partir des dessins suivants, indiquez :

3. Quelle est l'image qui, selon vous, vous représente le mieux actuellement ?

(Mettez dans la case ci-contre le numéro de l'image qui correspond à votre choix)

4. Quelle est l'image qui correspond le mieux à ce que vous souhaiteriez être actuellement ?

(Mettez dans la case ci-contre le numéro de l'image qui correspond à votre choix)



ECHELLE BODYBABE

Au cours des 4 dernières semaines, y compris aujourd'hui (1 seule case à cocher à chaque question):

1. Êtes-vous préoccupée par l'apparence physique de votre enfant ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

2. Donnez-vous à manger à votre bébé sans crainte ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

3. Pensez-vous que le poids de votre bébé est proportionnel à sa taille ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

4. Vous arrive-t-il de trouver que le ventre de votre bébé est trop gros ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

5. Êtes-vous gênée par le fait que les autres puissent voir les rondeurs/les plis de votre bébé ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

6. Êtes-vous satisfaite de la corpulence et de la silhouette (forme du corps) de votre enfant ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

7. Vous arrive-t-il de trouver que les cuisses de votre bébé sont trop rondes/potelées ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

8. Vous arrive-t-il d'avoir peur que votre enfant devienne gros/en surpoids/obèse ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

9. Pensez-vous que les bras de votre bébé sont juste à la bonne taille ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

10. Prêtez-vous attention aux autres bébés et avez-vous senti que la silhouette de votre bébé était moins bien ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

11. Vous arrive-t-il de trouver que le menton/cou de votre bébé est trop potelé (double menton/pli du cou) ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

12. Etes-vous préoccupée par le poids de votre enfant ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

13. Lorsque votre bébé est nu, comme quand vous lui donnez le bain, êtes-vous gênée par le corps de votre enfant ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

14. Avez-vous peur que votre bébé prenne trop de poids ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

15. Vous arrive-t-il de trouver les joues de votre bébé trop rondes/potelées ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

16. Vous arrive-t-il de penser à entamer un régime alimentaire pour votre bébé /à le faire maigrir ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

17. Pensez-vous que le ventre de votre bébé est juste à la bonne taille ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

18. Avez-vous envie de modifier certains aspects de la silhouette de votre bébé ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

19. Pensez-vous que les cuisses de votre bébé sont juste à la bonne taille ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

20. Avez-vous l'impression de vous focaliser sur le poids de votre bébé ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

21. Vous arrive-t-il de trouver les bras de votre bébé trop ronds/potelés ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

22. Etes-vous préoccupée par le désir que votre bébé soit moins rond/ moins potelé ou plus mince ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

23. Pensez-vous que les joues de votre bébé sont juste à la bonne taille ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

24. Vous arrive-t-il de sentir comme injuste le fait que d'autres bébés soient moins ronds/ moins potelés ou plus minces que le vôtre ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

25. Vous sentez-vous mal à l'aise ou coupable quand vous avez donné à manger à votre bébé ?

Jamais Rarement Parfois Souvent Très souvent Toujours

INFANT BODY FIGURE DRAWINGS (IBFD)

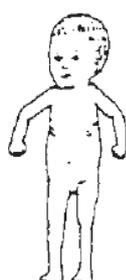
A partir des dessins suivants, indiquez :

3. Quelle est l'image qui, selon vous, représente le mieux votre bébé actuellement ?

(Mettez dans la case ci-contre le numéro de l'image qui correspond à votre choix)

4. Quelle est l'image qui correspond le mieux à ce que vous souhaiteriez que votre bébé soit actuellement ?

(Mettez dans la case ci-contre le numéro de l'image qui correspond à votre choix)



N° 1

2

3

4

5

6

7

EATING ATTITUDE TEST (EAT)

Au cours des 7 derniers jours, y compris aujourd'hui (1 seule case à cocher à chaque question) :

1. J'aime manger en compagnie.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

2. Je prépare la cuisine pour les autres mais je ne mange pas ce que je fais.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

3. Je deviens anxieuse avant de manger.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

4. Je suis terrifiée à la pensée d'être trop grosse.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

5. J'évite de manger quand j'ai faim.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

6. Je suis préoccupée par la nourriture.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

7. J'ai eu des accès de glotonnerie durant lesquels j'ai senti que je ne pourrai peut-être pas m'arrêter.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

8. Je découpe mes aliments en petits morceaux.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

9. J'ai conscience de la teneur calorique des aliments que je mange.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

10. J'évite spécialement les aliments riches en hydrates de carbone (pain, pommes de terre, riz).

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

11. Je me sens gonflée après le repas.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

12. Je sens que les autres préféreraient que je mange davantage.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

13. Je vomis après avoir mangé.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

14. Je me sens extrêmement coupable après avoir mangé.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

15. Le désir d'être plus mince me préoccupe.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

16. Je m'acharne à faire de l'exercice pour brûler des calories.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

17. Je me pèse plusieurs fois par jour.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

18. J'aime que mes vêtements soient moulants.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

19. Je prends plaisir à manger de la viande.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

20. Je me réveille tôt le matin.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

21. Je mange tous les jours les mêmes aliments.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

22. Quand je fais de l'exercice je pense aux calories que je brûle.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

23. Avant ma grossesse, j'avais des règles régulières.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

24. Les autres pensent que je suis trop maigre.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

25. Je suis préoccupée à l'idée d'avoir de la graisse sur le corps.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

26. Je passe plus de temps que les autres à prendre mes repas.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

27. J'aime bien manger au restaurant.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

28. Je prends des laxatifs.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

29. J'évite de manger des aliments sucrés.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

30. Je mange des aliments de régime.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

31. J'ai l'impression que la nourriture domine ma vie.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

32. Je montre volontiers mes capacités à contrôler mon alimentation.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

33. Je sens que les autres font pression sur moi pour que je mange.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

34. Je consacre trop de temps et je pense trop à la nourriture.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

35. Je souffre de constipation.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

36. Je me sens mal à l'aise après avoir mangé des sucreries.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

37. J'essaie d'entreprendre des régimes.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

38. J'aime avoir l'estomac vide.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

39. Je prends plaisir à essayer des aliments nouveaux et riches.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

40. J'ai l'impulsion de vomir après les repas.

Jamais Rarement Quelques fois Souvent Très souvent Toujours

EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

Au cours des 7 derniers jours, y compris aujourd'hui (1 seule case à cocher à chaque question):

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

- Aussi souvent que d'habitude
- Pas tout à fait autant
- Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

- Autant que d'habitude
- Plutôt moins que d'habitude
- Vraiment moins que d'habitude
- Pratiquement pas

3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, jamais

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison

- Oui, vraiment souvent
- Oui, parfois
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements

- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Seulement de temps en temps
- Non, jamais

10. Il m'est arrivé de penser à me faire mal

Oui, très souvent

Parfois

Presque jamais

Jamais

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE SCOFF-F

1. Vous êtes-vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein » ?

Oui

Non

2. Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?

Oui

Non

3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de trois mois ?

Oui

Non

4. Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?

Oui

Non

5. Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?

Oui

Non

Interprétation :

Deux réponses positives ou plus révèlent un possible trouble du comportement alimentaire.

SERMENT D'HIPPOCRATE VERSION LONGUE (CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS)

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE VERSION COURTE

En présence des maîtres de cette faculté et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

ANOREXIE MENTALE, GROSSESSE ET POST-PARTUM

Evaluation des perceptions corporelles sur leur propre corps et sur le corps de leur enfant chez les jeunes mères atteintes d'anorexie mentale

Résumé :

CONTEXTE : La prévalence de l'anorexie mentale chez les femmes enceintes s'élève entre 1 et 5%, selon les études récentes. Alors que la grossesse aurait plutôt un effet bénéfique sur les symptômes alimentaires, c'est au moment du post-partum que le risque de rechute est le plus important. Beaucoup d'études se sont intéressées à la perception que les femmes anorexiques ont de leur corps au cours de la grossesse et du post-partum, mais peu ont étudié la perception que les femmes ont du corps de leur enfant, et leur lien.

OBJECTIF PRINCIPAL :

Volet 1 : Valider un questionnaire de mesure de satisfaction corporelle des enfants (questionnaire Bodybabe) par des mères souffrant d'anorexie mentale.

Volet 2 : Étudier, chez la mère souffrant d'anorexie mentale, les relations entre les perceptions qu'elle a de son propre corps, et les perceptions qu'elle a du corps de son bébé.

METHODE : Il s'agit d'une étude observationnelle, basée sur une évaluation des perceptions corporelles de jeunes mères anorexiques, au moyen d'auto-questionnaires (BSQ, questionnaire Bodybabe) et d'échelles de silhouettes (FRS, IBFD), avec suivi longitudinal (à J0, J15, et M9). Les patientes avec un IMC < 18,5kg/m², ou un antécédent d'anorexie mentale, sont repérées par les professionnels en suites de couches, puis adressées à l'investigateur qui vérifie la présence des critères DSM-5 de l'anorexie mentale et procède -ou non- à l'inclusion.

RESULTATS : Ce travail est une étude préliminaire permettant la description et la présentation des premiers résultats concernant l'objectif principal. Au sujet du questionnaire Bodybabe, le test-retest réalisé entre J0 et J15 montre une stabilité des réponses, en faveur de la reproductibilité du questionnaire. Ceci reste à confirmer sur un échantillon plus important.

L'analyse de cet échantillon (n=9) met en évidence des mères en situation de précarité, avec une vulnérabilité somatique et sociale. Leur grossesse se caractérise par moins de complications (HTA, diabète gestationnel), malgré un suivi périnatal insuffisant. Les nouveau-nés présentent une prématurité, une hypotrophie et un RCIU plus fréquents, avec une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine.

Les évaluations montrent que les mères anorexiques ne présentent pas d'insatisfaction corporelle sur le corps de leur bébé. Par contre, ces jeunes mères manifestent des distorsions corporelles sur leur propre corps et, pour près de la moitié d'entre elles, un désir d'être plus mince. Les perceptions corporelles, sur leur corps et sur le corps de leur bébé, ne diffèrent pas entre J0 et J15. A J15, près de la moitié de ces femmes présente un risque élevé de dépression post-natale.

CONCLUSION : Cette étude a montré une identification insuffisante de l'anorexie mentale chez les femmes enceintes. Au vu des risques psychiques et somatiques chez la mère et le nouveau-né, un repérage des femmes enceintes avec une anorexie mentale serait indispensable, afin d'organiser une prise en charge périnatale spécialisée et multidisciplinaire.

Mots-clés :

- Anorexie mentale
- Grossesse

- Perceptions corporelles
- Post-partum

- Troubles alimentaires
- Corps du bébé