



**HAL**  
open science

# Désordres alimentaires et grossesse : facteurs de risques psychosociaux. Revue de la littérature

Jana Bassema Jabak

► **To cite this version:**

Jana Bassema Jabak. Désordres alimentaires et grossesse : facteurs de risques psychosociaux. Revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04780913

**HAL Id: dumas-04780913**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04780913v1>**

Submitted on 13 Nov 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



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

**UNIVERSITE DE MONTPELLIER**

**UFR DE MEDECINE**

**DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE /SITE D'ENSEIGNEMENT  
MONTPELLIER**

**Désordres alimentaires et grossesse :  
facteurs de risques psychosociaux**

*Revue de la littérature*

**Mémoire de fin d'études présenté et soutenu le 6 juin 2024 par :**

**Jana Bassema JABAK**

**En vue de l'obtention du**

**DIPLÔME d'ÉTAT de SAGE-FEMME**

**Délivré par l'Université de MONTPELLIER**

**Année 2024**

**Mémoire sous la direction du Professeur GUILLAUME Sébastien et sous la  
guidance de Mme ALDEBERT Françoise, sage-femme enseignante**



**UNIVERSITE DE MONTPELLIER**  
**UFR DE MEDECINE**  
**DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE /SITE D'ENSEIGNEMENT**  
**MONTPELLIER**

**Désordres alimentaires et grossesse :  
facteurs de risques psychosociaux**

*Revue de la littérature*

**Jana Bassema JABAK**

**En vue de l'obtention du**

**DIPLÔME d'ÉTAT de SAGE-FEMME**

**Délivré par l'Université de MONTPELLIER**

**Année 2024**

**Mémoire sous la direction du Professeur GUILLAUME Sébastien et sous la  
guidance de Mme ALDEBERT Françoise, sage-femme enseignante**

**Ce document est protégé dans l'Université de Montpellier, toute reproduction  
partielle ou totale vous expose à des poursuites judiciaires. - @Droit d'auteur selon  
les articles L111-1 à L113-10 du code de la propriété littéraire et artistique ».**

## **Remerciements :**

A mon directeur de mémoire, le Pr Guillaume Sébastien, qui s'est rendu disponible, pour ses conseils et son soutien tout au long de ce travail.

A Mme Françoise Aldebert, guidante de mémoire, pour son aide, son soutien, ses conseils et son humanisme pendant ses années d'études.

Je remercie ma famille,

A ma maman, ma warrior, qui m'a soutenu et encouragée durant mes années d'études, sans qui tout cela n'aurait été possible.

A mon papa, pour son amour et ses encouragements, même à distance.

A ma sœur Lynn, toujours disponible malgré le décalage horaire, toujours sur le fil pour me soutenir.

## Sommaire

<b>1. Introduction</b> .....	<b>3</b>
1.1 Synthèse .....	3
1.2 Enjeux .....	5
1.3 Justification de l'étude .....	6
<b>2 Matériels et méthode</b> .....	<b>14</b>
2.1 Type d'étude.....	14
2.2 Bases de données.....	14
2.3 Stratégie de recherche .....	14
2.4 Sélection des articles .....	16
2.5 Résultats de la recherche bibliographique.....	17
<b>3 Résultats</b> .....	<b>18</b>
3.1 Présentation générale .....	18
3.2 Synthèse des articles sélectionnés.....	19
3.3 Résultats lien désordres alimentaires et symptômes dépressifs .....	25
3.4 Résultats lien désordres alimentaires et symptômes anxieux .....	30
3.5 Résultats lien désordres alimentaires et soutien social .....	34
3.6 Désordres alimentaires et liens avec antécédents de violences.....	37
3.7 Désordres alimentaires et liens avec niveau d'éducation.....	38
<b>4 Discussion</b> .....	<b>39</b>
4.1 Points forts de l'étude.....	39
4.2 Points faibles de l'étude .....	40
4.3 Principaux résultats .....	40
4.4 Perspectives d'avenir .....	43
<b>Conclusion</b> .....	<b>46</b>
<b>References</b> .....	<b>47</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>50</b>
<b>Glossaire</b> .....	<b>60</b>
<b>Table des Matières</b> .....	<b>62</b>

## 1. Introduction

### 1.1 Synthèse

La grossesse est un moment marqué par des changements corporels avec cela différents rapports au corps. Ceci implique des changements sociaux et psychiques avec des vulnérabilités émergentes. Ce bouleversement serait vécu difficilement par les femmes atteintes de troubles de conduite alimentaire (TCA) (1) ou ayant des désordres alimentaires.

Un trouble du comportement alimentaire se caractérise par un trouble en rapport à l'alimentation. Ils sont souvent prédominants à travers les troubles anorexie mentale, boulimie mentale et hyperphagie, mais peuvent également se présenter sous forme de troubles dits atypiques. Ils peuvent apparaître à tout âge, notamment chez les adolescents et les jeunes adultes.

En ce qui concerne la fréquence des TCA pendant la grossesse, différentes études dans la littérature retrouvent des conclusions différentes.

Tiller et Treasure (1998) (2) dans leur étude suggèreraient la grossesse comme facteur déclenchant des TCA, via l'étude de cas 23 patientes, où les troubles semblent survenir suite à une grossesse chez des femmes ayant un terrain favorable. Cette étude avait néanmoins un faible effectif pour être concluante

Une autre étude, celle de Conrad et al (2003) (3) présente le cas d'une patiente boulimique dont les symptômes sont majorés suite à sa 3<sup>ème</sup> grossesse, en lien avec une estime de soi diminuée et une relation maritale en difficulté.

L'étude de Crow et al. (2008) (4) postule que si une amélioration des symptômes de TCA peuvent être remarquées durant la grossesse, la période du post-partum est marquée par un risque de rechute importante, d'où l'idée que la grossesse serait un moment « idéal » pour intervenir chez les femmes vulnérables à des conduites alimentaires inadaptées. Il montre également que des symptômes de TCA, des désordres alimentaires, persisteraient pendant la grossesse, même si la symptomatologie est moins marquée.

Enfin, Easter et al. (2013) (5) dans leur étude suggèrent une prévalence élevée des TCA durant la grossesse et en particulier dans le cas de l'hyperphagie boulimique (BED) et des formes subcliniques/non spécifiées (EDNOS), ainsi que des traits de TCA et des soucis de poids et de formes importants.

Nous tirons de ces études une conclusion : si les TCA sont moins marqués pendant la grossesse, des désordres alimentaires et des symptômes persistent.

Par désordres alimentaires nous définissons un ensemble de conduites alimentaires inadaptées et retrouvées dans le diagnostic des TCA dont: des restrictions diététiques, des soucis liés au corps et au poids, des épisodes d'hyperphagie, des comportements compensatoires (vomissement induit, activité sportive excessive, utilisation de laxatifs ou autres médicaments, jeûne). Ces conduites sont en général motivées par les mêmes facteurs déclenchants que les TCA « classiques » et donc sont liés à un terrain de vulnérabilité similaire. Une alimentation désordonnée peut masquer un TCA subclinique ou des symptômes de TCA, sans que ce soit un véritable TCA diagnostiqué (AN, BN, BED...) répondant aux critères du DSM-5 pour leur classification. (6)

Les désordres alimentaires sont donc des formes subcliniques de TCA ou des symptômes de TCA avec une fréquence et intensité diminuée. Toutefois, leurs effets pendant la grossesse sont similaires aux effets de symptômes de TCA durant la grossesse, avec un risque de récurrence ou d'aggravation durant le postpartum qui est majoré.

Les risques obstétricaux des TCA et des désordres alimentaires sont bien documentés dans la littérature (7) Hyperémésis Gravidarum, risque plus élevé de fausses couches, de prématurité, un taux de césarienne augmenté, risque de dépression du post partum.

De plus, plusieurs études notent les conséquences psychologiques des TCA et des désordres alimentaires.

Dans l'étude qualitative de Tierney et al. (2011) (1) le vécu des femmes ayant eu un TCA concernant leur grossesse fait surgir des thèmes de contrôle, perfectionnisme, peur d'échec, transformation du corps, et d'inquiétudes sur l'état de l'enfant. Les mères citent une angoisse vis-à-vis de leur capacité à être de « bonnes mères » et parfois des difficultés à retrouver un épanouissement durant la grossesse à cause de leurs conduites à risques.



Une étude qualitative de Claydon et al en 2018 (8) portées sur les femmes atteintes de TCA et leur vécu face à une grossesse évoque l'émergence de différentes émotions face à la parentalité dont: soucis de l'image corporelle, inquiétude liée à la prise de poids, des sentiments de culpabilité et de honte, ainsi que des inquiétudes liées à la santé de l'enfant. Ces troubles de l'alimentation auraient donc un impact important sur la santé mentale des femmes enceintes.

## 1.2 Enjeux

Les recommandations de la HAS de 2019 sur les TCA et les désordres alimentaires dans le cadre du suivi de grossesse sont les suivantes :

*Rechercher un trouble des conduites alimentaires en cas de nausées ou de vomissements gravidiques particulièrement intenses, de prise poids excessive ou insuffisante.*

*Orienter les patientes pour lesquelles on suspecte un trouble des conduites alimentaires vers une évaluation par un spécialiste, et si besoin un suivi multidisciplinaire en coordination avec le suivi obstétrical.*

*Être vigilant chez les femmes avec des antécédents de troubles des conduites alimentaires car la grossesse et le post-partum sont des situations à risque de majoration des troubles, de rechute, de troubles de l'humeur.*

*Chez les femmes avec un trouble des conduites alimentaires connu, il est important d'assurer un suivi régulier, attentif et personnalisé. (9)*

Or l'étude qualitative de Bye et al. (10) sur les barrières d'identification des TCA chez les patients et les soignants montre entre autres une difficulté éprouvée par les soignants à dépister ces troubles.

Ceci nous amène à nous questionner sur les facteurs de risques qui devraient attirer l'attention du soignant afin de dépister des désordres alimentaires durant la grossesse.

Dans l'étude de Baskin et al de 2020 (11) portant sur l'alimentation désordonnée (*disordered eating*) et les troubles psychosociaux durant la grossesse, les auteurs mettent en lumière un lien entre une attitude négative envers la grossesse et mauvaise satisfaction

relationnelle dans le couple au T2 et les symptômes de TCA durant la grossesse, et un lien similaire retrouvé au T3 mais médié par les symptômes dépressifs et anxieux.

Baskin et al ont aussi mené une deuxième étude de cohorte similaire en 2021 (12) qui met l'accent sur la moitié-fin de la grossesse comme moment particulier en termes de risques

Ces deux études révèlent un intérêt à dépister les facteurs prédictifs psychosociaux qui sont plus notables dès le T2 et au T3.

Nous allons présenter deux articles pour étudier la fréquence et l'évolution des désordres alimentaires pendant la grossesse, pour ensuite étudier les facteurs psychosociaux associés.

### **1.3 Justification de l'étude**

#### **1.3.1 Lecture Critique d'Article : Article 1**

Notre premier article s'intéresse à l'évolution des symptômes de désordres alimentaires pendant la grossesse :

*Eating disorder symptoms in pregnancy: a prospective study*

*Scott J Crow, W Stewart Agras, Ross Crosby, Katherine Halmi, James E Mitchell*

##### **1.3.1.1 Présentation de l'article**

Le titre de l'étude est le suivant : « Eating disorder symptoms in pregnancy : a prospective study », elle a été publiée en 2008 dans l'International Journal of Eating disorders. Il s'agit d'une étude longitudinale prospective, qui étudie à la fois les comportements alimentaires et les désordres alimentaires chez les femmes enceintes présentant divers diagnostics de troubles de l'alimentation.

Cette étude a un niveau de preuve 2 (NP2, présomption scientifique) selon la haute autorité de santé (HAS).

L'objectif de cette étude est d'étudier l'évolution des symptômes et des attitudes des troubles de l'alimentation pendant la grossesse.

La population étudiée sont 385 femmes recrutées via 3 universités (Cornell University, Stanford University ou University of Minnesota) ayant un désordre alimentaire, que ce soit un trouble du comportement alimentaire avéré (TCA) ou des formes subcliniques de l'anorexie (AN), la boulimie (BN) et l'hyperphagie alimentaire (BED).

Ces femmes ont été suivies pendant 4 ans, 42 des participantes ont obtenu une grossesse durant l'étude. La répartition diagnostique de l'échantillon était la suivante : AN : 5 (11,9 %) ; BN : 15 (35,7%) ; BED: 4 (9,5 %) ; AN partiel : 5 (11,9 %) ; BN partiel : 10 (23,8 %) ; et BED partiel : 3 (7,1 %). L'âge moyen des participantes enceintes était de 27,3 ans (SD 5,3).

Des entretiens ont été effectués tous les 6 mois en présentiel, avec des entretiens téléphoniques tous les 3 mois. Le questionnaire utilisé est le « Eating Disorders Examination » (EDE) avec des questions portant sur les restrictions alimentaires (EDE Restraint), l'inquiétude du poids (EDE Weight Concern), l'inquiétude de la forme (EDE Shape Concern) ainsi que les fréquences d'épisodes d'hyperphagie et de purge.

Les résultats montrent que les scores EDE Restraint, EDE Shape Concern et EDE Weight Concern ont diminué de manière significative mais sont revenus proches des valeurs de base après l'accouchement. La fréquence des épisodes objectifs de frénésie alimentaire tous les 28 jours a également changé au cours de la grossesse (8,7 avant la grossesse, 2,9 pendant la grossesse, 4,1 post-partum), tout comme la frénésie alimentaire subjective (7,6 avant la grossesse, 5,7 pendant la grossesse et 5,1 post-partum) et les purges (12,9 avant la grossesse , 5,5 pendant la grossesse et 7,7 post-partum).

### **1.3.1.2 Analyse**

A propos des auteurs, Scott J Crow est un docteur en médecine dans le département de psychiatrie à l'université de Minnesota aux Etats-Unis, il a rédigé 335 articles dont celui-ci, cité 31 fois. W. Stewart Agras quant à lui a rédigé 219 articles. Les autres auteurs ont aussi un nombre conséquent d'articles sur le sujet abordé, ils semblent bien impliqués dans le domaine étudié.

En ce qui concerne le titre de cette étude, il permet de déduire clairement le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés, qui est une étude prospective.

Le résumé de l'article fournit une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé. Les mots clés sont cités clairement à la fin du résumé.

Dans l'introduction, le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question sont énoncés, qui sont le manque d'études sur les désordres alimentaires pendant la grossesse.

Les objectifs spécifiques de l'étude ne sont pas clairement cités dans l'introduction, ni toutes les hypothèses a priori. Ce qui est souligné de nouveau est l'aspect prospectif de cette étude, qui aurait des évaluations intensives des symptômes des femmes suivies.

Concernant la méthode, les éléments clés de la conception de l'étude sont présentés en tout début de document.

Le contexte est décrit, les lieux sont décrits (3 sites universitaires) mais les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données ne sont pas précisées : nous ne savons que la durée de recrutement de 4 ans mais sans autres précisions.

Concernant la population étudiée, nous n'avons pas d'information détaillée sur la sélection des patientes, notamment sur les critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion. Cela pourrait entraîner un biais de reproductibilité de l'étude. Nous savons qu'un consentement écrit a été recueilli et que l'approbation a été reçue du comité d'examen institutionnel de chaque site avant le lancement de l'étude.

De plus, les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets ne sont pas détaillés hormis les sites de recrutements, nous ne savons pas comment ces femmes ont été incluses, ce qui pourrait induire un biais de sélection. Les méthodes de suivi sont aussi peu détaillées, et les sujets perdus de vue ne sont pas mentionnés. Les mesures prises pour éviter certains biais ne sont pas discutés.

Il est précisé qu'une méthode statistique de modèles multiniveaux a été utilisé pour comparer les scores EDE. Les auteurs ont choisi une analyse logarithmique avec une correction de Bonferroni.

Concernant les résultats, les données présentées et les résultats sont cohérents. Ils sont présentés de façon claire et appropriée et ils correspondent aux objectifs de l'étude. Le tableau présenté est clair et compréhensible, les p-value ont été calculées pour chaque variables et sont précisées dans le tableau.

Dans leur discussion, les auteurs reprennent leurs résultats afin de répondre à leurs objectifs. Leurs limites sont évoquées brièvement (nombre n restreint), sans discussion des autres biais potentiels de leur étude.

Cette étude comporte un nombre de biais non négligeables dont une méthodologie peu étayée. Elle nous montre la baisse des symptômes de désordres alimentaires pendant la grossesse, avec une recrudescence en post partum. Nous allons voir à travers l'article suivant les facteurs de risques de tels comportements.

### **1.3.2 Lecture Critique article : Article 2**

Notre deuxième article s'intéresse aux facteurs psychosociaux potentiellement liés aux désordres alimentaires pendant la grossesse :

*Psychosocial factors, mental health symptoms, and disordered eating during pregnancy*  
Rachel Baskin / Denny Meyer PhD2 / Roslyn Galligan PhD1

#### **1.3.2.1 Présentation de l'article**

Le titre de cette étude est « Psychosocial factors, mental health symptoms, and disordered eating during pregnancy ». Elle a été publiée dans l'International Journal of Eating Disorders EN 2020.

Il s'agit d'une étude de cohorte prospective avec un niveau de preuve 2 selon la HAS (NP2, présomption scientifique).

Les objectifs de cette étude sont d'étudier les associations directes entre les facteurs psychosociaux avec les troubles de l'alimentation au début et au milieu de la grossesse et au milieu et à la fin de la grossesse ; étudier la relation indirecte entre les facteurs psychosociaux et les troubles de l'alimentation médiés par la dépression ou des symptômes d'anxiété au début et au milieu de la grossesse et au milieu et à la fin de la grossesse ; et enfin explorer si les relations entre les facteurs psychosociaux, les symptômes dépressifs et anxieux et les troubles de l'alimentation différaient entre les femmes primipares et multipares au début et au milieu de la grossesse et au milieu et à la fin de la grossesse.

Les participantes correspondent à 258 femmes enceintes ayant rempli un questionnaire initial au début et au milieu de la grossesse (T1) et de 159 femmes ayant rempli un questionnaire de suivi au milieu et à la fin de la grossesse (T2). Les participantes ont été recrutées entre octobre 2016 et septembre 2017 via les réseaux sociaux et des dépliants placés dans les universités, les hôpitaux et les centres commerciaux. Ils devaient être âgés de 18 ans ou plus, vivre en Australie et avoir entre 18 et 24 semaines de gestation au début du programme. Dans la mesure où cet article examinait la satisfaction relationnelle, les femmes célibataires ont été exclues. Aucun autre critère d'exclusion n'est appliqué.

À T1, les attitudes négatives à l'égard de la grossesse et une moindre satisfaction relationnelle étaient directement liées à une augmentation des troubles de l'alimentation,  $\beta = 0,33$  (0,15, 0,47),  $p < 0,01$  et  $\beta = -0,15$  (-0,29, -0,01),  $p < .05$ , respectivement. Cependant, il n'y avait aucune association indirecte significative entre les facteurs psychosociaux et les troubles de l'alimentation via les symptômes dépressifs. À T2, seules des symptômes dépressifs accrus étaient directement associés à des troubles de l'alimentation,  $\beta = 0,43$  (0,21, 0,64),  $p < 0,01$ . Cependant, attitudes négatives à l'égard de la grossesse,  $\beta = 0,14$  (0,06, 0,26),  $p < 0,01$ , attitudes inadaptées à l'égard de la maternité,  $\beta = 0,18$  (0,08, 0,32),  $p < 0,01$ , et satisfaction relationnelle inférieure,  $\beta = -0,06$  (-0,15, 0,00),  $p < 0,05$  étaient indirectement liés à des troubles de l'alimentation via des symptômes dépressifs.

À T2, les attitudes négatives à l'égard de la grossesse et une moindre satisfaction relationnelle étaient directement liées à une augmentation des troubles de l'alimentation,  $\beta = 0,35$  (0,19, 0,50)  $p < 0,01$  et  $\beta = -0,17$  (-0,30, -0,03),  $p < 0,05$ ., respectivement. Cependant, il n'y avait aucune association indirecte significative entre les facteurs psychosociaux et les troubles de l'alimentation via les symptômes anxieux. À T2, symptômes d'anxiété,  $\beta = 0,29$  (0,05, 0,54),  $p < 0,05$ , attitudes négatives à l'égard de la grossesse,  $\beta = 0,23$  (0,03, 0,45),  $p < 0,05$  et attitudes inadaptées à la maternité,  $\beta = .24$  (0,04, 0,43),  $p < 0,05$  étaient directement associés à une augmentation des troubles de l'alimentation. Les attitudes négatives à l'égard de la grossesse,  $\beta = 0,07$  (0,01, 0,19),  $p < 0,05$  et les attitudes inadaptées à l'égard de la maternité,  $\beta = 0,13$  (0,03, 0,28),  $p < 0,05$  étaient également indirectement associées à des troubles de l'alimentation via des symptômes d'anxiété.

Il n'y avait pas de différence significative entre les femmes primipares et multipares à T1,  $\chi^2(7) = 11,31$ ,  $p > 0,05$ . Cependant, il existait une différence significative dans les

femmes primipares et multipares à T2,  $\chi^2(7) = 20,74$ ,  $p < 0,01$ . Pour les femmes multipares au T2, il existait des associations directes entre les attitudes négatives à l'égard de la grossesse et les symptômes dépressifs avec une augmentation des troubles de l'alimentation,  $\beta = 0,45$  (0,11, 0,73),  $p < 0,01$ . et  $\beta = 0,42$  (0,12, 0,70),  $p < 0,05$ , respectivement. De plus, les attitudes négatives à l'égard de la grossesse,  $\beta = 0,13$  (0,01, 0,35),  $p < 0,05$  et les attitudes inadaptées à l'égard de la maternité,  $\beta = 0,10$  (0,01, 0,28),  $p < 0,05$  étaient indirectement liées aux troubles alimentaires dus à la dépression. Il n'y avait pas de relation directe ou indirecte significative avec les troubles de l'alimentation chez les femmes primipares à T2, seulement un effet total significatif dans le cas des attitudes envers la maternité. Lorsque les symptômes d'anxiété ont été entrés comme médiateur dans le modèle au lieu des symptômes dépressifs, les tests d'invariance ont révélé qu'il n'y avait pas de différence significative entre les femmes primipares et multipares à T1,  $\chi^2(7) = 6,65$ ,  $p > 0,05$  ou au T2,  $\chi^2(7) = 9,98$ ,  $p > 0,05$ .

### 1.3.2.2 Analyse

Concernant les auteurs : Rachel Baskins a rédigé 155 articles et semble peu citée dans la littérature. Le docteur en psychiatrie Denny Meyer en revanche a rédigé 3457 articles et est cité 52 fois dans la littérature. Le docteur en psychiatrie Roslyn Galligan en a rédigé 14 et est citée 6 fois. Ensembles les auteurs semblent bien versés sur le sujet en question.

Ni le titre de l'étude ni le résumé n'indique le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés.

Le résumé fournit une information synthétique et objective de ce qui a été fait et retrouvé dans l'étude.

Dans l'introduction, le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question sont bien expliqués. Les objectifs sont clairement cités, cependant les hypothèses a priori ne le sont pas.

Concernant la méthodologie de l'étude, celle-ci est bien détaillée. Le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données sont bien précisés.

En ce qui concerne la population choisie, les auteurs décrivent dans cette partie les critères d'éligibilité et les critères d'exclusion des sujets. Les méthodes de suivi sont également expliquées. La taille de l'échantillon après inclusion est décrite, ainsi que la façon dont elle a été déterminée. Pour chaque variable choisie, un questionnaire adapté est expliqué et justifié.

Le nombre de sujets à inclure a été validé par les test statistiques choisis (nécessitant un  $n > 100$ ). Les analyses statistiques ont bien été décrites pour chaque variable, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion. Le traitement des données manquantes et des perdus de vue est clairement expliqué. Toutes ces explications permettent au lecteur de visualiser clairement la méthode appliquée.

Concernant les résultats, les caractéristiques socio démographiques sont détaillées dans un tableau. En outre, les données présentées et les résultats sont cohérents, ils sont présentés de manière claire et appropriée. L'utilisation de diagrammes et tableaux aide le lecteur à comprendre les liens entre les différentes variables.

Cependant, l'utilisation de T1 et T2 pour décrire les deuxièmes et troisièmes trimestres de grossesse respectivement prête à confusion lors de la lecture des nombreuses informations présentées.

Dans la discussion, les auteurs résumant clairement les résultats qui sont conformes aux objectifs de l'étude.

Les points importants sont notés et les limitations suggérées par les auteurs sont prises en compte. Les résultats de cette étude ont été comparés aux résultats d'études antérieures dans la littérature pour prouver leur validité.

Plusieurs limites ont été suggérées par les auteurs, qui sont l'utilisation de questionnaires non conçus pour les femmes enceintes, ainsi que les potentiels facteurs de confusion entre les différentes variables. Aucune corrélation directe ne peut donc être conclue. Ils soulignent également la non-reproductibilité de l'étude vu la population australienne étudiée qui a un niveau d'étude important (biais de sélection via les flyers sur campus, librairies, etc.).



### **1.3.3 Problématique et hypothèse**

Le travail de recherche en amont fait émerger la problématique suivante : quels sont les facteurs psychosociaux que l'on peut dépister lors de l'interrogatoire pendant la grossesse, au T2 et au T3, prédisposant à des désordres alimentaires ?

Notre hypothèse est la suivante : les facteurs psycho-sociaux, qui sont les symptômes dépressifs et anxieux, sont des facteurs de risques accrus de développer un désordre alimentaire durant la seconde moitié de la grossesse.

Notre objectif est d'identifier dans la littérature les différents facteurs psychosociaux associés à des désordres alimentaires durant les différents trimestres grossesse.

## **2 Matériels et méthode**

### **2.1 Type d'étude**

Nous avons choisi afin de répondre à notre problématique de réaliser une revue de littérature sur les désordres alimentaires pendant la grossesse et les facteurs de risques psychosociaux associés.

### **2.2 Bases de données**

Cette revue a été réalisée à l'aide d'articles recherchés sur des bases de données scientifiques présentes sur Internet, dans le cadre d'une revue de la littérature.

La sélection des articles s'est focalisée sur les bases de données suivantes : Science Direct, Pubmed, EM Consult et Cochrane.

La consultation des bases de données a eu lieu de décembre 2021 à juin 2022.

### **2.3 Stratégie de recherche**

#### **2.3.1 Mots clés et termes MeSH (Medical Sending Headings)**

Nous avons opté pour une stratégie similaire dans toutes les bases de données afin de limiter les biais de notre recherche.

En organisant le screening des articles de la manière suivante : dans un premier temps, nous avons sélectionné les mots clés que nous avons ensuite traduit en terme MeSH (Medical Sending Headings) sur le site internet HeTOP (Health Terminology/Ontologie Portal).

Les mots suivants ont été retenus :

“disordered eating” pour désordres alimentaires

“eating disorders” pour troubles du comportement alimentaire

“pregnancy” pour grossesse

“depression” pour dépression

“anxiety” pour anxiété

“psychosocial risk factors” pour facteurs de risques psychosociaux

Ces termes MeSH sont les plus utilisés dans les articles les désordres alimentaires pendant la grossesse et les facteurs psychosociaux.

### 2.3.2 Organisation des mots clés

Nous avons utilisé les mêmes équations de recherche pour chaque base de données scientifique afin de limiter les biais dans notre démarche de recherche.

Les équations de recherche utilisées sont les suivantes :

- « disordered eating » [All Fields] OR “eating disorder” [All Fields] AND “pregnancy” [All Fields]
- « disordered eating » [All Fields] OR “eating disorder” [All Fields] AND “pregnancy” [All Fields] AND “risk factors” [All Fields]
- “disordered eating” [All Fields] AND “pregnancy” [All Fields] AND “depression” [All Fields]
- “disordered eating” [All Fields] AND “pregnancy” [All Fields] AND “anxiety” [All Fields]
- “disordered eating” [All Fields] AND “pregnancy” [All Fields] AND “psychosocial” [All Fields]

## **2.4 Sélection des articles**

### **2.4.1 Critères d'inclusion**

Nous nous sommes basés sur les critères d'inclusion suivants :

- Les articles rédigés en Anglais ou Français.
- Les articles publiés sans de limite de date, « lifetime publication ».
- Les articles adhérant à la méthode IMRaD.

Nous avons analysé chaque méthodologie de tous les articles afin de ne sélectionner que ceux présentant un niveau de preuve suffisamment élevé. La méthodologie de chaque article devait obligatoirement suivre une méthodologie IMRaD.

### **2.4.2. Critères de non-inclusion**

Les critères de non-inclusion que nous avons choisis pour la réalisation de notre revue sont les suivants :

- Les articles non disponibles en ligne.
- Les articles payants.
- Les revues de la littérature.
- Les études de cas isolés.

### **2.4.2 Critères d'exclusion**

Nous avons décidé d'exclure les articles n'ayant pas de rapport avec le sujet traité malgré le respect des critères d'inclusion, nous avons donc exclus les articles traitant les TCA en dehors de la grossesse et les articles traitant les TCA uniquement en Post-Partum. Nous avons exclu également les articles en doublons

## **2.5 Résultats de la recherche bibliographique**

Nous avons trouvé un total de 2477 articles avec nos critères de recherches initiaux. Après retrait de doublons nous avons retrouvé 863 articles.

Une première sélection basée sur les titres et les abstracts nous permet de tirer 75 articles potentiellement en lien avec notre sujet.

Une seconde sélection a été réalisée avec lecture minutieuse des articles : 20 étaient hors sujet de notre étude, 4 étaient des revues de la littérature, 1 étude était une étude de validation interne, 2 étaient les mêmes études publiées dans des journaux différents et 6 étaient en lien avec le post partum.

De cette seconde sélection, nous avons enfin retenu un total de 15 articles pour la réalisation de notre revue, tous répondant aux critères d'inclusion de l'étude.

### 3 Résultats

#### 3.1 Présentation générale

Voici ci-dessous un diagramme de flux résumant la sélection de nos articles.

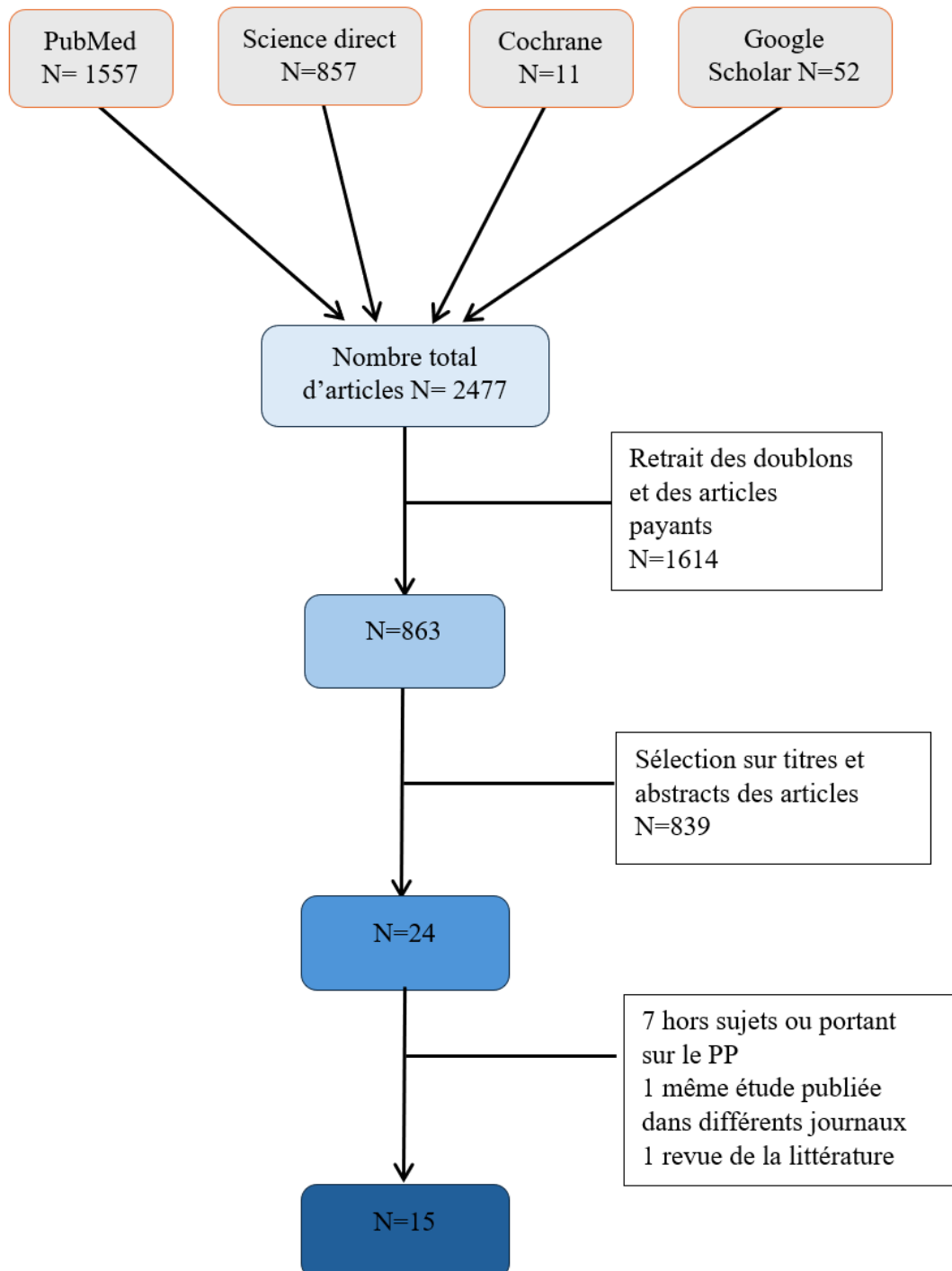


Figure 1: Diagramme de Flux

Nous avons sélectionné 15 articles correspondant à nos critères d'inclusion en rapport avec le sujet, nous le présenterons sous forme de tableau avec leurs titres, les auteurs, l'année de publication, le type d'étude, la population étudiée et les thèmes abordés.

### 3.2 Synthèse des articles sélectionnés

*Tableau I : Présentation des articles sélectionnés*

<b>Auteurs, année de publication, revue</b>	<b>Titre</b>	<b>Type d'étude et Niveau de preuve (NP)</b>	<b>Population</b>	<b>Thèmes abordés et objectifs</b>
<b>Allison et al, 2012 (13)</b>  Obstetrics and Gynecology International	Psychosocial Characteristics and Gestational Weight Change among Overweight, African American Pregnant Women	Étude transversale observationnelle (NP4)	N=120 femmes enceintes 14-24SG	Décrire les facteurs psychosociaux identifiés comme contributeurs au gain de poids gestationnel chez les femmes enceintes de faible statut socio-économique, afro-américaines et en surpoids.
<b>Baskin et al, 2020</b>  International Journal of Eating Disorders (11)	Psychosocial factors, mental health symptoms, and disordered eating during pregnancy	Étude cohorte longitudinale (NP2)	N=258 à 18-24 SG N=159 à 30-32 SG	Étudier les associations entre les facteurs psychosociaux et les troubles de l'alimentation au milieu et à la fin de la grossesse

<b>Baskin et al, 2021 (12)</b>	Predicting the change in perinatal disordered eating symptoms: An examination of psychosocial factors	Etude cohorte longitudinale (NP2)	N = 249 à 18-24SG N = 151 à 30-32SG N = 124 à 8-10 S PP	Explorer comment les symptômes dépressifs ou anxieux pré-grossesse prédisent les troubles de l'alimentation et influencent leur évolution au cours de la grossesse et du post-partum
<b>Knoph Berg and al, 2011(14)</b>	Factors associated with binge eating disorder in pregnancy	Etude transversale (NP4)	45,644 femmes 18SG	Identifier les facteurs associés à l'incidence et à l'évolution du trouble de l'hyperphagie boulimique (BED) au sens large pendant la grossesse.
<b>Bulik et al, 2007 (15)</b>	Patterns of remission, continuation, and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and	Etude transversale (NP4)	41,157 femmes 18SG	Explorer les taux de rémission, de continuation et d'incidence de BN, BED et EDNOS-P pendant la grossesse.



	Child Cohort Study (MoBa)			
<b>Chan et al, 2019 (16)</b>  International Journal of Eating Disorders	Course, risk factors, and adverse outcomes of disordered eating in pregnancy	Etude de cohorte prospective longitudinale (NP2)	1 470 femmes enceintes chinoises des hôpitaux de Hong Kong	Déterminer la prévalence et les niveaux de troubles de l'alimentation pendant la période périnatale et identifier leurs facteurs de risque et leurs effets indésirables
<b>Easter et al, 2015 (17)</b>  European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association	Antenatal and postnatal psychopathology among women with current and past eating disorders: longitudinal patterns	Étude comparative prospective (NP2)	C-ED (n =31), P-ED (n = 29) and HC; n = 57	Enquêter l'évolution de la psychopathologie au cours des périodes prénatale et postnatale chez les femmes souffrant de troubles alimentaires actuels et passés.
<b>Gonçalves et al, 2015 (18)</b>  Journal of Health Psychology	Dysfunctional eating behaviour, psychological well-being, and adaptation to	Étude observationnelle transversale (NP4)	105 femmes T3	Évaluer la prévalence et les prédicteurs de l'alimentation dysfonctionnelle chez les femmes

	pregnancy: A study with women in the third trimester of pregnancy			au cours du troisième trimestre de grossesse
<b>Knoph Berg et al, 2008 (19)</b>  The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry	Psychosocial factors associated with broadly defined bulimia nervosa during early pregnancy: findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study	Etude de cohorte (NP2)	41,157 femmes 18SG	Étudier la relation entre les caractéristiques psychosociales et la boulimie nerveuse au sens large au début de la grossesse, y compris les facteurs associés à la poursuite, à l'incidence et à la rémission.
<b>Kolko et al, 2017 (20)</b>  The International Journal of Eating Disorders	Loss of control over eating before and during early pregnancy among community women with overweight and obesity	Étude longitudinale descriptive (NP4)	N=200; BMI≥25; 12–20 SG	Examiner la prévalence et les changements dans la perte de contrôle de l'alimentation chez les femmes enceintes en surpoids/obésité, ainsi que les associations avec les symptômes dépressifs et le stress.

<p><b>Lai et al, 2006 (21)</b></p> <p>The International Journal of Eating Disorders</p>	<p>A longitudinal study investigating disordered eating during the transition to motherhood among Chinese women in Hong Kong</p>	<p>Étude de cohorte prospective (NP2)</p>	<p>N=131</p>	<p>Explorer la prévalence et les facteurs psychosociaux des troubles de l'alimentation chez les nouvelles mères chinoises à Hong Kong.</p>
<p><b>Micali et al, 2010 (22)</b></p> <p>Journal of Affective Disorders</p>	<p>Pregnancy and post-partum depression and anxiety in a longitudinal general population cohort: the effect of eating disorders and past depression</p>	<p>Étude de cohorte (NP2)</p>	<p>N=10887</p>	<p>Étudier l'effet de la dépression passée, des troubles de l'alimentation passés et actuels sur l'anxiété et la dépression périnatales dans une vaste cohorte de femmes enceintes de la population générale</p>
<p><b>Santos et al, 2017 (23)</b></p> <p>Midwifery</p>	<p>Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women</p>	<p>Étude de cohorte (NP2)</p>	<p>N=913</p>	<p>Déterminer la présence de troubles de l'alimentation et son association avec la symptomatologie de l'anxiété et de la dépression dans</p>

				les grossesses à haut risque.
<b>Senior et al, 2005 (24)</b>  The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science	Early experiences and their relationship to maternal eating disorder symptoms, both lifetime and during pregnancy	Étude longitudinale (NP2)	N=10641	Explorer quelles expériences précoces, rappelées pendant la grossesse, étaient associées à la fois à des symptômes de troubles de l'alimentation au cours de la vie et prénatals dans un échantillon communautaire.
<b>Soares et al, 2009 (25)</b>  International Journal of Eating Disorders	Inappropriate eating behaviors during pregnancy: Prevalence and associated factors among pregnant women attending primary care in southern Brazil	Étude transversale (NP4)	N=712 (16-36 SG)	Examiner la prévalence des comportements alimentaires inappropriés et les facteurs associés chez les femmes enceintes

*SG= semaines de gestation*

*PP= post partum*

*C-ED= désordre alimentaire actuel*

*P-ED= antécédent de désordre alimentaire*

*HC= contrôle sain*

### 3.3 Résultats lien désordres alimentaires et symptômes dépressifs

12 de nos articles sélectionnés traitent la dépression et ses liens aux désordres alimentaires pendant la grossesse. Parmi ces articles, 10 retrouvaient des associations directes entre les symptômes dépressifs et les désordres alimentaires. Les 2 autres articles retrouvaient une association indirecte médiée par d'autres facteurs sociaux.

*Tableau II : Analyse des résultats concernant les symptômes dépressifs et les désordres alimentaires*

Articles	Outil(s) utilisé(s)	Résultats	Conclusion
<b>Allison et al, 2012 (13)</b>	NEQ Item sur l'hyperphagie de EDE-Q EDPS	NEQ moyen : 17.1 (SD = 5.9) EDPS moyen : 7.7 (SD = 6.0) :  Corrélations : EPDS – NEQ : $r=0.523$ $p=0.01$ EDPS – N° d'épisodes d'hyperphagie : $r=0.255$ $p=0.05$ EDPS – hyperphagie avec perte de contrôle : $r=0.219$ $p=0.05$	Association positive entre épisodes d'hyperphagie et symptômes dépressifs pendant la grossesse (14-24 SG)
<b>Baskin et al, 2020 (11)</b>	EDE-Q EDPS	T2 $\beta = 0.14$ (-0.03, 0.31)  T3 $\beta = 0.43$ (0.21, 0.64)  ** $p=0.01$	Pas de liens directs 18-24SA, médiation par autres facteurs psychosociaux. Association directe et indirecte entre symptômes dépressifs et désordres alimentaires au T3

<b>Baskin et al, 2021 (12)</b>	EDE-Q EDPS	EDE-Q Total T2-T3 : $\beta = -0.03 (-0.05, -0.01) *$ T2-PP : $\beta = 0.12 (0.08, 0.16) **$ EPDS-EDEQ T2-T3 : $\beta = 0.09 (0.03, 0.15) **$ T2-PP : $\beta = 0.06 (-0.02, 0.14)$	Lorsque les scores des symptômes dépressifs au T2 étaient élevés, les femmes ayant des attitudes négatives accrues à l'égard de la grossesse ou des attitudes inadaptées à l'égard de la maternité à T2 étaient plus susceptibles d'augmenter leur restriction alimentaire de T2 au PP. Les femmes ayant des scores d'autocompassion plus faibles à T2 étaient également plus susceptibles d'augmenter leurs restrictions de T2 au PP lorsque les symptômes dépressifs de T2 étaient élevés.
<b>Berg and al, 2011 (14)</b>	DSM 4 questionnaire sur BED Hopkins Symptoms checklist	Incidence du BED : Dépression majeure : RR : 2,47 (2,10–2,81) Poursuite du BED : Dépression majeure RR : 0,96 (0,88–1,05) Rémission du BED: Dépression majeure RR 1,06 (0,93–1,22)	Avoir eu une dépression majeure augmentait le risque d'incidence de BED pendant la grossesse de 2,47. Aucune corrélation avec la continuation ou la rémission
<b>Chan et al, 2019 (16)</b>	EAT-26 EDPS	Relation entre symptômes dépressifs et désordres alimentaires par trimestre : T1 : 0.05* $p < .05$	Symptômes dépressifs à T1 – T3 étaient associés de manière significative et indépendante à des troubles

		T2 : 0.20*** p < .0001 T3 : 0.13*** p < .0001	de l'alimentation au cours des trimestres respectifs.
<b>Easter et al, 2015 (17)</b>	EDE-Q  BDI	Depression chez les femmes enceintes : Avec TCA: C-ED b coeff: 2.0, 95% (IC 1.5–2.6) avec ATCD TCA:P-ED b coeff: 0.9; 95% (IC: 0.5–1.4)  =>scores de dépression plus élevés à tout moment que le groupe témoin.	Les scores de dépression sont plus élevés dans les groupes C-ED et P-ED que dans le groupe témoin et avaient tendance à diminuer ou à rester relativement stables tout au long de la grossesse et du post-partum.
<b>Gonçalves et al, 2015 (18)</b>	EDE-Q  BSI	Index positif BSI et désordres alimentaires : Depression: r = 0.33; p = 0.001	Corrélation entre désordres alimentaires et mauvais bien-être psychologique, notamment scores élevés symptômes dépressifs
<b>Knoph Berg et al, 2008 (19)</b>	DSM 4 questionnaire BN  Hopkins Symptom checklist	Symptômes dépressifs : Incidence BN: RR 2.63 (IC 1.50-4.59) Continuation BN: RR 1.26 (IC 0.94-1.69) Rémission BN: 0.68 (0.46-1.00)  ATCD depression : incidence BN 1.22 (IC 0.77-1.95)	Les cas incidents de BN pendant la grossesse ont été associés à des scores significativement plus élevés en termes de symptômes de dépression, pas de liens avec continuation ou rémission.

<b>Kolko et al, 2017 (20)</b>	EDE-PV  CES-D	Lien symptômes dépressifs et LOC:  $r = 0.71, p < 0.001$	Une fréquence plus élevée des épisodes d'hyperphagie alimentaire avec perte de contrôle était associée à des symptômes dépressifs plus élevés
<b>Micali et al, 2011 (22)</b>	EDE-Q  EDPS	Les femmes de tous les groupes index avaient des scores EPDS plus élevés que le groupe témoin non psychiatrique à différents moments :  PED: b coefficient: 1.1 (95% CI: 0.2–1.9), $p = 0.01$ ;  PED + PDEP: b coefficient: 3.0 (95% CI: 1.6–4.3), $p = 0.0001$ ;  CED: b coefficient: 1.7 (95% CI: 1.0–2.4), $p = 0.0001$ ;  CED + PDEP: b coefficient: 5.1 (95% CI: 4.1–6.1), $p = 0.0001$ ;  PDEP: b coefficient: 3.8 (95% CI: 3.4–4.1), $p = 0.0001$ .	Troubles alimentaires associés positivement à des symptômes dépressifs à 18 semaines de gestation.
<b>Santos et al, 2017(23)</b>	SCID (Entretien avec questions sur TCA et troubles	Symptomatologie dépressive : <u>Présence désordre alimentaire</u> Absence de risque 575 (68.1)	Signification statistique entre les troubles de l'alimentation et le risque de symptomatologie dépressive ( $p < 0,01$ ),



	mentaux DSM4)	Présence de risque 22 (31.9) <u>Absence désordre alimentaire</u> Absence de risque 717 (85.0) Présence de risque 127 (15.0) p<0.01	
<b>Soares et al, 2009 (25)</b>	EDE-Q  PRIME-MD	BED Durant la grossesse et symptômes dépressifs Oui: PR= 1.90 IC (1.38–2.61) p<0.001	Association positive entre hyperphagie alimentaires et symptômes dépressifs pendant la grossesse

*NEQ= Night Eating Questionnaire*

*EDE-Q= Eating Disorder Eating Questionnaire*

*EDPS= Edinburgh Post Natal Depression Scale*

*EAT-26= Eating Attitudes Test*

*BDI= Beck Depression Inventory*

*BSI= Brief Symptom Inventory*

*EDE-PV= Eating Disorder Eating questionnaire – Pregnancy Version*

*CES-D= Center for Epidemiologic Studies- Depression*

*T2= Deuxième trimestre de grossesse*

*T3= Troisième trimestre de grossesse*

*BN= Boulimia Nervosa*

*BED= Binge Eating Disorder*

*LOC= Loss Of Control (over food)*

*PRIME-MD : Primary Care Evaluation of Mental Disorders*

### 3.4 Résultats lien désordres alimentaires et symptômes anxieux

Parmi nos articles inclus dans cette étude, 10 s'intéressaient aux liens entre les symptômes anxieux et les désordres alimentaires pendant la grossesse, nos dix articles retrouvent un lien significatif entre nos deux variables étudiées.

*Tableau III : Analyse des résultats concernant les symptômes anxieux et les désordres alimentaires*

Articles	Outil(s) utilisé(s)	Résultats	Conclusion
<b>Baskin et al, 2020 (11)</b>	EDE-Q  DASS-anxiety  (Depression, Anxiety, and Stress scale - Anxiety subscale)	Liens directs désordres alimentaires (EDE-Q) et anxiété (DASS-anxiety) :  T2 : $\beta = -0.11$ (-0.07, 0.27)  T3 : $\beta = 0.29$ (0.05, 0.54)  * $p < 0.05$  Liens indirects médiés par symptômes anxieux : T2 Attitudes négatives à l'égard de la grossesse : $\beta = 0.03$ (-0.02, 0.09) Attitudes inadaptées à l'égard de la maternité : $\beta = 0.04$ (-0.02, 0.12) T3 : Attitudes négatives à l'égard de la grossesse : $\beta = 0.07$ (0.01, 0.19), $p < .05$	A T2, il n'y avait pas d'association directe ni indirecte significative entre les facteurs psychosociaux et les troubles de l'alimentation via les symptômes anxieux. À T3, les symptômes d'anxiété étaient directement associés à une augmentation des troubles de l'alimentation.  Les attitudes négatives à l'égard de la grossesse et les attitudes inadaptées à l'égard de la maternité étaient également indirectement associées à des troubles de l'alimentation via des symptômes d'anxiété.

		Attitudes inadaptées à l'égard de la maternité : $\beta = 0.13 (0.03, 0.28), p < .05$	
<b>Baskin et al, 2021 (12)</b>	EDE-Q  DASS-Anxiety	EDE-Q liens avec anxiété DASS-ANXIETY : Du T2 au T3 $\beta = 0.07 (0.03-0.11) p < 0.05$	Liens entre désordres alimentaires et anxiété, avec autres corrélations différents facteurs psychosociaux
<b>Berg et al, 2011 (14)</b>	DSM 4  Hopkins Symptoms checklist	Symptômes anxieux et dépressifs : BED incidence RR 2.30 (2.09-2.54) $p < 0.001$ Symptômes anxieux et dépressifs : BED continuation RR 0.99 (0.90-1.07) Symptômes anxieux et dépressifs : BED rémission RR 1.03 (0.91-1.17)	Avoir des symptômes d'anxiété et de dépression augmentait le risque d'incidence du BED de 2,30. Aucune corrélation avec la continuation ou la rémission
<b>Chan et al, 2019(16)</b>	EAT-26  Anxiety Subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale	Liens anxiété par trimestre et désordres alimentaires par trimestres : T1 $\beta 0.10^{***} p < 0.001$ T2 $\beta 0.16^{***} p < 0.001$ T3 $\beta 0.13^{***} p < 0.001$	Les symptômes d'anxiété entre T1 et T3 étaient associés de manière significative et indépendante à des troubles de l'alimentation au cours des trimestres respectifs ( $p < 0,001$ )
<b>Easter et al, 2015 (17)</b>	EDE-Q  STAI (Spielberger Stait-Trait	Femmes ayant désordre alimentaire actuel (C-ED) et anxiété : C-ED = b coeff: 0.5, 95% (CI: 0.4–0.7)	Les femmes enceintes ayant un ATCD de désordre alimentaire ou un désordre actuel avaient des scores d'anxiété plus élevés que le groupe contrôle.

	Anxiety Inventory)	Femmes ayant ATCD de désordre alimentaire (P-ED) et anxiété : P-ED = b coeff: 0.3, 95% (CI: 0.1–0.4) Symptômes anxieux: C-ED = b coeff: 0.5, 95% (CI: 0.4–0.6); P-ED = b coeff: 0.2, 95% (CI: 0.1–0.4)	
<b>Gonçalves et al, 2015 (18)</b>	EDE-Q BSI	Index positif BSI et désordres alimentaires : Anxiété : $r = 0.35$ ; $p = 0.0001$	Comportements alimentaires désordonnés liés à des scores d'anxiété plus élevés.
<b>Knoph Berg et al, 2008 (19)</b>	DSM 4 questionnaire BN Hopkins Symptom Checklist- 25	Symptômes anxieux : Incidence BN : RR 2.63 (IC 1.50-4.59) Continuation BN : RR 1.26 (IC 0.94-1.69) Rémission BN : 0.68 (0.46-1.00)	Les cas incidents de BN pendant la grossesse ont été associés à des scores significativement plus élevés en termes de symptômes d'anxiété. Pas de corrélation avec continuation ou rémission.
<b>Micali et al, 2011 (22)</b>	EDE-Q CCEI (Crown-Crisp Experiential Index)	Antécédant de désordre alimentaire : b coefficient: 2.5 (95% IC: 1.2–3.8), $p < 0.0001$ ; Antécédent dépressif et de désordre alimentaire : b coefficient : 7.9 (95% IC : 5.8–9.9), $p < 0.0001$ ; Désordre alimentaire actuel : b coefficient: 3.8 (95% IC: 2.7–4.9), $p < 0.0001$ ;	Les femmes de tous les groupes index (ATCD désordre alimentaire et/ou ATCD dépressif) avaient des scores d'anxiété plus élevés que le groupe de comparaison non psychiatrique à différents moments.

		Désordre alimentaire actuel et antécédent dépressif : b coefficient : 8.5 (95% IC : 6.9–10.1), $p < 0.0001$ ; Antécédent dépressif : b coefficient : 7.1 (95% IC: 6.6–7.7), $p < 0.0001$ .	
<b>Santos et al, 2017 (23)</b>	SCID (Structured Clinical Interview for DSM Disorders)	Symptômes anxieux <u>Présence désordre alimentaire</u> Absence de risque : 35 (50.7) Présence de risque : 34 (49.3)  <u>Absence désordre alimentaire</u> Absence de risque : 575 (68.1) Présence de risque : 269 (31.9)	Nous avons trouvé une signification statistique entre les troubles de l'alimentation et le risque de symptomatologie anxieuse.
<b>Soares et al, 2009 (25)</b>	EDE-Q PRIME-MD	BED pendant la grossesse Anxiété : PR= 1.79 (IC1.30–2.45) $p < 0.001$	Association positive entre hyperphagie alimentaires et symptômes anxieux pendant la grossesse

### 3.5 Résultats lien désordres alimentaires et soutien social

Parmi les articles sélectionnés, 7 s'intéressaient aux liens entre les désordres alimentaires pendant la grossesse et le soutien conjugal et social. Deux de ces articles ne retrouvent pas de liens avec la majorité retrouvant un faible niveau de soutien conjugal lié à plus de désordres alimentaires pendant la grossesse.

*Tableau IV : Analyse des résultats concernant le soutien social et les désordres alimentaires*

Articles	Outil(s) utilisé(s)	Résultats	Conclusion
<b>Baskin et al, 2020 (11)</b>	EDE-Q  Relationship Satisfaction scale (RS10)	T2 : $\beta = -0.12$ (-0.29,-0.01) p<0.05  T3 $\beta = -0.03$ (-0.19,0.11)	Au T2, une satisfaction relationnelle plus faible était directement liée à une augmentation des troubles de l'alimentation, pas de liens directs au T3
<b>Baskin et al 2021 (12)</b>	EDE-Q  RS10	EDE-Q et RS10 du T2 au T3 : $\beta = -0.09$ (-0.23, 0.05)	Pas de liens directs satisfaction relationnelle et désordres alimentaires du T2 au T3
<b>Berg et al 2011 (14)</b>	EDE-Q  RS10  Questions sur soutien social	Satisfaction dans le couple:  BED incidence: RR=0.70 (IC 0.65-0.75) p<0.001  BED continuation: RR=0.95 (0.90-1.00) p=0.21  BED remission: RR= 1.09 (IC 1.00-1.19) p=0.24	La satisfaction dans le couple et le soutien social sont deux facteurs protecteurs de l'incidence du BED pendant la grossesse, pas de liens avec continuation ou rémission

		<p>Soutien social :</p> <p>BED incidence: RR=0.60 (IC 0.46-0.78) p&lt;0.001</p> <p>BED continuation: RR=1.04 (0.85-1.27) p=0.79</p> <p>BED rémission: RR= 0.94(IC 0.70-1.25) p=0.74</p>	
<b>Chan et al, 2019 (16)</b>	<p>EAT-26</p> <p>Version chinoise du Kansas Marital Satisfaction Scale</p> <p>Version chinoise du Medical Outcomes Study Social Support Survey</p>	<p>Satisfaction relationnelle et désordres alimentaires :</p> <p>T1 <math>\beta</math>=-0.01 T2 <math>\beta</math>=-0.01 T3 <math>\beta</math>=-0.01</p> <p>Soutien social et désordres alimentaires :</p> <p>T1 <math>\beta</math>=0.00 T2 <math>\beta</math>=-0.02 T3 <math>\beta</math>=-0.03</p>	<p>Pas d'association entre les désordres alimentaires au T1, T2 et T3 avec la satisfaction des patientes dans le couple ni le soutien social perçu.</p>
<b>Gonçalves et al, 2015 (18)</b>	<p>EDE-Q</p> <p>Questionnaire Maternal Adjustment and Maternal Attitudes</p>	<p>Évaluation inférieure des relations conjugales et désordres alimentaires :</p> <p><math>r = 0.23</math>; <math>p = 0.019</math></p>	<p>Des comportements alimentaires plus désordonnés étaient liés à une évaluation plus faible des relations conjugales</p>

<b>Knoph berg et al, 2008 (19)</b>	Questions sur BN du DSM-IV Relationship Satisfaction Scale	Prévalence BN – Satisfaction relationnelle : RR=0.57 p<0.001 Incidence : RR=0.60 (IC 0.37-0.96) p=0.070 Continuation : RR=0.92 IC (0.75-1.13) p<0.1 Rémission : RR=1.35 (IC 1.05-1.74) p=0.074	La prévalence de BN est associée à une faible satisfaction relations conjugales. Pas de lien avec les cas incidents, la continuation ou la rémission pendant la grossesse
<b>Lai et al, 2006 (21)</b>	EDI-2 (Eating Disorder Inventory) Spousal Support Scale	Soutien du conjoint pendant la grossesse et désordre alimentaire $\beta = -0.33$ p<0.05	Un faible niveau de soutien du conjoint est lié à plus désordres alimentaires pendant la grossesse



### 3.6 Désordres alimentaires et liens avec antécédents de violences

Trois études parmi notre sélection s'intéressent aux liens entre les désordres alimentaires pendant la grossesse et les antécédents de violences physiques et sexuels

Dans l'étude de Berg et al de 2011 (14) sur les facteurs associés à l'hyperphagie alimentaire pendant la grossesse (en anglais, « Binge Eating Disorder » ou BED), les résultats sont les suivants :

Les abus sexuels et physiques au cours de la vie augmentent le risque de développer un BED pendant la grossesse : incidence du BED et abus sexuel RR 1.57 (1.35–1.81)  $p < 0.001$ . Incidence du BED et abus physique RR 1.68 (1.44–1.97)  $p < 0.001$ .

En ce qui concerne la continuation ou la rémission, aucun lien statistique n'a été retrouvé :

- BED continuation et abus sexuel RR 0.91 (0.82–1.00)  $p = 0.21$ .
- BED continuation et abus physique RR 0.94 (0.84–1.05)  $p = 0.46$
- Rémission du BED et abus sexuel RR= 0.94 (0.84–1.05)  $p = 0.46$
- Rémission du BED et abus physique RR= 1.11 (0.95–1.30)  $p = 0.40$

Dans l'étude de Knoph Berg et al de 2008 (19) qui s'intéresse aux facteurs associés aux symptômes de boulimie (« Bulimia Nervosa » ou BN) des associations significatives ont été signalées entre le BN et les abus physiques et sexuels au cours de la vie (abus sexuel et BN pendant la grossesse : RR 2.87  $p < 0.00$ , abus physique et BN pendant la grossesse : RR 2.88  $p < 0.001$ )

Dans l'étude de Senior et al de 2005 (24) portant sur les expériences dans l'enfance et leur impact sur l'alimentation pendant la grossesse, la cruauté parentale physique (OR=2.53), émotionnelle (OR=2.12) et l'expérience d'abus sexuels (OR=2.16) étaient tous liés à des désordres alimentaires pendant la grossesse. Ils retrouvent que les antécédents d'abus physique et sexuel étaient indépendamment associés à la fois à des problèmes d'alimentation au cours de la vie, à l'utilisation de laxatifs et aux vomissements pendant la grossesse, ainsi qu'à une préoccupation marquée pendant la grossesse concernant la forme et le poids.

### **3.7 Désordres alimentaires et liens avec niveau d'éducation**

Dans trois des études sélectionnées, le lien entre désordres alimentaires et le niveau d'éducation des femmes enceintes est étudié.

Dans l'étude de Bulik et al (15) une association avec l'incidence du BED et un faible niveau d'éducation de la mère (FDR  $p < 0.001$ ) est retrouvé.

Santos et al dans leur étude réalisée en 2017 (23) ne retrouvent pas de liens des désordres alimentaires avec niveau d'études maternel ( $p=0.09$ ).

Enfin Soares et al en 2009 (25) ne retrouvent pas de liens entre désordres alimentaires pendant la grossesse avec le nombre d'années d'études.

## 4 Discussion

Pour rappel, notre problématique était la suivante :

Quels sont les facteurs psychosociaux que l'on peut dépister lors de l'interrogatoire pendant la grossesse, au T2 et au T3, prédisposant à des désordres alimentaires ?

Notre hypothèse stipulait que les facteurs psycho-sociaux, qui sont les symptômes dépressifs et anxieux, sont des facteurs de risques accrus de développer un désordre alimentaire durant la seconde moitié de la grossesse.

### 4.1 Points forts de l'étude

L'objectif de notre étude était d'identifier dans la littérature les différents facteurs psychosociaux associés à des désordres alimentaires durant les différents trimestres grossesse. La réalisation d'une revue de la littérature semblait justifiée afin de recueillir les données disponibles dans la littérature scientifique. De ce fait, nous avons construit un algorithme de recherche sur quatre sources de données, ce qui représente un nombre conséquent.

De plus, notre étude contient des articles majoritairement de provenance de différents pays occidentaux (Australie, USA, Grande Bretagne, Portugal, Norvège), permettant d'appliquer nos résultats aux pratiques en Europe et en France. Deux articles s'intéressaient à des populations en Hong Kong et en Chine, et un article étudiait des femmes en Brésil dans un centre hospitalier. Il est intéressant de voir la manifestation des désordres alimentaires selon différents milieux socio-économiques.

De surcroît, la majorité de nos études ont un niveau de preuve 2, soit 60% de nos articles. La totalité de nos articles suivent une méthodologie scientifique IMRaD.

Enfin, la majorité des articles de notre étude recueillent des données grâce à des questionnaires validés dans les domaines étudiés (EDE-Q, EDPS...).

## **4.2 Points faibles de l'étude**

Notre étude présente malgré tout certaines limites. D'abord, le sujet est relativement peu étudié dans la littérature, nous avons trouvé relativement peu d'articles éligibles. En effet nous avons trouvé plus d'articles traitant les TCA que les désordres alimentaires, ce sujet est assez nouveau dans la recherche scientifique.

De plus, notre algorithme de recherche peut avoir induit un biais de classement selon les articles proposés à la suite de notre screening. Nous avons sélectionné 15 articles d'une base de données de 2477, ce qui représente 98% d'articles rejetés, notre sélection par titre puis abstract pourrait avoir induit un biais de sélection.

En outre, la majorité de nos études sont basées sur des auto-questionnaires, des « self-report », qui peuvent être sources de nombreux biais. Ces questionnaires sont aussi différents d'une étude à l'autre, les scores utilisés sont hétérogènes, rendant difficile la comparaison entre articles.

Nous constatons également que les différentes études incluses interrogent les femmes à différentes périodes de la grossesse, rendant les résultats des études non comparables entre elles. Nous avons toutefois une idée globale sur les tendances pendant la grossesse.

## **4.3 Principaux résultats**

### **4.3.1 Réponse à notre hypothèse**

Notre hypothèse, que les facteurs psycho-sociaux, qui sont les symptômes dépressifs et anxieux, sont des facteurs de risques accrus de développer un désordre alimentaire durant la seconde moitié de la grossesse, est confirmée dans cette étude.

En effet, parmi les 12 articles traitant les liens entre la dépression et les désordres alimentaires, 10 des articles retrouvent un lien significatif entre symptômes dépressifs et désordres alimentaires.

Dix de nos articles traitent les désordres alimentaires et leurs liens avec les symptômes anxieux, et les dix retrouvent un lien significatif.

Des résultats similaires sont retrouvés dans une revue de la littérature récente de Baskin et al, qui retrouve un fort niveau de preuve de l'association entre les troubles de l'alimentation et l'anxiété pendant la grossesse(26). Leur étude cependant retrouve un faible niveau d'association entre les symptômes dépressifs et les désordres alimentaires.

Il est intéressant de noter que les symptômes dépressifs et anxieux auraient des origines potentiellement similaires et s'accompagnent les uns les autres. La comorbidité de l'anxiété et de la dépression s'explique principalement par une vulnérabilité génétique partagée aux deux troubles. Selon un article publié en 2013, une augmentation du facteur de libération des corticotropines dans le liquide céphalo-rachidien a été rapportée dans les cas d'anxiété et de dépression, et d'autres peptides ou hormones de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien sont régulés différemment dans les deux troubles. Plus récemment, des voies neuro-inflammatoires, oxydatives et nitrosatives ont été impliquées dans la dépression et ses comorbidités. Il est fort probable que le premier épisode de dépression dans la vie d'une personne fasse suite à un facteur de stress psychosocial (27).

Nos deux variables seraient donc liées, ceci est un argument supplémentaire de l'importance du soignant de dépister systématiquement les symptômes anxieux et dépressifs chez leurs patientes, à chaque consultation durant la grossesse.

De surcroît, le nouveau rapport de l'Inserm et de Santé Publique France met en avant le suicide comme étant la première cause de mortalité maternelle dans le post partum (précédemment deuxième cause, devancée des affectations cardiovasculaires) (28) (29). Cela souligne la nécessité, parfois vitale, de poser les bonnes questions à l'interrogatoire aux consultations de grossesse concernant la santé mentale.

Chez les patientes ayant un désordre alimentaire quelconque manifesté par exemple par une perte de poids importante, être en sous poids, en surpoids, etc., il est primordial de demander l'état mental de cette patiente. De même chez une patiente ayant un trouble dépressif ou anxieux, il faudrait demander comment elle s'alimente.

Nous devons en tant que soignants poser ces questions, pour prévenir des troubles plus graves et mieux accompagner nos patientes.

### **4.3.2 Autres facteurs psychosociaux**

#### **4.3.2.1 Le soutien social**

Nous avons trouvé d'autres facteurs psychosociaux intéressants à étudier lors de ce travail, notamment le soutien social et familial. Parmi nos articles 7 traitaient les relations conjugales et le soutien social, 5 articles trouvaient ces derniers comme facteurs protecteurs des désordres alimentaires durant la seconde moitié de la grossesse.

Ceci est cohérent avec les données de littérature sur l'effet du soutien conjugal et social sur les désordres alimentaires et dans un sens plus large, l'estime de soi. Dans une étude qualitative et quantitative, les comportements liés aux troubles de l'alimentation et les interactions conjugales ont été évalués chez 61 femmes qui présentaient des troubles de l'alimentation et une insatisfaction corporelle, mais n'avaient pas reçu de diagnostic clinique de trouble de l'alimentation. Les conjoints ont pour la plupart envoyé des messages de réconfort, améliorant les images corporelles des participantes. (30).

Une revue de la littérature portant sur le soutien social et la dépression pourrait expliquer l'impact du soutien familial. (31) Dans cette étude les preuves sont globalement très cohérentes et soutiennent l'idée selon laquelle le soutien social est un facteur de protection important contre la dépression. Cependant, les sources de soutien social les plus protectrices contre la dépression variaient selon les périodes de la vie. Le soutien parental était le plus systématiquement associé à la protection contre la dépression chez les enfants et les adolescents, tandis que le soutien conjugal était plus important chez les adultes. Ceci rendrait cohérent la notion que le soutien conjugal serait un facteur protecteur pendant la grossesse de symptômes dépressifs et donc de désordres alimentaires.

#### **4.3.2.2 Les antécédents de violence**

Uniquement trois de nos articles traitent les antécédents de violences physiques et sexuelles, avec des fortes associations dans les articles. Cependant, nos données sont limitées nous ne pouvons donc pas conclure une association. Nous avons trouvé une revue de la littérature traitant ce lien hors grossesse, qui retrouvait que les traumatismes sexuels précèdent et contribuent au développement des troubles de l'alimentation. La littérature existante indique que la voie des perceptions corporelles peut avoir un impact sur les

troubles de l'alimentation à travers l'insatisfaction corporelle, la honte, le dysfonctionnement sexuel et la peur d'un futur traumatisme sexuel. Le parcours des difficultés psychologiques indique un lien entre les désordres alimentaires et le désir de faire face à l'échec de l'environnement moyen attendu, le besoin de contrôle et la régulation des émotions. (32)

Il est aussi possible que de tels antécédents préparent un terrain de vulnérabilités propice à des troubles anxieux et dépressifs, qui eux joueraient un rôle dans les désordres alimentaires. Il est difficile de conclure le sens des associations, la causalité exacte des désordres alimentaires. Nous trouvons cela toutefois intéressant au soignant de dépister rigoureusement les antécédents des patientes, qu'ils soient psychiatriques ou personnels, pour au mieux les accompagner et être vigilants sur leurs potentiels troubles alimentaires.

#### **4.3.2.3 Le niveau d'éducation**

En ce qui concerne le niveau d'éducation des femmes, un lien a été trouvé dans un de nos articles sur trois, nous ne pouvons pas conclure sur une corrélation entre désordres alimentaires et le niveau d'éducation. Nous avons peu de données dans la littérature sur ce sujet, il serait pertinent de l'étudier ultérieurement.

### **4.4 Perspectives d'avenir**

#### **4.4.1 L'Entretien Prénatal Précoce (EPP)**

L'entretien prénatal précoce est un moment d'échanges entre les futurs parents et le professionnel de santé (une sage-femme ou un médecin). Il peut se dérouler en libéral, dans un service de protection maternelle et infantile (PMI) ou à la maternité.

Créé en 2007 et rendu obligatoire en 2020, cet entretien est un outil clé d'échanger avec les couples non seulement de la naissance de leur enfant mais aussi de leurs vécus, leurs vulnérabilités, leurs peurs face à la parentalité. (33)

Nous trouvons que cet entretien serait le moment idéal de parler des vulnérabilités des patientes mais aussi de leurs modes d'alimentation, leur rapport au corps pendant la grossesse, leurs appréhensions du post partum. Nous sommes conscients que les soignants

n'ont pas le temps de tout aborder pendant les consultations de suivi de grossesse, d'où l'importance de ce moment consacré à l'échange.

#### **4.4.2 Le post partum**

Si les articles suggèrent une amélioration des symptômes de TCA pendant la grossesse, nous remarquons une rechute dans le post partum. Le problème que nous rencontrons est le suivi qui est interrompu après l'accouchement. Jusque-là les femmes sont vues mensuellement, et se retrouvent souvent livrées à elles-mêmes après l'accouchement. Sans leur bébé dans le ventre, elles peuvent reprendre « librement » des conduites alimentaires inappropriées sans conséquences apparentes sur leur enfant. Il serait intéressant aux soignants qui s'occuperaient de telles patientes en post partum, tels que les sage-femmes qui font la rééducation du périnée, les pédiatres aux visites pédiatriques, de s'intéresser à comment va la patiente. Comment vit-elle le post-partum ? Aurait-elle des questions ou des soucis liés au post partum ?

Encore plus pertinent serait de faire une évaluation du bien-être de la patiente à la visite post natale. Cette visite se fait entre la 4<sup>e</sup> et la 6<sup>e</sup> semaine post accouchement, par le praticien de la patiente (gynécologue ou sage-femme), avec un examen clinique obstétrical afin de dépister certains besoins (rééducation du périnée, frottis à jour ou non, contraception...). (34) Elle serait aussi le moment propice de discuter de comment la patiente vit son post partum, de ce qu'elle voit sur les médias, de ses inquiétudes, de son rapport au corps.

#### **4.4.3 Les réseaux sociaux**

Les réseaux sociaux n'ont pas ou peu été abordés dans les articles inclus dans cette étude. Cependant selon une étude réalisée en 2022 les réseaux sociaux joueraient un rôle important dans la perception des corps des femmes en post partum (35) . Dans cette étude un groupe de femmes post partum (le groupe contrôle) a visionné des publications sur réseaux sociaux portant sur des conseils d'alimentation des nourrissons, et l'autre groupe de femmes (le groupe intervention) a visionné des publications de fitness du post partum, d'influenceuses montrant leurs corps en post partum. Les résultats montrent que les



groupes intervention avait tendance à restreindre leur alimentation par rapport au groupe contrôle. De plus, ils avaient une image corporelle de soi beaucoup plus négative.

Une autre étude similaire retrouve des résultats qui soutiennent l'hypothèse selon laquelle l'association entre l'utilisation des médias sociaux et l'insatisfaction liée à l'image corporelle post-partum est médiée par des comparaisons sociales liées à l'apparence au sein des médias sociaux et par l'intériorisation de l'idéal de minceur, ce qui suggère que les influences socioculturelles contribuent encore de manière significative à expliquer les préoccupations liées à l'image corporelle dans le période post-partum. (36)

La période du post partum est une période de vulnérabilités pour les femmes, que ce soit au niveau physique ou mental, d'où l'influence négative des images montrées sur les réseaux sociaux. L'influence des médias est peu étudiée dans la littérature, elle serait intéressante à étudier ultérieurement.

## Conclusion

La grossesse est une période de vulnérabilité et de changements physiques et psychiques chez la femme, terrain propice à développer des désordres alimentaires. Ceux-ci sont sources de complications pendant la grossesse et le post partum, avec des impacts sur la santé non négligeables.

Notre étude révèle des liens significatifs entre les désordres alimentaires pendant la grossesse et les symptômes dépressifs et anxieux. Cela est un argument supplémentaire au dépistage systématique de ces derniers, vu leur impact non seulement sur la santé mentale des patientes mais aussi leur santé physique via leur mode d'alimentation.

De plus, un bon soutien social et conjugal semblerait être un facteur protecteur des désordres alimentaires pendant la grossesse. Le rôle des conjoints et leur soutien seraient précieux durant cette période de vulnérabilité.

Nous avons trouvé peu de preuves de liens entre désordres alimentaires et antécédents de violences physiques et sexuelles. Cela reste un sujet peu étudié et intéressant à explorer dans des études futures.

Nous n'avons pas retrouvé de liens entre les conduites alimentaires mal adaptées et le niveau d'éducation des femmes enceintes, les désordres alimentaires semblent toucher les femmes quel que soit leur niveau socio-économique.

L'entretien prénatal précoce serait selon nous un outil précieux de dépistage de vulnérabilités chez les patientes. Obligatoire depuis 2020 et pris en charge par la sécurité sociale, il permettrait aux soignants de mieux prendre en charge le couple et permettre à ce dernier de mieux se préparer à la parentalité et ses enjeux divers, dont le risque de désordres alimentaires pendant la grossesse et le post partum.

Enfin, la visite post natale serait également un moyen de dépister des désordres alimentaires et les symptômes de dépression et d'anxiété dans le post partum. Avec la majoration des publications liées à la périnatalité sur les réseaux sociaux, il est important au soignant d'être vigilant aux informations reçues par les patientes, de leur donner des explications correctes sur leurs corps en post partum.

## References

1. Tierney S, Fox JRE, Butterfield C, Stringer E, Furber C. Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* oct 2011;48(10):1223-33.
2. Tiller J, Treasure J. Eating disorders precipitated by pregnancy. *Eur Eat Disord Rev.* 1998;6(3):178-87.
3. Conrad R, Schablewski J, Schilling G, Liedtke R. Worsening of Symptoms of Bulimia Nervosa During Pregnancy. *Psychosomatics.* 1 janv 2003;44(1):76-8.
4. Crow SJ, Agras WS, Crosby R, Halmi K, Mitchell JE. Eating disorder symptoms in pregnancy: a prospective study. *Int J Eat Disord.* avr 2008;41(3):277-9.
5. 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.* 2013;21(4):340-4.
6. Bannatyne AJ, Hughes R, Stapleton P, Watt B, MacKenzie-Shalders K. Signs and symptoms of disordered eating in pregnancy: a Delphi consensus study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 26 juin 2018;18(1):262.
7. Cardwell MS. Eating Disorders During Pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* :12.
8. Claydon EA, Davidov DM, Zullig KJ, Lilly CL, Cottrell L, Zerwas SC. Waking up every day in a body that is not yours: a qualitative research inquiry into the intersection between eating disorders and pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth.* 29 nov 2018;18(1):463.
9. HAS, FFAB. Recommandations de Bonne Pratique. 2019 [cité 22 nov 2020]. Troubles des conduites alimentaires Aspects gynécologiques et obstétricaux. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs\\_boulimie\\_aspects\\_gynecologiques\\_v1.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_boulimie_aspects_gynecologiques_v1.pdf)
10. Bye A, Nath S, Ryan EG, Bick D, Easter A, Howard LM, et al. Prevalence and clinical characterisation of pregnant women with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* mars 2020;28(2):141-55.
11. Baskin R, Meyer D, Galligan R. Psychosocial factors, mental health symptoms, and disordered eating during pregnancy. *Int J Eat Disord.* 2020;53(6):873-82.
12. Baskin R, Meyer D, Galligan R. Predicting the change in perinatal disordered eating symptoms: An examination of psychosocial factors. *Body Image.* juin 2021;37:162-71.
13. Allison KC, Wrotniak BH, Paré E, Sarwer DB. Psychosocial Characteristics and Gestational Weight Change among Overweight, African American Pregnant Women. *Obstet Gynecol Int.* 2012;2012:878607.

14. Berg CK, Torgersen L, Holle AV, Hamer RM, Bulik CM, Reichborn-Kjennerud T. Factors associated with binge eating disorder in pregnancy. *Int J Eat Disord.* 2011;44(2):124-33.
15. Bulik CM, Von Holle A, Hamer R, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P, et al. Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychol Med.* août 2007;37(8):1109-18.
16. Chan CY, Lee AM, Koh YW, Lam SK, Lee CP, Leung KY, et al. Course, risk factors, and adverse outcomes of disordered eating in pregnancy. *Int J Eat Disord.* 2019;52(6):652-8.
17. 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. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* janv 2015;23(1):19-27.
18. Gonçalves S, Freitas F, Freitas-Rosa MA, Machado BC. Dysfunctional eating behaviour, psychological well-being and adaptation to pregnancy: A study with women in the third trimester of pregnancy: *J Health Psychol* [Internet]. 22 avr 2015 [cité 11 oct 2020]; Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359105315573432>
19. Knoph Berg C, Bulik CM, Von Holle A, Torgersen L, Hamer R, Sullivan P, et al. Psychosocial factors associated with broadly defined bulimia nervosa during early pregnancy: findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Aust N Z J Psychiatry.* mai 2008;42(5):396-404.
20. Kolko RP, Emery RL, Marcus MD, Levine MD. Loss of control over eating before and during early pregnancy among community women with overweight and obesity. *Int J Eat Disord.* mai 2017;50(5):582-6.
21. Lai BP yee, Tang CS kum, Tse WK lai. A longitudinal study investigating disordered eating during the transition to motherhood among Chinese women in Hong Kong. *Int J Eat Disord.* mai 2006;39(4):303-11.
22. 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.
23. Santos AMD, Benute GRG, Santos NOD, Nomura RMY, de Lucia MCS, Francisco RPV. Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women. *Midwifery.* août 2017;51:12-5.
24. Senior R, Barnes J, Emberson JR, Golding J, ALSPAC Study Team. Early experiences and their relationship to maternal eating disorder symptoms, both lifetime and during pregnancy. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* sept 2005;187:268-73.
25. Soares RM, Nunes MA, Schmidt MI, Giacomello A, Manzolli P, Camey S, et al. Inappropriate eating behaviors during pregnancy: Prevalence and associated factors among pregnant women attending primary care in southern Brazil. *Int J Eat Disord.* 2009;42(5):387-93.

26. Baskin R, Galligan R. Disordered eating and the perinatal period: A systematic review and best evidence synthesis of mental health and psychosocial correlates. *Eur Eat Disord Rev.* 2019;27(5):462-80.
27. Tiller JWG. Depression and anxiety. *Med J Aust.* 2013;199(S6):S28-31.
28. Les maladies cardiovasculaires et les suicides premières causes de décès maternels en France en 2013-2015 [Internet]. [cité 17 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/les-maladies-cardiovasculaires-et-les-suicides-premieres-causes-de-deces-maternels-en-france-en-2013-2015>
29. Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles [Internet]. [cité 17 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>
30. Birmingham WC, Cavallini AQ, Sgro J. Spousal influence: A study of women with eating and body image concerns. *J Health Psychol.* 1 août 2021;26(9):1339-52.
31. Gariépy G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallée A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *Br J Psychiatry.* oct 2016;209(4):284-93.
32. Madowitz J, Matheson BE, Liang J. The relationship between eating disorders and sexual trauma. *Eat Weight Disord EWD.* sept 2015;20(3):281-93.
33. DGS\_Céline.M, DGS\_Céline.M. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 10 avr 2024]. L'entretien prénatal précoce. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/article/l-entretien-prenatal-precoce>
34. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 10 avr 2024]. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes)
35. Tang L, Tiggemann M, Haines J. #Fitmom: an experimental investigation of the effect of social media on body dissatisfaction and eating and physical activity intentions, attitudes, and behaviours among postpartum mothers. *BMC Pregnancy Childbirth.* 12 oct 2022;22:766.
36. Nagl M, Jepsen L, Linde K, Kersting A. Social media use and postpartum body image dissatisfaction: The role of appearance-related social comparisons and thin-ideal internalization. *Midwifery.* 1 sept 2021;100:103038.

## **Bibliographie**

### Articles de revues:

Abraham S. Obstetricians and maternal body weight and eating disorders during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* sept 2001;22(3):159-63.

Abraham S, Taylor A, Conti J. Postnatal depression, eating, exercise, and vomiting before and during pregnancy. *Int J Eat Disord.* mai 2001;29(4):482-7.

Allen KL, Byrne SM, Crosby RD. Distinguishing Between Risk Factors for Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder, and Purging Disorder. *J Youth Adolesc.* août 2015;44(8):1580-91.

Allison KC, Wrotniak BH, Paré E, Sarwer DB. Psychosocial Characteristics and Gestational Weight Change among Overweight, African American Pregnant Women. *Obstet Gynecol Int.* 2012;2012:878607.

Baskin R, Galligan R. Disordered eating and the perinatal period: A systematic review and best evidence synthesis of mental health and psychosocial correlates. *European Eating Disorders Review.* 2019;27(5):462-80.

Baskin R, Galligan R, Meyer D. Disordered eating from pregnancy to the postpartum period: The role of psychosocial and mental health factors. *Appetite.* 1 janv 2021;156:104862.

Baskin R, Meyer D, Galligan R. Psychosocial factors, mental health symptoms, and disordered eating during pregnancy. *International Journal of Eating Disorders.* 2020;53(6):873-82.

Baskin R, Meyer D, Galligan R. Predicting the change in perinatal disordered eating symptoms: An examination of psychosocial factors. *Body Image.* juin 2021;37:162-71.

Benton-Hardy LR, Lock J. Pregnancy and early parenthood: Factors in the development of anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders.* 1998;24(2):223-6.

Berg CK, Torgersen L, Holle AV, Hamer RM, Bulik CM, Reichborn-Kjennerud T. Factors associated with binge eating disorder in pregnancy. *International Journal of Eating Disorders.* 2011;44(2):124-33.

Birmingham WC, Cavallini AQ, Sgro J. Spousal influence: A study of women with eating and body image concerns. *J Health Psychol.* 1 août 2021;26(9):1339-52.

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.

Braun TD, Park CL, Gorin A. Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body Image.* 1 juin 2016;17:117-31.

Broussard B. Psychological and Behavioral Traits Associated with Eating Disorders and Pregnancy: A Pilot Study. *Journal of Midwifery & Women's Health.* 2012;57(1):61-6.

Bulik CM, Von Holle A, Hamer R, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P, et al. Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychol Med.* août 2007;37(8):1109-18.

Bye A, Nath S, Ryan EG, Bick D, Easter A, Howard LM, et al. Prevalence and clinical characterisation of pregnant women with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* mars 2020;28(2):141-55.

Cantrell C, Kelley T, McDermott T. Midwifery management of the woman with an eating disorder in the antepartum period. *J Midwifery Womens Health.* 2009;54(6):503-8.

Carter FA, McIntosh VVW, Joyce PR, Frampton CM, Bulik CM. Bulimia nervosa, childbirth, and psychopathology. *J Psychosom Res.* oct 2003;55(4):357-61.

Chan CY, Lee AM, Koh YW, Lam SK, Lee CP, Leung KY, et al. Course, risk factors, and adverse outcomes of disordered eating in pregnancy. *International Journal of Eating Disorders.* 2019;52(6):652-8.

Chizawsky LLK, Newton MS. Eating disorders: identification and treatment in obstetrical patients. *AWHONN Lifelines.* janv 2006;10(6):482-8.

Chua YW, Lewis G, Easter A, Lewis G, Solmi F. Eighteen-year trajectories of depressive symptoms in mothers with a lifetime eating disorder: findings from the ALSPAC cohort. *Br J Psychiatry.* févr 2020;216(2):90-6.

Claydon EA, Davidov DM, Zullig KJ, Lilly CL, Cottrell L, Zerwas SC. Waking up every day in a body that is not yours: a qualitative research inquiry into the intersection between eating disorders and pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 29 nov 2018;18(1):463.

Claydon EA, Lilly CL, Ceglar JX, Dueñas-García OF. Development and validation across trimester of the Prenatal Eating Behaviors Screening tool. *Arch Womens Ment Health*. août 2022;25(4):705-16.

Coker E, Abraham S. Body weight dissatisfaction before, during and after pregnancy: a comparison of women with and without eating disorders. *Eat Weight Disord*. mars 2015;20(1):71-9.

Coker EL, Mitchell-Wong LA, Abraham SF. Is pregnancy a trigger for recovery from an eating disorder? *Acta Obstet Gynecol Scand*. déc 2013;92(12):1407-13.

Conrad R, Schablewski J, Schilling G, Liedtke R. Worsening of Symptoms of Bulimia Nervosa During Pregnancy. *Psychosomatics*. 1 janv 2003;44(1):76-8.

Crow SJ, Agras WS, Crosby R, Halmi K, Mitchell JE. Eating disorder symptoms in pregnancy: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*. 2008;41(3):277-9.

Crow SJ, Agras WS, Crosby R, Halmi K, Mitchell JE. Eating disorder symptoms in pregnancy: a prospective study. *The International Journal of Eating Disorders*. avr 2008;41(3):277-9.

Dryer R, Graefin von der Schulenburg I, Brunton R. Body dissatisfaction and Fat Talk during pregnancy: Predictors of distress. *J Affect Disord*. 15 avr 2020;267:289-96.

Dukay-Szabó S, Simon D, Varga M, Koller O, Pataki Z, Rigó J, et al. The applicability of the Eating Disorder Inventory in pregnancy. *Eat Weight Disord*. mars 2022;27(2):629-37.

Easter A, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J, et al. Recognising the Symptoms: How Common Are Eating Disorders in Pregnancy? *European Eating Disorders Review*. 2013;21(4):340-4.

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. *Eur Eat Disord Rev*. janv 2015;23(1):19-27.



Emerson JA, Hurley KM, Caulfield LE, Black MM. Maternal mental health symptoms are positively related to emotional and restrained eating attitudes in a statewide sample of mothers participating in a supplemental nutrition program for women, infants and young children. *Matern Child Nutr.* janv 2017;13(1):e12247.

Fairburn CG, Stein A, Jones R. Eating habits and eating disorders during pregnancy. *Psychosom Med.* 1992;54(6):665-72.

Favaro A, Tenconi E, Santonastaso P. Perinatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry.* janv 2006;63(1):82-8.

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.

Franko DL, Spurrell EB. Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol.* juin 2000;95(6 Pt 1):942-6.

Gariépy G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallée A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry.* oct 2016;209(4):284-93.

Gonçalves S, Freitas F, Freitas-Rosa MA, Machado BC. Dysfunctional eating behaviour, psychological well-being and adaptation to pregnancy: A study with women in the third trimester of pregnancy: *Journal of Health Psychology.* 22 avr 2015

Hawkins LK, Gottlieb BR. Screening for eating disorders in pregnancy: how uniform screening during a high-risk period could minimize under-recognition. *J Womens Health (Larchmt).* avr 2013;22(4):390-2.

Hubin-Gayte M, Squires C, Doncieux K, Sajko A. De l'intérêt d'une prévention des troubles des conduites alimentaires chez les femmes enceintes. *L'information psychiatrique.* 2008;Volume 84(8):725-31.

Knoph Berg C, Bulik CM, Von Holle A, Torgersen L, Hamer R, Sullivan P, et al. Psychosocial factors associated with broadly defined bulimia nervosa during early pregnancy: findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Aust N Z J Psychiatry.* mai 2008;42(5):396-404.

Knoph C, Von Holle A, 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.* mai 2013;46(4):355-68.

Kolko RP, Emery RL, Marcus MD, Levine MD. Loss of control over eating before and during early pregnancy among community women with overweight and obesity. *Int J Eat Disord.* mai 2017;50(5):582-6.

Koubaa S, Hällström T, Hirschberg AL. Early maternal adjustment in women with eating disorders. *Int J Eat Disord.* juill 2008;41(5):405-10.

Krug I, Taborelli 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.* 17 janv 2013;109:51-62.

Lai BPY, Tang CSK, Tse WKL. Prevalence and psychosocial correlates of disordered eating among Chinese pregnant women in Hong Kong. *Eat Disord.* 2005;13(2):171-86.

Lai BP yee, Tang CS kum, Tse WK lai. A longitudinal study investigating disordered eating during the transition to motherhood among Chinese women in Hong Kong. *Int J Eat Disord.* mai 2006;39(4):303-11.

Larsen JT, Bulik CM, Thornton LM, Koch SV, Petersen L. Prenatal and perinatal factors and risk of eating disorders. *Psychol Med.* avr 2021;51(5):870-80.

Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M. Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 1 oct 2014;211(4):392.e1-392.e8.

Lovering ME, Rodgers RF, George JE, Franko DL. Exploring the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction in postpartum women. *Body Image.* mars 2018;24:44-54.

Madowitz J, Matheson BE, Liang J. The relationship between eating disorders and sexual trauma. *Eat Weight Disord.* sept 2015;20(3):281-93.

Madsen IR, Hørder K, Støvning RK. Remission of eating disorder during pregnancy: five cases and brief clinical review. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* juin 2009;30(2):122-6.

Makino M, Yasushi M, Tsutsui S. The risk of eating disorder relapse during pregnancy and after delivery and postpartum depression among women recovered from eating disorders. *BMC Pregnancy Childbirth.* 27 mai 2020;20(1):323.

Martínez-Olcina M, Rubio-Arias JA, Reche-García C, Leyva-Vela B, Hernández-García M, Hernández-Morante JJ, et al. Eating Disorders in Pregnant and Breastfeeding Women: A Systematic Review. *Medicina*. juill 2020;56(7):352.

Mazzeo SE, Landt MCTSO, Jones I, Mitchell K, Kendler KS, Neale MC, et al. Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *International Journal of Eating Disorders*. 2006;39(3):202-11.

Meltzer-Brody S, Zerwas S, Leserman J, Holle AV, Regis T, Bulik C. Eating disorders and trauma history in women with perinatal depression. *J Womens Health (Larchmt)*. juin 2011;20(6):863-70.

Mento C, Le Donne M, Crisafulli S, Rizzo A, Settineri S. BMI at early puerperium: Body image, eating attitudes and mood states. *J Obstet Gynaecol*. mai 2017;37(4):428-34.

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.

Micali N, Treasure J, Simonoff E. Eating disorders symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *Journal of Psychosomatic Research*. sept 2007;63(3):297-303.

Morgan JF, Lacey JH, Sedgwick PM. Impact of pregnancy on bulimia nervosa. *Br J Psychiatry*. févr 1999;174:135-40.

Morgan JF, Lacey JH, Chung E. Risk of postnatal depression, miscarriage, and preterm birth in bulimia nervosa: retrospective controlled study. *Psychosom Med*. juin 2006;68(3):487-92.

Nagl M, Jepsen L, Linde K, Kersting A. Social media use and postpartum body image dissatisfaction: The role of appearance-related social comparisons and thin-ideal internalization. *Midwifery*. 1 sept 2021;100:103038.

Newton MS, Chizawsky LLK. Treating vulnerable populations: the case of eating disorders during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. mars 2006;27(1):5-7.

Nunes MA, Pinheiro AP, Hoffmann JF, Schmidt MI. Eating disorders symptoms in pregnancy and postpartum: a prospective study in a disadvantaged population in Brazil. *Int J Eat Disord.* mai 2014;47(4):426-30.

O’Loughlen E, Galligan R. Disordered eating in the postpartum period: Role of psychological distress, body dissatisfaction, dysfunctional maternal beliefs and self-compassion. *J Health Psychol.* avr 2022;27(5):1084-98.

Pettersson CB, Zandian M, Clinton D. Eating disorder symptoms pre- and postpartum. *Arch Womens Ment Health.* août 2016;19(4):675-80.

Quispel C, Schneider TAJ, Hoogendijk WJG, Bonsel GJ, Lambregtse-van den Berg MP. Successful five-item triage for the broad spectrum of mental disorders in pregnancy - a validation study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 28 févr 2015;15:51.

Raevuori A, Linna MS, Keski-Rahkonen A. Prenatal and perinatal factors in eating disorders: a descriptive review. *Int J Eat Disord.* nov 2014;47(7):676-85.

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 févr 2019;245:340-7.

Rocco PL, Orbitello B, Perini L, Pera V, Ciano RP, Balestrieri M. Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: a prospective study. *J Psychosom Res.* sept 2005;59(3):175-9.

Rodgers RF, O’Flynn JL, Bourdeau A, Zimmerman E. A biopsychosocial model of body image, disordered eating, and breastfeeding among postpartum women. *Appetite.* 1 juill 2018;126:163-8.

Santos AMD, Benute GRG, Santos NOD, Nomura RMY, de Lucia MCS, Francisco RPV. Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women. *Midwifery.* août 2017;51:12-5.

Senior R, Barnes J, Emberson JR, Golding J, ALSPAC Study Team. Early experiences and their relationship to maternal eating disorder symptoms, both lifetime and during pregnancy. *Br J Psychiatry.* sept 2005;187:268-73.

Soares RM, Nunes MA, Schmidt MI, Giacomello A, Manzolli P, Camey S, et al. Inappropriate eating behaviors during pregnancy: Prevalence and associated factors

among pregnant women attending primary care in southern Brazil. *International Journal of Eating Disorders*. 2009;42(5):387-93.

Sollid C, Clausen L, Maimburg RD. The first 20 weeks of pregnancy is a high-risk period for eating disorder relapse. *Int J Eat Disord*. déc 2021;54(12):2132-42.

Stern M, Rubino L, Desjardins C, Stice E. Prospective reciprocal relations between social support and eating disorder symptoms. *J Psychopathol Clin Sci*. nov 2023;132(8):1043-50.

Swann RA, Von Holle A, Torgersen L, Gendall K, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM. Attitudes toward weight gain during pregnancy: results from the Norwegian mother and child cohort study (MoBa). *Int J Eat Disord*. juill 2009;42(5):394-401.

Taborelli E, Easter A, Keefe R, Schmidt U, Treasure J, Micali N. Transition to motherhood in women with eating disorders: A qualitative study. *Psychol Psychother*. sept 2016;89(3):308-23.

Tang L, Tiggemann M, Haines J. #Fitmom: an experimental investigation of the effect of social media on body dissatisfaction and eating and physical activity intentions, attitudes, and behaviours among postpartum mothers. *BMC Pregnancy Childbirth*. 12 oct 2022;22:766.

Thompson K. An application of psychosocial frameworks for eating disorder risk during the postpartum period: A review and future directions. *Arch Womens Ment Health*. oct 2020;23(5):625-33.

Thompson KA, Bardone-Cone AM. Social comparison, disordered eating, and body dissatisfaction among postpartum women. *Body Image*. sept 2022;42:401-12.

Tierney S, McGlone C, Furber C. What can qualitative studies tell us about the experiences of women who are pregnant that have an eating disorder? *Midwifery*. mai 2013;29(5):542-9.

Tiller JWG. Depression and anxiety. *Medical Journal of Australia*. 2013;199(S6):S28-31.

Tricas-Sauras S. Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder: commentary on. *Int J Nurs Stud*. janv 2012;49(1):122-3; author reply 124-125.

Ulman TF, Von Holle A, Torgersen L, Stoltenberg C, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM. Sleep disturbances and binge eating disorder symptoms during and after pregnancy. *Sleep*. 1 oct 2012;35(10):1403-11.

Vanderkruik R, Ellison K, Kanamori M, Freeman MP, Cohen LS, Stice E. Body dissatisfaction and disordered eating in the perinatal period: an underrecognized high-risk timeframe and the opportunity to intervene. *Arch Womens Ment Health*. août 2022;25(4):739-51.

Ward VB. Eating disorders in pregnancy. *BMJ*. 12 janv 2008;336(7635):93-6.

Watson HJ, Von Holle A, Hamer RM, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P, et al. Remission, continuation and incidence of eating disorders during early pregnancy: a validation study in a population-based birth cohort. *Psychol Med*. août 2013;43(8):1723-34.

Watson HJ, Diemer EW, Zerwas S, Gustavson K, Knudsen GP, Torgersen L, et al. Prenatal and perinatal risk factors for eating disorders in women: A population cohort study. *Int J Eat Disord*. juin 2019;52(6):643-51.

Watson HJ, Von Holle A, Knoph C, Hamer RM, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, et al. Psychosocial factors associated with bulimia nervosa during pregnancy: An internal validation study. *Int J Eat Disord*. sept 2015;48(6):654-62.

Zauderer CR. Eating disorders and pregnancy: supporting the anorexic or bulimic expectant mother. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2012;37(1):48-55.

#### Ouvrages :

Masson H. Ancien Président de l'Association mondiale de psychiatrie Membre de l'Académie de médecine. Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux IV. Juillet 2005-Issy-les-Moulinaux :1082. Disponible sur : <https://www.psychiatry.org:443/psychiatrists/practice/dsm>

Sites internet :

DGS\_Céline.M, Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 (en ligne).

L'entretien prénatal précoce. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/article/l-entretien-prenatal-precoce>

Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (en ligne) Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>

HAS. Anorexie mentale : prise en charge (en ligne) 2010 ; Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics\\_-\\_anorexie\\_-\\_mentale.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_-_mentale.pdf)

HAS, FFAB. Recommandations de Bonne Pratique (en ligne). 2019. Troubles des conduites alimentaires Aspects gynécologiques et obstétricaux. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs\\_boulimie\\_aspects\\_gynecologiques\\_v1.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_boulimie_aspects_gynecologiques_v1.pdf)

Haute Autorité de Santé (en ligne). Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes)

Les maladies cardiovasculaires et les suicides premières causes de décès maternels en France en 2013-2015 (en ligne). Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/les-maladies-cardiovasculaires-et-les-suicides-premieres-causes-de-deces-maternels-en-france-en-2013-2015>

NEDIC | Eating Disorders & Treatment (en ligne) . Disponible sur: <https://nedic.ca/eating-disorders-treatment/>

## **Glossaire**

### Liste des abréviations :

BDI : Beck Depression Inventory

BED : Binge Eating Disorder

BN : Boulimia Nervosa

BSI : Brief Symptom Inventory

CCEI : Crown-Crisp Experiential Index

C-ED : désordre alimentaire actuel

CES-D : Center for Epidemiologic Studies- Depression

DASS-anxiety : Depression, Anxiety, and Stress scale - Anxiety subscale

DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4

EAT-26 : Eating Attitudes Test

EDE-PV: Eating Disorder Eating questionnaire – Pregnancy Version

EDE-Q : Eating Disorder Eating Questionnaire

EDI-2 : Eating Disorder Inventory

EDPS: Edinburgh Post Natal Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

HC : contrôle sain

IC : Intervalle de Confiance à 95%

IMRaD : Introduction, Méthodes, Résultats et (and) Discussion

LOC : Loss Of Control (over food)

NEQ : Night Eating Questionnaire

P-ED : antécédent de désordre alimentaire

PP : post partum



PRIME-MD : Primary Care Evaluation of Mental Disorders

RR : Risque Relatif

RS10 : Relationship Satisfaction scale

SCID : Structured Clinical Interview for DSM Disorders

SG : semaines de gestation

STAI : Spielberger Stait-Trait Anxiety Inventory

T2 : Deuxième trimestre de grossesse

T3 : Troisième trimestre de grossesse

TCA : Trouble de Conduite Alimentaire

## Table des Matières

<b>1. Introduction</b> .....	<b>3</b>
1.1 Synthèse .....	3
1.2 Enjeux .....	5
1.3. Justification de l'étude .....	6
1.3.1. Lecture Critique d'Article : Article 1 .....	6
1.3.1.1 Présentation de l'article.....	6
1.3.1.2. Analyse.....	7
1.3.2. Lecture Critique article : Article 2 .....	9
1.3.2.1 Présentation de l'article.....	9
1.3.2.2 Analyse.....	11
1.3.3 Problématique et hypothèse .....	13
<b>2 Matériels et méthode</b> .....	<b>14</b>
2.1. Type d'étude.....	14
2.2. Bases de données.....	14
2.3. Stratégie de recherche .....	14
2.3.1. Mots clés et termes MeSH (Medical Sending Headings) .....	14
2.3.2. Organisation des mots clés.....	15
2.4. Sélection des articles .....	16
2.4.1. Critères d'inclusion .....	16
2.4.2. Critères d'exclusion .....	16
2.5. Résultats de la recherche bibliographique.....	17
<b>3 Résultats</b> .....	<b>18</b>
3.1 Présentation générale .....	18
3.2 Synthèse des articles sélectionnés.....	19
3.3 Résultats lien désordres alimentaires et symptômes dépressifs .....	25
3.4 Résultats lien désordres alimentaires et symptômes anxieux .....	30
3.5 Résultats lien désordres alimentaires et soutien social .....	34
3.6 Désordres alimentaires et liens avec antécédents de violences.....	37
3.7 Désordres alimentaires et liens avec niveau d'éducation.....	38
<b>4 Discussion</b> .....	<b>39</b>
4.1 Points forts de l'étude.....	39
4.2 Points faibles de l'étude .....	40
4.3 Principaux résultats .....	40
4.3.1 Réponse à notre hypothèse.....	40
4.3.2 Autres facteurs psychosociaux .....	42
4.3.2.1 Le soutien social.....	42
4.3.2.2 Les antécédents de violence .....	42
4.3.2.3 Le niveau d'éducation .....	43

4.4 Perspectives d'avenir .....	43
4.4.1 L'Entretien Prénatal Précoce (EPP) .....	43
4.4.2 Le post partum.....	44
4.4.3 Les réseaux sociaux.....	44
<b>Conclusion.....</b>	<b>46</b>
<b>References .....</b>	<b>47</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>50</b>
<b>Glossaire.....</b>	<b>60</b>



## Résumé

**Introduction :** Les désordres alimentaires pendant la grossesse ont un impact important sur la santé des femmes et de leur enfant à naître. Plusieurs études révèlent la difficulté éprouvée par le soignant de dépister de tels troubles. Des études récentes recherchent le lien entre ces désordres alimentaires et certains facteurs de risques psychosociaux, notre objectif est d'identifier ces facteurs de risques.

**Matériels et méthode :** Pour répondre à notre problématique nous avons réalisé une revue de la littérature. Nous avons consulté quatre bases de données : PubMed, Cochrane, Science Direct et Google Scholar. Les articles sélectionnés suivent une méthodologie IMRaD, sont publiés en anglais ou français, sont tous publiés après 2005. Nous avons étudié 15 articles issus de la littérature répondant à notre objectif.

**Résultats :** Nous avons trouvé un lien significatif entre les désordres alimentaires et les symptômes dépressifs et anxieux. Le soutien conjugal semble être un facteur protecteur des désordres alimentaires pendant la grossesse. Cependant nous n'avons pas trouvé de liens significatifs avec les antécédents de violences chez les femmes ni avec leur niveau d'éducation.

**Discussion :** Il est primordial, au vu de nos résultats, de davantage dépister les symptômes dépressifs et anxieux pendant la grossesse. Ils auraient un impact sur la santé mentale des femmes mais aussi sur leur santé physique via les désordres alimentaires. Nous recommandons que ces troubles de l'humeur et de l'alimentation soient recherchés à chaque consultation de suivi de grossesse, plus particulièrement lors de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP), ainsi qu'au post partum lors des consultations post natales.

Titre :

Désordres alimentaires et grossesse : facteurs de risques psychosociaux

Mots-clés :

Désordres alimentaires, grossesse, dépression, anxiété, facteurs de risques

Auteur :

JABAK Jana Bassema

Département de maïeutique de Montpellier

Année

2024