

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

N° : 028

THESE

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(D.E.S de MEDECINE GENERALE)

par

Barbara COLLIN DIT DE MONTESSON

Née le 10 Juillet 1985 à Nantes (44)

Présentée et soutenue publiquement le 26 Mai 2015

**REPERAGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE
CHEZ LA FEMME ENCEINTE A L'AIDE DU SCORE DE SCOFF : ETUDE
A LA MATERNITE DU CHD DE LA ROCHE-SUR-YON**

Président : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directrice de thèse : Madame le Docteur Valérie BONNENFANT

Membres du Jury : Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE

Monsieur le Professeur Jean-Paul CANEVET

Remerciements

A Monsieur le Professeur Rémy SENAND, je vous remercie d'avoir accepté la présidence de ce jury. Veuillez accepter ma reconnaissance pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Au Docteur Valérie BONNENFANT, je vous remercie d'avoir accepté de diriger mon travail et de vous être toujours rendue disponible. Recevez toute ma gratitude pour votre soutien.

Au Professeur Jean-Luc VENISSE, je vous remercie pour vos suggestions et pour avoir accepté de faire partie de ce jury. Veuillez accepter mon profond respect.

Au Professeur Jean-Paul CANEVET, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de votre implication au sein du Département de Médecine générale.

A mes parents, qui m'ont toujours soutenue tout au long de ces années. Des petits plats de la P1 jusqu'à la mise en page de cette thèse, vous avez été sur tous les fronts. Vous avez su me prodiguer vos conseils et vos encouragements au bon moment et je ne serais certainement pas là où je suis sans vous. Votre patience, votre bienveillance et votre soutien ont participé en grande partie à ma réussite.

A mes frères, Sylvain et Nicolas, vous m'avez donné l'envie de me dépasser et l'opportunité de rencontrer des personnes passionnantes, de tous les horizons. Merci pour ces voyages en Espagne, au Mexique, aux Etats-Unis, au voyage manqué au Chili... (Nico, on se passera du Mali et du Soudan du sud). Je suis tellement fière de mes deux frangins, de notre complicité. Je sais que je pourrai toujours compter sur vous !

A ma mamie, je sais que tu es fière de moi, quelque fois un peu trop, mais ton indéfectible loyauté me touchera toujours.

A mon parrain Bernard et à Linda, pour votre bonne humeur contagieuse, votre générosité et tous ces bons moments passés ensemble malgré la distance. J'espère qu'ils se répèteront encore souvent.

A ma marraine Anne et à Michel, chaque rencontre apporte toujours de bonnes tranches de rigolade. (Michel, tes sages conseils concernant le monde médical sont gravés à jamais dans ma mémoire...).

To Angelina and Stephanie, I couldn't hope better sisters in law. Hope to have more great moments together in France, Hawai or L.A. A special thought to my (soon to be born!) nephew or niece that I already love so much.

Au reste de ma famille, mamie de Cholet (tous les moments en famille à Pornichet, à la pêche, à Cholet sont de bons souvenirs), Benoit tu m'as sauvé la vie, je le maintiens. A mes autres cousins cousines, c'est toujours aussi sympa de se retrouver, même si la distance rend parfois les rencontres difficiles. Lisou, ma « cousine » d'adoption, mes oncles et tantes.

A Lolo, mon pote depuis plus de 10 ans, celui avec lequel je peux pratiquer le comique de répétition pendant des heures. Certains qualifieraient notre humour de « lourd » mais ce sont des personnes jalouses de notre talent, c'est évident.

A Marie et Alice, mes amies d'enfance. Malgré quelques périodes d'éloignement, chaque fois que l'on se retrouve, j'ai l'impression de vous avoir quittées la veille. Petite dédicace à minouche et filou qui font partie du clan. Merci à Brigitte et François, Annie et Luc, qui ont patiemment accepté nos squattages intempestifs.

A Martinette et Commandant Dodo, vous avez supporté mes petites sautes d'humeur et les moments difficiles de cette année sans jamais vous plaindre. Il devrait y avoir un monument en votre honneur pour votre sacrifice ! Je vais demander à Sylvain de faire jouer ses connections auprès de la mairie. Si tu es vraiment un ami, tu nous gères ça ?

A Carine, coloc géniale pendant toutes ces années, t'as jamais ralé quand je te piquais tes fringues ou tes sacs, ni sur le fait que je ne faisais jamais la vaisselle (on ne peut pas tout mettre dans le lave-vaisselle ?!). J'espère qu'on repartira en vacances ensemble et que notre amitié perdurera encore longtemps.

A Caro, Cristal diamant (vous avez toutes les deux des airs niais avec vos hommes), Anna, Annabelle, Marikouch, Marine, Maria, Chopinova, Marie, Quantine et petit Paul.

A Ophélie, Najette, Armelle, mes petites pépettes, on ne se voit pas souvent mais je peux toujours compter sur vous et surtout sur les frasques d'Ophélie pour bien se marrer.

A l'université de Princeton qui m'a fourni, bien malgré elle, quelques articles...

Aux Sages-Femmes et personnel soignant de la maternité de la Roche pour votre accueil toujours chaleureux et pour avoir récupéré les questionnaires pendant tous ces mois

Aux membres du Réseau Sécurité Naissance, pour avoir toujours répondu à tous mes mails et m'avoir bien aidée sur le plan statistique.

Table des matières

I	Introduction.....	6
1.1	Définitions.....	6
1.1.1	L'anorexie mentale.....	7
1.1.2	La boulimie nerveuse.....	8
1.1.3	Le Binge Eating Disorder.....	9
1.1.4	Les troubles alimentaires non spécifiés.....	10
1.2	Epidémiologie.....	11
1.2.1	Population générale.....	12
1.2.2	Facteurs favorisants.....	13
1.2.3	Facteurs pronostics d'évolution défavorables.....	14
1.2.4	Femmes enceintes.....	15
1.2.5	Co-addiction.....	15
1.3	Conséquences des TCA.....	16
1.3.1	Complications générales.....	16
1.3.2	Impact sur la grossesse.....	17
1.3.3	Impact sur le post-partum.....	18
1.3.4	Impact sur le développement de l'enfant.....	19
1.3.5	Impact socio-économique.....	21
1.4	Psychopathologie de la grossesse.....	22
1.4.1	Les enjeux de la grossesse sur le plan narcissique.....	22
1.4.2	Les conduites addictives et la grossesse.....	22
1.5	Repérage.....	23
1.5.1	Tests de dépistage.....	24
1.5.2	Le test SCOFF.....	25
1.5.3	Spécificité de la grossesse.....	25
II	Matériel et Méthode.....	26
2.1	Etude observationnelle sur le repérage des troubles du comportement alimentaire chez la femme enceinte.....	26
2.1.1	Objectifs.....	26
2.1.2	Type d'étude.....	26
2.1.3	Population.....	27
2.1.4	Durée de l'étude.....	27
2.1.5	Déroulement de l'étude.....	27

2.1.6	Questionnaire	27
2.1.7	Recueil et analyse des résultats	28
III	Résultats	29
3.1	Analyse descriptive de la population	29
3.2	Analyse des résultats du score de SCOFF.....	30
3.3	Répartition des réponses positives selon chaque item	31
3.4	Répartition des réponses selon chaque item dans le groupe à risque et le groupe non à risque de TCA	32
3.5	Complications obstétricales et fœtales	32
3.6	Préoccupation autour de l'alimentation.....	34
3.7	Suivi alimentaire avant et pendant la grossesse	34
3.8	Antécédents familiaux.....	36
3.9	Les traitements associés	36
3.10	Polyconsommation	36
IV	Discussion	38
4.1	Caractéristiques sociodémographiques	38
4.2	Prévalence des troubles alimentaires chez la femme enceinte	38
4.2.1	Des TCA, sous forme complète ou partielle, fréquents	38
4.2.2	Facteurs de préoccupation et leur évolution chez les femmes enceintes	39
4.2.3	Caractères descriptifs significatifs entre les 2 échantillons.....	40
4.3	Consommation tabagique augmentée et autres co-addictions avec substance.....	41
4.3.1	Le tabagisme fréquent	41
4.3.2	La consommation des autres substances	42
4.3.3	Contrôle du poids par consommation médicamenteuse	43
4.4	Complications obstétricales.....	43
4.4.1	Diabète gestationnel	43
4.4.2	Césarienne	44
4.4.5	Prise de poids	45
4.4.6	Autres complications.....	45
4.5	Complications fœtales	46
4.5.1	Prématurité	46
4.5.2	Hypotrophie.....	46
4.6	Souhait d'information sur l'alimentation et suivi	46
4.7	Transmission intergénérationnelle des TCA	47

4.8 Limites de l'étude.....	48
4.9 Prise en charge des troubles alimentaires.....	49
4.9.1 Situations à risque de TCA chez les femmes enceintes	49
4.9.2 Place du médecin généraliste	50
4.9.3 Proposition de prise en charge au CHD de La Roche-sur-Yon.....	52
4.9.4 La prise en charge multidisciplinaire en post-partum	54
V Conclusion.....	56
BIBLIOGRAPHIE	57
ABREVIATIONS	69
ANNEXE 1 : Questionnaire relatif aux habitudes alimentaires.....	70
ANNEXE 2 : Centres de référence	74
ANNEXE 3 : Plaquettes d'information.....	76

I Introduction

Les troubles du comportement alimentaires (TCA) sont connus depuis de nombreuses années et ont vu leur prévalence augmenter, en particulier dans les pays occidentaux. Les premiers cas d'anorexie mentale sont décrits au moyen âge et sont essentiellement liées à des pratiques religieuses. Contrairement à la conception moderne, l'anorexie était valorisée par l'idée que l'alimentation portait atteinte à la notion de pureté physique et spirituelle. La disparition de l'interprétation religieuse n'est constatée qu'à la fin du XIXe siècle mais les cas d'anorexie mentale sont encore très sporadiques. C'est à partir des années 1920 que le culte de la minceur apparaît et ce n'est qu'à la fin des années 1970, avec les recherches de Russel que les différentes entités nosologiques des troubles du comportement alimentaire sont décrites avec notamment la boulimie nerveuse. A partir de ce moment, les travaux de recherche s'intensifieront en parallèle avec l'augmentation flagrante de l'incidence de ces troubles dans la population occidentale.

De nombreuses études sur leurs conséquences biologiques, physiques, psychologiques ainsi que sur leurs traitements ont été réalisées en soins secondaires et tertiaires. Peu d'études sont réalisées en soins primaires qui sont compliquées à mettre en place compte tenu de la durée des enquêtes, de leur coût et du déni des troubles, extrêmement courant du fait de sentiments de culpabilité et de honte fréquemment ressentis. Avec le DSM-IV puis le DSM-5, l'apparition de nouvelles définitions et l'inclusion de nouvelles entités telles que le Binge Eating Disorder (BED) et des formes subsyndromiques modifient l'évaluation de leurs prévalences et de leurs conséquences. Les TCA touchent bien plus de personnes que ce que les premières études laissaient penser.

Les femmes en âge de procréer constituent la population la plus exposée aux troubles alimentaires même si très peu sont identifiées lors de la grossesse. Les conséquences sur la grossesse, l'enfant à venir ou sur le plan psychologique semblent importantes mais mal connues. Ces constatations rendent le repérage par les professionnels de santé nécessaire, en particulier par les acteurs de premiers recours.

L'objectif de notre étude est de mieux connaître les TCA dans la population de femmes ayant accouché au CHD de la Roche-sur-Yon. Nous nous sommes donc interrogés sur un moyen simple d'effectuer le repérage des TCA chez les femmes enceintes et d'étudier leurs conséquences afin d'améliorer l'accompagnement multidisciplinaire anténatal et la prise en charge postnatale de la dyade mère-enfant. Cette forme d'addiction comportementale constitue un véritable enjeu de santé publique au regard des conséquences potentiellement graves des TCA.

1.1 Définitions

Un comportement alimentaire est considéré comme normal s'il satisfait aux besoins affectifs, biologiques, relationnels et s'il permet un maintien en bonne santé.

Les différents troubles alimentaires se manifestent pour la plupart à la puberté. Les formes pré

pubères et après l'âge de 25 ans sont plus rares. Ils concernent majoritairement le sexe féminin (environ 90%).

La classification de référence est le DSM-5 paru en 2013 qui a permis d'harmoniser les diagnostics. Malgré l'apparition de troubles tels que le « binge eating disorder » dans le DSM-IV, les critères diagnostiques négligeaient une part significative d'entités pathologiques subsyndromiques. Celles-ci avaient donc été regroupées sous la notion de troubles du comportement alimentaire atypique lorsque les symptômes altéraient la qualité de vie des patients mais que tous les critères diagnostiques n'étaient pas remplis. De récentes études ont montré que les patients « classés » parmi les troubles atypiques présentent majoritairement un binge eating disorder.

Le DSM-5 a modifié les critères diagnostiques de l'anorexie mentale, de la boulimie et du binge eating disorder ce qui permet de diminuer la proportion de troubles alimentaires non spécifiés au profit de troubles alimentaires caractérisés et d'adapter au mieux la prise en charge. Cependant, étant donné que la grande majorité des études ont été réalisées à partir du DSM-IV, nos données seront comparées à des données dont les critères diagnostiques sont basés sur le DSM-IV, bien que certaines formes de TCA ne soient pas prises en compte dans cette classification.

Les critères diagnostiques du DSM-IV sont toutefois rappelés :

Un trouble des conduites alimentaires est une perturbation des habitudes alimentaires ou des mécanismes de contrôle du poids impactant le fonctionnement psychosocial et/ou la santé physique. Il n'est pas secondaire à une affection somatique ou toute autre pathologie psychiatrique.

1.1.1 L'anorexie mentale

L'anorexie mentale se définit par une dysmorphophobie avec la pratique d'un régime excessif conduisant à une perte de poids et une peur pathologique de devenir grosse.

Selon le DSM-IV, elle se définit selon 4 critères :

- A. Refus de maintenir un poids corporel au-dessus d'un poids minimal normal selon l'âge et la taille et le sexe (soit 85% du poids attendu)
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale
- C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle
- D. Apparition d'une aménorrhée chez les femmes post-pubères, en l'absence de contraception hormonale.

Le DSM-5 a supprimé ce dernier critère du fait d'une faible proportion de femmes présentant toujours des menstruations. De plus, il ne tenait pas compte des hommes, des jeunes femmes pré-pubères ou en ménopause et des femmes sous contraception orale. Le « refus » de maintenir un

poids a également été modifié par le terme « impossibilité ». Le second critère a été complété : peur intense de prendre du poids, devenir gros ou comportement répétitif interférant avec une prise de poids, alors que le poids est inférieur à la normale.

Il existe 2 formes distinctes d'anorexie mentale :

- La forme restrictive pure qui est constituée par une privation alimentaire sans épisodes récurrents de compulsion alimentaire ou vomissements sur les 3 derniers mois.
- La forme dite « boulimique » qui est constituée par des crises compulsives alimentaires qui se terminent par des vomissements ou la prise de traitements compensatoires. Cette dernière forme représente 30 à 40% des anorexies mentales.

Une rémission partielle est admise en cas de disparition du premier critère avec persistance des 2 derniers sur une période de temps substantielle.

Certaines personnes avec des subsyndromes n'ont pas de compulsions mais ont régulièrement des vomissements auto-induits après l'absorption de petites quantités de nourriture. Des variations entre les différents types d'anorexie au cours de la maladie ne sont pas inhabituelles. L'apparition de nouveaux symptômes ou leur disparition doit être régulièrement recherchée.

1.1.2 La boulimie nerveuse

Les critères diagnostiques de la boulimie nerveuse (BN) sont :

A. Survenue récurrente de crises de boulimie (*binge-eating*). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

(1) absorption, en une période de temps limitée (par exemple moins de 2 h), d'une quantité de nourriture supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances

(2) sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise

B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif

C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant 3 mois

D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle

E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant les épisodes d'anorexie mentale.

Dans le DSM-5, la périodicité des crises de boulimie et de comportement compensatoire a été réduite à une fois par semaine.

La sévérité a été évaluée par la fréquence des comportements compensatoires mais son niveau peut être réajusté en fonction d'autres symptômes et du degré d'impact fonctionnel.

- Léger : en moyenne, 1 à 3 épisodes de comportements compensatoires par semaine
- Modéré : en moyenne, 4 à 7 épisodes de comportements compensatoires par semaine
- Sévère : en moyenne 8 à 13 épisodes de comportements compensatoires par semaine
- Extrême : en moyenne, plus de 14 épisodes de comportements compensatoires par semaine.

La rémission partielle est admise si un ou plusieurs critères sont absents pendant une période de temps substantielle.

1.1.3 Le Binge Eating Disorder

Le « binge eating disorder » (BED), ou hyperphagie boulimique, introduit dans le DSM-5 regroupe :

A. Survenue récurrente de crises de boulimie. Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

(1) absorption, en une période de temps limitée (par exemple moins de 2 h), d'une quantité de nourriture supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances

(2) sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise

B. Les crises de boulimie sont associées à au moins trois des caractéristiques suivantes :

(1) manger beaucoup plus rapidement que la normale

(2) manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale

(3) manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim

(4) manger seul du fait d'une gêne par rapport à la quantité de nourriture absorbée

(5) sentiment de dégoût de soi-même, de culpabilité ou sentiment dépressif après avoir mangé

C. Le comportement boulimique est source d'une souffrance marquée

D. Le comportement survient en moyenne au moins 1 fois par semaine pendant 3 mois.

E. Le comportement boulimique n'est pas associé au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés et ne survient pas exclusivement au cours d'une anorexie mentale ou d'une boulimie

Une rémission partielle est admise lorsque ce phénomène survient moins d'une fois par semaine.

Le binge eating disorder se distingue donc du phénomène beaucoup plus répandu qu'est la suralimentation. Il est cependant bien plus sévère et source de problèmes physiques et psychologiques. Contrairement aux personnes obèses dépourvues de ce trouble, ces patients consomment plus de calories, ont une moins bonne qualité de vie avec plus de sentiments de détresse, plus de comorbidités psychiatriques et un impact fonctionnel plus important.

1.1.4 Les troubles alimentaires non spécifiés

Les troubles du comportement alimentaire non spécifiés regroupent des symptômes alimentaires ne remplissant pas tous les critères de troubles alimentaires définis auparavant mais qui sont source de dysfonctionnement social, familial ou professionnel.

Sont concernés : l'anorexie mentale atypique (de poids subnormal), boulimie nerveuse (ou le binge eating disorder) de fréquence peu élevée ou de durée limitée (moins d'une fois par semaine ou pendant moins de 3 mois), vomissements provoqués-Purging disorder (comportements compensatoires pour influencer le poids ou l'apparence sans compulsions), Night eating syndrome (épisodes récurrents d'alimentation nocturne ou de consommation alimentaire excessive après le dîner)

Les formes de troubles alimentaires regroupées sous l'appellation troubles du comportement alimentaire non spécifié (EDNOS) seraient au moins 2 fois plus fréquentes que la boulimie, voire cinq fois plus selon certaines études (1,2). Cette prévalence a été évaluée à partir des critères du DSM-IV incluant notamment le binge eating disorder. Il n'existe pas, pour le moment, d'études estimant leurs prévalences selon les critères du DSM-5.

Cette nouvelle classification du DSM-5 permet un meilleur dépistage des anorexiques et boulimiques. Par ailleurs, la prévalence des patients présentant un EDNOS a significativement diminué au profit de troubles « spécifiés » (3). Le BED représentait une part importante des EDNOS et sa reconnaissance en une entité propre a diminué la proportion des EDNOS. Les troubles non spécifiés concernent désormais les troubles alimentaires dont les critères ne sont pas tous remplis mais qui sont source de détresse. Ils se différencient des troubles spécifiés par le fait que la raison pour laquelle les critères ne sont pas complets n'est pas communiquée. Il s'agit en général de situations où l'évaluation clinique est insuffisante, par exemple en cas d'admission aux urgences.

1.2 Epidémiologie

Les troubles des conduites alimentaires sont considérés comme des addictions comportementales et donc sans drogue (4). Goodman définit le principe d'addiction en 1990 comme « un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives. » L'intérêt de cette définition, contrairement à celle du DSM-IV, réside dans son extension au champ des addictions comportementales. Les critères d'inclusion dans le champ de l'addiction sont :

- A.** Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B.** Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- C.** Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D.** Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- E.** Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 - 1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
 - 2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
 - 3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 - 4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.
 - 5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiale ou sociales.
 - 6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
 - 7. Perpétuation du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique.
 - 8. Tolérance marquée: besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
 - 9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.
- F.** Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés sur une période plus longue.

Les troubles alimentaires sont majoritairement constatés dans les pays occidentaux et parmi la population féminine.

Comme pour les autres addictions, qui sont source de culpabilité, beaucoup de patients présentent un déni des troubles. Ils n'ont aucun suivi et ne sont donc pas repérés auprès du corps médical ce qui rend l'évaluation de leur prévalence difficile. Ces troubles ont pourtant des impacts connus sur le plan psychiatrique, cardio-vasculaire, métabolique...

1.2.1 Population générale

Les nombreuses recherches sur la prévalence et l'incidence des différents TCA sont controversées. Les résultats dépendent des conditions dans lesquelles les études sont réalisées : le pays, l'âge et le sexe de la population, les conditions de recueil des données (patients hospitalisés, recrutés par le médecin généraliste...), les critères diagnostiques. Les taux de prévalence retrouvés sont donc très variables, du simple au double. Les chiffres rapportés ci-après sont les plus représentés dans les différentes études.

La prévalence de l'anorexie mentale et de la boulimie dans les pays « occidentaux » semble assez stable au cours des 30 dernières années à 0,3% et 1% respectivement (5,6). Leur incidence serait d'environ 8/100 000 et 12/100 000 habitants. On pourrait penser que la prévalence aurait augmenté avec la pression sociale qui s'est accentuée autour de la minceur depuis 30 ans et la nudité de plus en plus affichée dans les médias mais la prévalence de l'anorexie n'est que partiellement associée à la pression sociale. Si son incidence est stable dans la population générale, elle est en revanche en augmentation franche chez les jeunes femmes de 15-25 ans (7-9). Par ailleurs, 30 à 50% des personnes boulimiques le sont pendant ou après un épisode d'anorexie.

Le sex-ratio concernant les troubles alimentaires est déséquilibré puisqu'on estime que la boulimie chez les jeunes filles et les garçons est respectivement de 1,1% et 0,2% (10,11).

La prévalence vie entière de la boulimie chez les femmes est de 2,8% (12) ; celle de l'anorexie mentale est de 0,5% (13) avec un sex-ratio respectivement de 1 garçon pour 4 filles et 1 garçon pour 9 filles. Les troubles alimentaires sont nettement majoritaires dans la population féminine. Les hommes concernés sont minoritaires mais contredisent l'idée communément admise que l'idéal de minceur est responsable de l'apparition des troubles. Cet idéal social féminin est, au contraire, délétère pour l'image masculine « habituelle » qui favorise un physique étoffé et musclé. L'incidence des troubles alimentaires dépend donc d'autres facteurs que sociaux.

Les données concernant le BED et les EDNOS sont assez variables selon les études mais la prévalence serait d'au moins 1% pour le BED (5) et plus de 4% pour les EDNOS (2). Cette prévalence pourrait même être jusqu'à 2 fois supérieure selon les études. Le BED est en augmentation. Il concernerait 10% des personnes obèses et 20 à 40% des patients consultant en nutrition (14). Son incidence survient plus tardivement que pour l'anorexie, vers l'âge de 25-30 ans. La plupart des patients ont entre 30 et 50 ans lors de leur première démarche de demande de soins (15). Les troubles compulsifs devraient donc être recherchés chez toute personne obèse de moins de 50 ans.

En France, les troubles alimentaires auraient une prévalence légèrement supérieure aux autres pays européens : de 4,15% tout TCA caractérisé confondu (16) et de 1 à 2% pour l'anorexie mentale chez les adolescentes (17). La prévalence de la boulimie est équivalente, proche de 2% (10). Les études sur les TCA ciblent souvent la population adolescente car leur apparition survient en majorité à cette période et plus particulièrement chez les jeunes filles entre 15 et 19 ans. La boulimie nerveuse survient légèrement plus tard que l'anorexie puisqu'elle apparaît plutôt en fin d'adolescence et début d'âge adulte. Elle pourrait atteindre 4% à 8% des étudiantes. Le binge eating disorder, dont la prévalence serait équivalente aux autres pays occidentaux, atteint environ 3% de la population féminine française (18-20). Les EDNOS seraient 2 à 4 fois plus

fréquents que la boulimie.

L'évolution de ces troubles est variable, en général plus sévère pour l'anorexie que la boulimie et le BED. La guérison est cependant souvent la règle même si celle-ci survient parfois après de longues années d'évolution.

La difficulté d'évaluation de la fréquence des EDNOS tient en partie à leur définition moins précise et plus récente (troubles alimentaires ne remplissant pas tous les critères diagnostiques) ainsi qu'au manque d'études de grande envergure qui sont longues et coûteuses avec un déni des troubles très fréquent. Les troubles alimentaires non spécifiés comprennent de nombreux états subsyndromiques tels que : les conduites restrictives, les crises boulimiques hebdomadaires, la préoccupation de l'image excessive et d'autres décrits précédemment. Ces formes atténuées sont soit des formes débutantes, soit des formes en voie de guérison, soit des formes évoluant sur un mode mineur. Si elles sont moins sévères, elles ont tout de même des conséquences notables sur le plan physique et psychologique avec des symptômes cardio-vasculaires, des douleurs ou fatigue chroniques, des troubles anxieux, des troubles dépressifs et des tentatives de suicide (21). La prévalence des différents troubles alimentaires sera probablement réévaluée à la hausse avec les nouveaux critères diagnostiques du DSM-5.

1.2.2 Facteurs favorisants

L'étude de Strober a montré que les troubles du comportement alimentaire avaient une part génétique, bien que les gènes impliqués ne soient pas connus (22). Que ce soit pour l'anorexie mentale ou la boulimie nerveuse, le risque de développer des troubles est plus élevé si des parents de 1^{er} degré sont également atteints. On a constaté chez les jumeaux monozygotes, des taux de concordance de l'anorexie plus importants que pour les jumeaux dizygotes. Cela va dans le sens de l'hypothèse d'une participation génétique aux TCA.

Cependant, les TCA étant beaucoup moins fréquents dans les pays en voie de développement et dans les zones rurales, il existe une part socio-environnementale et de vulnérabilité individuelle importante (23). Ceci est corroboré par le fait que la pression sociale concernant la minceur tend à se retrouver chez les personnes immigrées de pays en voie de développement ayant adopté une culture occidentale ou une culture de pays de niveau socio-économique élevé (24–26). La prévalence des troubles alimentaires chez ces personnes immigrées tend à rejoindre celle de leur « pays d'adoption ». Par ailleurs, la variabilité interculturelle et historique de la prévalence des TCA soutient son association avec des milieux où la minceur est valorisée. Les métiers ou loisirs encourageant la minceur, comme la mode ou l'athlétisme de haut niveau, sont donc des milieux où la fréquence des personnes souffrant de TCA est importante. Ces situations sont plus souvent rencontrées dans les catégories sociales élevées mais on a pu constater que les TCA sont retrouvés dans tous les milieux sociaux.

Les facteurs socio-environnementaux ne sont pas les seuls impliqués, des traits de personnalité et des facteurs intrinsèques interviennent dans l'apparition de TCA. Pour l'anorexie, les individus développant des troubles anxieux ou des traits obsessionnels dans l'enfance sont plus à risque de

TCA (83% des anorexiques ont au moins un trouble anxieux). Une comorbidité avec des troubles bipolaires est également fréquente (27).

Concernant la boulimie, des symptômes anxieux ou dépressifs, une faible estime de soi dans l'enfance sont associés à un risque plus grand de développer la maladie (17).

L'évolution et les facteurs prédictifs du Binge Eating disorder sont peu connus mais il semble que des facteurs familiaux soient fréquents.

Les étiologies sont donc multifactorielles et complexes.

1.2.3 Facteurs pronostics d'évolution défavorables

Les TCA sont des pathologies graves, chroniques, qui guérissent rarement avant plusieurs années d'évolution. Beaucoup de facteurs pronostics favorables ou défavorables ont été avancés. Un poids insuffisant et des vomissements initiaux avaient été considérés comme de mauvais pronostic dans l'anorexie mentale mais les résultats des différentes études ne sont pas consensuels.

Les principaux facteurs d'évolution défavorable sont : un début pré-pubertaire ou tardif (après 25 ans), des symptômes initiaux sévères, une chronicisation avec des rémissions de moins d'un an, un délai de prise en charge long, une comorbidité psychiatrique sévère.

Les évolutions défavorables concernent environ 20% des cas avec une chronicisation sévère et une alternance de périodes de rémission et rechutes (17,28).

La chronicisation de l'anorexie mentale est difficile à prévoir. Une autre étude a montré qu'environ 40% des patients présentent une rémission à 10 ans de suivi, 20% développent une anorexie chronique mais stable, 30% d'entre eux obtiennent une amélioration des symptômes mais continuent à avoir des symptômes invalidants dans leur vie quotidienne (29,30). D'autres patients passent sur un TCA de type boulimique ou ont des symptômes ayant tendance à s'aggraver avec des périodes de rémission de plus en plus courtes. Cela peut mener jusqu'au décès. L'anorexie mentale est le TCA dont le taux de mortalité est le plus élevé.

La BN a une évolution généralement plus bénigne que l'anorexie mentale. Une étude de suivi à 10 ans a constaté que 70% des BN ont obtenu une rémission complète ou partielle. Les patients présentant une persistance des symptômes complets ou le développement d'un trouble anorexique sont très minoritaires. Les facteurs prédictifs de chronicisation évoqués sont : la durée d'évolution au moment du diagnostic et un antécédent d'addiction à une/des substances psychoactives (31,32).

Très peu d'études concernent l'évolution du BED ou celle des troubles non spécifiés. Dans une étude de suivi à 5 ans, 9% des patients ont toujours l'ensemble des critères définissant le BED (33). La rémission serait obtenue dans 75% des cas de troubles alimentaires atypiques. L'évolution vers un trouble alimentaire typique est cependant possible (34). Comme pour les autres TCA, l'évolution est favorable à long terme si un repérage et un accompagnement précoce sont mis en place.

1.2.4 Femmes enceintes

Les femmes présentant des troubles alimentaires dissimulent souvent leurs symptômes et ne bénéficient d'aucun suivi particulier lors de la grossesse. Cependant, de plus en plus d'études montrent que si ces troubles ont tendance à régresser lors de la grossesse, les symptômes sont toujours plus présents que dans la population générale (35,36). Les conséquences obstétricales ne sont pas négligeables ce qui souligne l'importance du repérage avant et/ou en début de grossesse (37).

Si l'on considère la population féminine entre 20 et 40 ans, la prévalence générale des troubles alimentaires et des formes subsyndromiques se situe autour de 20 - 25% mais les études sont peu nombreuses et les critères diagnostiques se modifient rendant leur évaluation difficile.

L'incidence principale des troubles alimentaires étant entre 15 et 20 ans, son apparition au cours de la grossesse est très faible compte tenu de l'âge moyen de la première grossesse désormais égal à 29 ans.

L'étude du Dr. Chassevent réalisée au CHU de Nantes en 2008 sur un échantillon de 300 femmes enceintes a évalué la prévalence des TCA actifs ainsi que des antécédents de TCA. 12% des femmes présentent un TCA actif soit 0,7% d'anorexiques, 2,3% de boulimiques et 9% de TCA non spécifiés selon les critères du DSM-IV. 4% de plus avaient un antécédent de trouble des conduites alimentaires considéré comme en rémission au moment de la grossesse (38).

L'âge plus avancé de la première grossesse n'est pas la seule explication de cette faible incidence. Les préoccupations concernant le poids et l'aspect physique diminuent au cours de la grossesse. La future mère se trouve dans un environnement de bien-être qui limite son anxiété et ses conduites addictives, destinées à abaisser cette anxiété. Les troubles alimentaires ainsi que l'utilisation de moyens compensatoires tels que l'activité physique intensive, l'usage de laxatifs, les vomissements auto-induits, se réduisent durant la grossesse, en particulier à partir du 2^e trimestre, mais un rebond survient rapidement après la délivrance avec une récurrence rapide des symptômes (36,39-41). Bien qu'ils diminuent pendant la grossesse, ces symptômes restent plus présents que dans la population témoin et se renforcent même parfois dans le post-partum (35). Une étude anglaise a montré que 30% des femmes enceintes avec un trouble du comportement alimentaire présent ou passé, manifestent au moins un symptôme compensatoire au cours de la grossesse (42).

Les femmes ayant un antécédent de troubles alimentaires présentent un risque plus important de voir réapparaître et conserver des symptômes durant la grossesse que le reste de la population de femmes enceintes. Cependant, l'utilisation de moyens compensatoires sont moins fréquents que pour les femmes ayant débuté leur grossesse avec un TCA actif. L'exercice physique intensif est beaucoup plus fréquent que chez les femmes sans TCA. Il semble, en revanche, pratiqué de manière équivalente par les femmes avec un antécédent de TCA ou un TCA actif (35).

1.2.5 Co-addiction

Les TCA sont assimilés à une forme d'addiction comportementale et s'associe fréquemment à d'autres addictions telles que le tabagisme, la consommation de cannabis, d'alcool, d'héroïne,

cocaïne ou médicaments psychoactifs. Les études de Holderness, Krug et Anzengruber ont montré la présence de ces comorbidités chez les patients présentant des TCA, sans différence entre différents pays européens (43–45). La revue de littérature de Holderness en 1994 a révélé que jusqu'à 10% des patientes souffrant d'anorexie de type restrictive et 40% des boulimiques présentait une co-addiction même si ces chiffres varient beaucoup d'une étude à l'autre (43). Dans une autre étude, elle est de 37% pour les boulimiques et 27% pour les anorexiques (20). Concernant l'alcool, il n'y a pas plus de consommation à risque chez les anorexiques par rapport à la population générale, contrairement aux boulimiques, BED et EDNOS (44,46–48). Ainsi, la consommation d'alcool « abusive » ou dépendante est de 30 à 50% chez les femmes atteintes de boulimie.

Le tabac est fréquemment associé à tous les types de troubles alimentaires, avec une prévalence d'environ 40% (44,45). Compte tenu de son utilisation à des fins anorexigènes, pour limiter la prise de poids, les boulimiques et les anorexiques avec symptômes boulimiques ont les pourcentages les plus élevés de consommation tabagique. La poursuite du tabac pendant la grossesse est plus fréquente chez les patientes souffrant de TCA (49). Les personnalités marquées par une impulsivité et un perfectionnisme sont plus exposées au développement de ce type de comorbidité (45,48).

Par ailleurs les addictions sont plus fréquentes dans les milieux socio-culturels les plus fragiles ce qui n'est pas retrouvé pour les TCA seuls.(50)

Chez l'ensemble des femmes enceintes, les consommations de tabac et alcool diminuent lors de la grossesse même si elles restent non négligeables : le tabac, dont la prévalence en dehors de la grossesse est de 37% passe à 17% au 1^{er} trimestre et 14% au dernier (51) ; tandis que l'alcool passe de 79% avant la grossesse à 43% pendant, avec un usage à risque de 9,9% (52).

Selon le rapport de l'OFDT de 2013 sur « drogues et addictions : données essentielles », la polyaddiction, concernant l'usage régulier de deux produits parmi l'alcool (au moins 3 verres/sem), le tabac (quotidien) et le cannabis (au moins 10/mois), est de 8,6% chez les 18-64 ans. L'association la plus fréquente est tabac-alcool (6,7%) puis cannabis-tabac (1,2%).

La consommation de psychotropes est nettement plus importante chez les patientes souffrant de TCA sans différence entre les anorexiques et les boulimiques (48).

1.3 Conséquences des TCA

1.3.1 Complications générales

1.3.1.1 Anorexie mentale

L'anorexie mentale est une pathologie grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Des troubles métaboliques peuvent s'installer qui sont relativement bien tolérés car progressifs. Il s'agit notamment d'hypokaliémie (20% des cas) parfois majorée par les conduites purgatives ou la prise de diurétiques et pouvant provoquer des troubles cardiaques (hypotension : 41% des cas, bradycardie : 16%, hypothermie)(53). On note également une hyponatrémie ainsi qu'une diminution des trois lignées sanguines. Les troubles endocriniens d'origine centrale apparaissent rapidement avec une aménorrhée et une hypothyroïdie périphérique à T3 basse, stigmate d'une

adaptation métabolique. Enfin, la carence oestrogénique, associée à la perte de la masse grasse empêchant l'aromatisation des androgènes, favorise l'apparition d'une ostéoporose.

Si la mortalité a baissé au cours de ces dernières années, elle reste préoccupante, notamment pour l'anorexie mentale qui a le taux de mortalité le plus élevé parmi les TCA.

Ce taux est bien plus élevé que dans la population générale. Le risque de décès, toute cause confondue, est estimé entre 0,5 et 1% par année d'évolution (ou approximativement 5,6% par décennie) soit 11,6 fois le risque attendu selon l'âge. Le décès était dû dans la majorité des cas à un suicide ou secondaire aux troubles métaboliques induits par la restriction alimentaire et concerne essentiellement les formes chroniques de plus de 3 ans d'évolution (54,55). L'abus d'alcool est un facteur associé prédictif du risque de mortalité.

Le risque suicidaire et les symptômes anxio-dépressifs sont particulièrement fréquents chez ces patients (56).

1.3.1.2 Boulimie nerveuse

A contrario, la boulimie présente un moindre risque de mortalité mais celui-ci reste plus élevé que dans la population générale. Il est évalué à 1,3 fois le risque attendu rapporté à l'âge (54) et est d'un peu moins de 0,2% par année d'évolution (57).

Les conséquences somatiques sont essentiellement dues aux vomissements itératifs : détérioration de l'état dentaire, hypertrophie parotidienne, RGO, hypokaliémie pouvant entraîner des troubles du rythme. Comme pour l'anorexie mentale, des symptômes anxio-dépressifs sont plus fréquents que dans la population générale (58).

Les études sur les taux de mortalité et conséquences des troubles alimentaires non spécifiés sont rares et ne permettent pas d'en avoir une évaluation fiable. Le risque ajusté à l'âge serait 1,9 fois plus important, tout comme celui du BED (59). L'étude de Loas a évalué un risque suicidaire plus important pour les patientes boulimiques que pour les anorexiques. Ce risque serait encore augmenté en cas de personnalité dépendante associé à la boulimie (60).

1.3.2 Impact sur la grossesse

Les conséquences fœtales et obstétricales des troubles du comportement alimentaire sont difficiles à évaluer du fait du nombre d'études disponibles, de la méthodologie variable utilisée et de la faible taille des échantillons rendant la puissance des études limitée.

L'étude de Linna a retrouvé un risque plus élevé pour les anorexiques d'un accouchement prématuré, d'un RCIU, d'un faible poids de naissance, d'une mortalité périnatale et d'une anémie (61).

D'autres études ont relevé uniquement un risque plus important de césarienne (62), de faible poids de naissance (63,64) ou de RCIU (65). Le faible poids de naissance semble cependant non significatif une fois ajusté à l'IMC préconceptionnel (65). Ces risques sont également retrouvés dans l'étude de Bulik qui évoque en plus un risque de fausses couches pour ces patientes (66).

Dans une étude de suivi sur 12 ans, la mortalité périnatale chez les enfants de femmes

anorexiques serait jusqu'à 6 fois plus importante que celle attendue dans la population générale et la prématurité, 2 fois plus fréquente (67).

Tout comme pour l'anorexie, la boulimie est uniquement associée à une augmentation du risque de césariennes dans l'étude de Franko (62). D'autres études ont montré qu'elle est liée à un risque élevé de fausses couches (63,68) et d'accouchements prématurés (68). Les nausées et vomissements gravidiques sont significativement plus fréquents pour les boulimiques de type : « avec vomissements » ou « avec prise de purgatifs » (« purging-type »). Cependant, il n'y avait pas de différence concernant l'hyperémesis gravidarum (69).

Le BED est significativement associé à un poids de naissance plus élevé (49,61) une augmentation du nombre de césariennes (49) et une HTA gravidique (61).

On observe une certaine variabilité des résultats selon les types de TCA. Si l'on observe les complications foeto-obstétricales de l'ensemble des TCA sans distinction de type, on constate : une prise de poids lors de la grossesse plus importante que la moyenne (49), un risque de faible poids de naissance multiplié par 2, un risque de prématurité et de RCIU (70,71). Une étude américaine portant sur une période de 11 ans a retrouvé plus de RCIU, de prématurité, d'anémie et d'infections génitales (72).

En plus du faible poids de naissance, l'étude de Kouba montre un risque majoré d'hyperémesis gravidarum et de petit périmètre crânien (73). Des associations entre la présence de TCA et la réalisation d'une césarienne ou le recours à des techniques de PMA ont aussi été évoquées (71).

Les symptômes anxio-dépressifs sont plus fréquents pendant la grossesse chez les patientes souffrant de TCA (74). Les symptômes dépressifs sont multipliés par 2 pendant la grossesse en cas de TCA et même par 6 si un antécédent de dépression est associé au TCA. De même, il y a 10 fois plus de risque d'observer des symptômes anxieux en cas de TCA et d'antécédents de dépression (75).

Les principales conséquences foeto-obstétricales retrouvées parmi toutes ces études sont : les symptômes anxio-dépressifs en per-partum, les faibles poids de naissance, en particulier pour les anorexiques et boulimiques, la réalisation d'une césarienne, et possiblement la prématurité.

1.3.3 Impact sur le post-partum

1.3.3.1 Symptômes anxio-dépressifs

Comme souligné précédemment, le risque principal du post-partum chez les patientes présentant un trouble alimentaire est la dépression. Les symptômes dépressifs ont tendance à diminuer au cours de la grossesse mais se renforcent dans le post-partum. A 6 semaines, ils sont au moins équivalents à ce qu'ils étaient en préconceptionnel.

Dans une large étude longitudinale ayant inclus plus de 10 800 patientes, à 8 mois du post-partum, le risque de dépression est 2 fois plus élevé chez les patientes avec des troubles alimentaires actifs par rapport au groupe contrôle. S'il existe un antécédent de dépression, les femmes avec un trouble alimentaire (actif ou non) ont 4 à 6 fois plus de dépression du post-partum. Les troubles alimentaires associés aux antécédents de dépression semblent potentialiser

le risque de dépression du post-partum. De même, les troubles alimentaires actifs associés à un antécédent de dépression multiplient par 6 le risque de troubles anxieux (75).

Franko a montré que presque 50% des femmes ayant des troubles alimentaires actifs, à la fois pendant la grossesse et après l'accouchement, présentent une dépression post natale. Elles ne sont que 29% à présenter une dépression post natale en cas de rémission au moment de la grossesse (62).

Une autre étude retrouve plus de symptômes de dépression du post-partum chez les boulimiques et BED. Un tiers des patientes boulimiques pourraient souffrir de dépression du post-partum (76). La sévérité des symptômes pourrait être liée à des traits de caractères d'une personnalité perfectionniste (77).

1.3.3.2 Allaitement

Malgré la promotion actuelle de l'allaitement avec la mise en valeur des bénéfices fœtaux-maternels attendus, il existe une réelle réticence ou une difficulté à ce mode d'alimentation en France. En Vendée, le taux d'enfants allaités à la sortie de la maternité (soit après une DMS de 3 jours) est de 48%, ce qui est particulièrement faible (78) comparé aux données nationales et à fortiori, celui des autres pays européens. En France, il est de 59% à la naissance et tombe à 10% à 3 mois selon une étude de l'INVS en 2012. Comparativement, il est de 66% à 3 mois en Italie (allaitement maternel exclusif ou non) (79). Un travail de thèse en 2013 a évalué l'abandon de l'allaitement au cours de l'hospitalisation en maternité à 7% (78).

Les femmes présentant des troubles alimentaires allaitent moins que les autres ou, tout du moins, ont plus de difficulté à maintenir un allaitement prolongé (80). L'allaitement peut être source de stress plus important et de difficulté. Les mamans ont tendance à appliquer « à la lettre » les conseils obtenus à la maternité mais ont du mal à s'adapter aux demandes de leur bébé ce qui peut engendrer un sentiment de culpabilité.

L'intention d'allaitement est 1,25 fois plus importante chez les femmes n'ayant pas de préoccupation significative autour de l'aspect physique à 1 semaine du post-partum dans une étude portant sur 11 900 femmes anglaises. Cette différence est toujours présente à 4 mois de post-partum (81). Dans une autre étude, à 3 mois du post-partum, les femmes ayant un antécédent de trouble du comportement alimentaire allaitaient significativement moins que celles qui en étaient exemptes (82).

L'alimentation, dès la naissance, est une source de conflit et affecte les relations mères-enfant tout au long du développement de l'enfant.

1.3.4 Impact sur le développement de l'enfant

D'un point de vue général, il semble que certaines familles soient plus à risque de troubles du comportement alimentaire. On peut donc se poser la question d'un aspect intergénérationnel de ces pathologies.

Différentes études tendent à montrer que les enfants de mères présentant des troubles

alimentaires ont plus de risque de développer eux-mêmes ce type de troubles. Leur retentissement est complexe et s'intègre de manière plus globale parmi d'autres facteurs de risques ou facteurs protecteurs tels que : l'environnement social, familial, conjugal, soignant, les comorbidités psychiatriques ou la morbidité néonatale (83). Cependant, on remarque quelques spécificités liées à la présence de TCA : les repas sont des moments plus conflictuels avec plus d'émotions négatives exprimées par les mères présentant ce type de pathologies (80). Elles sont plus intrusives avec leurs enfants que les autres mères et ont une tolérance moindre lors d'incidents mineurs au cours du repas (par exemple s'il joue avec la nourriture). Cependant, les émotions négatives ne sont pas retrouvées durant les moments de jeu ce qui implique une spécificité autour de l'alimentation des enfants même si les mères sont tout autant intrusives que pour les repas. Lorsque les interactions mères-enfant sont tendues ou que la mère présente une préoccupation importante sur son aspect physique, les enfants de mères ayant un TCA prennent moins de poids que les autres enfants (84).

Une large étude Norvégienne a montré que les mères présentant un TCA jugent leurs enfants comme « plus difficiles » que la moyenne (85).

Ces études laissent supposer que ces enfants subissent les conséquences de ces troubles en matière de développement physique, cognitif et psychologique. Lors de l'alimentation, les interactions dyadiques réciproques entre la mère et l'enfant sont plus difficiles et des sentiments de gêne et d'insatisfaction en ressortent (86).

Les mères boulimiques semblent avoir plus de difficulté à nourrir leurs enfants et conservent moins de nourriture au domicile par crainte de la survenue de crises boulimiques. Certaines tentent même de faire mincir leurs enfants dès la première année de vie (41). Les mères anorexiques, quant à elles, ont tendance à sous-alimenter leurs enfants et sous-estimer leurs besoins alimentaires (87,88). Ces comportements ont, comme conséquence, un retard de croissance staturo-pondéral souvent retrouvé à l'âge d'un an. Selon une étude rétrospective, 17% des enfants de mère anorexique présenteraient un retard de croissance dû à une sous-alimentation (67).

A un âge plus avancé, les enfants développent des préoccupations similaires à celles de leur mère concernant le poids, l'aspect physique, ont tendance à imiter leurs symptômes (y compris les vomissements provoqués) et à avoir les mêmes désirs de minceur. De même, une étude retrouve dans une population de jeunes filles de 9-10 ans, que si la préoccupation de régime alimentaire est forte, celle de leur mère l'est également (89). Il semble que la préoccupation autour de l'alimentation soit similaire entre les filles et leurs mères (90). Les mères transmettent donc, parfois de manière implicite et involontaire, leurs angoisses à leurs enfants. Cela se répercute sur le développement de la relation mère-enfant et le développement affectif de l'enfant.

Une étude portant sur des enfants de 8 ans a également retrouvé des différences sur le plan cognitif. Une difficulté sur le plan social, des troubles de la fonction visuo-motrice et sur le raisonnement abstrait ont été constatés (91). Les troubles alimentaires maternels sont des facteurs favorisant le développement de troubles émotionnels chez leurs enfants (92).

Micali a étudié, pendant la grossesse, les facteurs maternels influençant négativement le futur développement psychique des enfants. Trois aspects prédominant : l'anxiété, la dépression, la persistance de symptômes alimentaires (93).

En plus de ces facteurs socio-environnementaux, plusieurs études suggèrent une part génétique à ces troubles pouvant expliquer une transmission des TCA d'une génération à l'autre. Avoir une personne atteinte de troubles alimentaires dans sa famille est donc un facteur de risque pour que d'autres membres en soient atteints. Les parentes de personnes présentant des troubles alimentaires auraient 4 fois plus de risque de développer une anorexie ou une boulimie que dans la population générale. Ce taux diminuerait de moitié en cas de troubles atypiques (22). De plus, des troubles alimentaires apparus tôt dans l'enfance sont prédictifs de la poursuite des symptômes à l'adolescence et l'âge adulte. La chronicisation des troubles est importante. Même s'il semble que la guérison soit la règle, elle se fait souvent au prix de longues années d'évolution (94).

Le développement de troubles alimentaires est complexe et englobe des facteurs génétiques, certains traits de caractère propices à leur apparition (perfectionnisme associé à une faible estime de soi, à la susceptibilité, ou à l'anxiété), des événements de vie (par exemple des séparations ou le manque de contact social), un environnement familial particulier avec une préoccupation importante autour de la nourriture (95).

Si les troubles alimentaires des mères ont des impacts directs au niveau périnatal et au niveau du développement physique et psychologique, des facteurs socio-environnementaux, génétiques et psychologiques semblent participer au développement de ces troubles chez les enfants et en particulier chez les petites filles. Toutefois, les différentes associations et relations causales sont limitées par le manque d'études contrôlées (96).

1.3.5 Impact socio-économique

L'impact économique des troubles alimentaires en France est peu évalué et il est difficile d'obtenir des données en terme de coûts socio-économiques. Aux Etats-Unis, le coût moyen est de 13 000 dollars pour une hospitalisation de 20 jours pour trouble alimentaire. Il baisse à 2000 dollars en cas de suivi ambulatoire (97). Le coût de prise en charge de l'anorexie mentale est plus élevé que pour les BN, BED et troubles atypiques, ceci en partie dû au fait que l'hospitalisation est plus longue (en moyenne 14 jours pour les BN versus 20 jours pour l'anorexie). Il est intéressant de constater que malgré le fait que les troubles atypiques regroupent des formes subsyndromiques, le coût est identique à celui de prise en charge des BN et BED. Il semble que le coût moyen annuel des troubles alimentaires soit similaire à celui de la prise en charge d'un patient schizophrénique, soit environ 10 000 euros.

L'impact économique constaté à l'étranger est d'extrapolation difficile du fait même du système de soin très particulier à la France. En effet, le coût de la journée d'hospitalisation est plus faible que dans la majorité des pays et la prise en charge par l'Etat des dépenses laisse une part minimale à la charge des patients ce qui permet des hospitalisations plus prolongées et une prise en charge complète.

Il n'existe pas d'étude française sur le taux d'hospitalisation et les coûts liés aux troubles des conduites alimentaires. Quelques données ont été rapportées de l'institut Montsouris à Paris qui révèlent que sur 600 consultations annuelles, environ 7% entraînent une hospitalisation (98). La

durée d'hospitalisation pour anorexie mentale est en moyenne de 4 mois tandis que les hospitalisations pour les autres troubles alimentaires sont bien plus rares et plus courtes du fait du pronostic vital plus favorable pour ces pathologies.

L'économiste de la santé S. Bahrami aurait évalué le coût des TCA à 5,2 milliard d'euros pour la société française. Ce coût englobe la désinsertion, la rupture scolaire ou professionnelle, la baisse de productivité, l'absentéisme...

1.4 Psychopathologie de la grossesse

1.4.1 Les enjeux de la grossesse sur le plan narcissique

La grossesse, à l'instar de l'adolescence, va remettre en question les repères identitaires de la future mère et bousculer un équilibre particulièrement fragile chez la personne dépendante. Les relations avec son enfant dépendront de la capacité d'adaptation identitaire de la mère et de sa maturité psychoaffective.

Plusieurs auteurs ont associé la période gestationnelle à une période de crise psychique, à un moment de désorganisation affective et relationnelle pouvant avoir des conséquences à distance de la naissance. En effet, l'enjeu majeur est le changement de génération brutale et irréversible. Cette maturation réveille des conflits anciens et des affects infantiles source d'anxiété. Selon le psychanalyste Winnicott, cet état psychique particulier pourrait s'apparenter à une véritable pathologie mentale s'il n'y avait la présence de l'enfant (99).

Selon Bydlowski, dès les premières semaines de grossesse, l'équilibre de la jeune femme est ébranlé et une réactivation du passé se produit. La femme est souvent « silencieuse sur l'enfant qu'elle porte et se centre de façon nostalgique sur celui qu'elle a été ». Elle réinvestit les souvenirs de sa relation avec sa propre mère. Alors que l'ensemble du milieu médical et social se concentre sur l'enfant à venir, la femme se recentre sur sa propre personne et vit un certain retrait du monde extérieur avec, notamment, un désinvestissement professionnel ainsi que des relations affectives. Parallèlement, il existe une demande d'un référent solide et bienveillant, ce qui est fréquemment ressenti par les soignants. Les conditions sont donc favorables pour une alliance thérapeutique (100).

En 1949, Deutsch décrit le début de grossesse comme une phase d'exacerbation narcissique : la femme considère son enfant, à la fois, comme étant partie d'elle-même et comme étant objet extérieur sur lequel elle projette ses relations avec sa propre mère. A partir du moment où les mouvements actifs fœtaux sont présents, la mère peut donner corps à cet objet initialement virtuel et investir cet enfant réel (101).

1.4.2 Les conduites addictives et la grossesse

La grossesse, période de crises et de changements, constitue un moment où l'équilibre des femmes est mis à mal mais peut être une parenthèse positive avec un espoir de renouveau. Les

conduites addictives sont un moyen de contrecarrer les angoisses et permettent un fonctionnement psychosocial plus ou moins stable.

La fertilité est moindre du fait d'oligoménorrhées secondaires ce qui favorise la survenue de grossesses non désirées voire de déni de grossesse. Les retards d'examens et de prise en charge sont donc fréquents et nuisent à l'investissement de l'enfant par les mères présentant une conduite addictive.

Lorsque les grossesses sont désirées, l'exacerbation narcissique en découlant offre un répit aux mères souffrant de TCA. Les conduites addictives, qui sont le prolongement de failles narcissiques, ont tendance à s'atténuer devant la satisfaction obtenue par le statut de mère. L'accouchement, moment de rupture de continuité avec l'enfant peut alors être une période de réactivation de ces conduites. Les bouleversements physiques et physiologiques qui avaient eu lieu tout au long de la grossesse sont à nouveau source d'anxiété intense et renvoient à des problématiques de l'investissement de l'image de leur corps et de leurs rapports à l'alimentation (83). Il est constaté une recrudescence des angoisses d'abandon, des difficultés face au remaniement identitaire, au dépassement de soi et une confrontation difficile et potentiellement opposée entre le nouveau-né imaginaire et réel (102). Le support familial moindre, la mauvaise compréhension des expressions négatives du bébé (cris, pleurs...) participent à la détresse de la mère et aux troubles précoces de la parentalité et de l'attachement. Ce nouveau rôle de parent est alors difficile à incarner, source d'insatisfaction (83).

1.5 Repérage

L'augmentation significative des troubles alimentaires entre les années 1950 et 1980 a amené au développement d'outils de dépistage. Cependant, plusieurs difficultés rendent cette évaluation complexe dans la pratique quotidienne du médecin : le refus fréquent de coopérer des patients, le déni des troubles, des comportements manipulateurs, la faible compliance, la volonté de cacher les symptômes. Ceci est dû aux sentiments de honte et de culpabilité ressentis par les patientes (103).

Les symptômes d'alerte seront plus souvent rapportés par un membre de la famille ou un ami qui s'inquiète d'une perte de poids rapide, de vomissements itératifs, de comportements alimentaires inhabituels tels que le saut de repas, le fait de cacher la nourriture ou d'adopter un régime restrictif sévère.

Les professionnels de santé peuvent être alertés par une cassure de la courbe de croissance, un IMC en dessous du 3^e percentile, l'apparition d'une allergie/intolérance alimentaire portant sur les aliments à fort pouvoir calorique, une fatigue chronique associée...

Le diagnostic de boulimie nerveuse peut être plus difficile du fait de l'absence de perte de poids. Les symptômes d'alerte concernent essentiellement les conséquences cliniques des vomissements et de l'utilisation de laxatif : hypertrophie parotidienne, érosion dentaire, asthénie, troubles du cycle menstruel, diarrhée, oesophagite (104).

La préoccupation extrême autour de l'image corporelle et du poids sont des signes retrouvés dans tous les troubles alimentaires et méritent une évaluation plus poussée.

1.5.1 Tests de dépistage

De nombreux tests de dépistage existent et nécessitent une expertise médicale secondaire par un psychiatre qui permettra de confirmer le diagnostic.

Il existe plusieurs types de tests : en premier lieu un test diagnostic par un entretien clinique semi directif :

- L'Eating Disorder Examination est un test diagnostic qui évalue la fréquence de différents comportements alimentaires sur les 28 derniers jours et les aspects psychopathologiques des TCA. Il est constitué de 4 parties : contrôle, préoccupation sur l'alimentation, l'aspect, le poids.

En second lieu, les auto-questionnaires :

- L'Eating Attitude Test -26. C'est le plus ancien. Il était constitué à l'origine de 40 items puis a été simplifié en 26 items. L'EAT ne distingue pas la nature des troubles alimentaires. Des doutes ont été émis parmi les diverses études sur une sensibilité et spécificité suffisante pour le dépistage. Le taux de faux positif semble élevé quand il est utilisé dans des populations non cliniques. Il reste un test de référence sur le repérage des TCA.
- Le BULIT-R qui évalue les symptômes de la boulimie nerveuse seule. Il ne diagnostique pas l'anorexie. Il contient 36 items. Ils sont présentés sous forme d'échelle de type Likert dont les valeurs attribuées aux items vont de 1 à 5. Tout comme l'EAT, il ne distingue pas les formes subsyndromiques.
- Le Eating Disorder Examination Questionnaire est un auto-questionnaire. Il a été construit à partir du EDE. Il comprend 33 items portant sur les aspects psychopathologiques, la sévérité des troubles, les comorbidités sur les 28 derniers jours. Il évalue les syndromes subcliniques.
- Le Eating Disorders Inventory contient 64 items évaluant les aspects comportementaux et psychologiques de l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et les troubles non spécifiés. C'est un test de diagnostic. Il mesure la sévérité des pathologies et l'efficacité de la prise en charge. Il a été réactualisé afin d'améliorer la précision des diagnostics en fonction des recherches récentes sur les TCA (EDI-3).
- Le SCOFF qui est un test de dépistage en 5 items, utilisable par les non spécialistes (au même titre que le test CAGE pour l'alcool), ayant une bonne sensibilité et spécificité pour le dépistage des troubles du comportement alimentaire.(105)

1.5.2 Le test SCOFF

Ce test a l'avantage d'être simple d'utilisation, court et fiable. Diverses études ont démontré sa validité. Les sensibilité et spécificité de ce test sont comprises entre 85% et 94% selon les études.(106–108). Il a une valeur prédictive négative proche de 100% ce qui en fait un bon test de dépistage. Comparativement au test EDE-Q, le test SCOFF dépisterait peut être moins bien les troubles du comportement alimentaire.(109) Cependant, au vu de sa simplicité d'utilisation en soin primaire et sa rapidité, il est admis qu'il s'agit d'un test à privilégier pour le dépistage. Il a été validé dans de nombreux pays : Espagne, Chine, Japon (19,110,111)...

Bien que les tests de dépistage en soin primaire existent, ils restent très peu utilisés. Les patients sont essentiellement diagnostiqués suite à une perte de poids importante ou des comportements alimentaires atypiques décelés par l'entourage.

1.5.3 Spécificité de la grossesse

Le dépistage des troubles du comportement alimentaire avant ou pendant une grossesse est quasi inexistant. Les femmes concernées révèlent rarement leurs symptômes ou antécédents de troubles alimentaires de manière spontanée aux professionnels de santé et sont donc peu diagnostiquées comme souffrant de TCA lors de consultations pour une grossesse.

Il n'existe pas de test validé pour le dépistage des troubles alimentaires chez la femme enceinte. Pourtant, la grossesse semble être un moment privilégié pour la prise en charge et prévention de ces pathologies : la femme est en contact régulier avec un professionnel de santé et est attentive au bien-être du fœtus. Tous sont concernés : les médecins généralistes, les gynécologues obstétriciens, les sages-femmes.

Une étude sur la santé périnatale en 2010 montre que les déclarations de grossesse sont à 22% réalisées par les médecins généralistes, à 5,3% par les sages-femmes et 72,7% par les gynécologues-obstétriciens. De plus, 23,8% des femmes ont eu au moins une consultation anténatale avec un médecin généraliste (112). Une récente étude au CHD de la Roche-sur-Yon a évalué le suivi de la grossesse par le médecin généraliste à 36,7%, à 34,3% par des gynécologues, et 18,1% par les sages-femmes. Les autres femmes étaient suivies par plusieurs professionnels (113). Ces professionnels en soins primaires doivent donc être sensibilisés à ce repérage.

II Matériel et Méthode

Les TCA sont considérés comme des pathologies très marginales et, s'ils sont identifiés, pris en charge essentiellement sur un plan nutritionnel. L'anorexie, TCA le moins fréquent, est celui qui suscite une plus grande vigilance du fait d'une dénutrition plus évidente, délétère pour le fœtus en cas de grossesse. Les autres troubles des conduites alimentaires sont totalement ignorés. En tant qu'interne, on apprend à repérer les situations de complications au cours de la grossesse d'un point de vue très organique. Pourtant, on voit de plus en plus de femmes très préoccupées par leur poids ou leur aspect physique avec des prises de poids excessives ou insuffisantes. En fin de grossesse, leur épanouissement est souvent mitigé par d'importants symptômes anxieux liés à ces problématiques. Ces paramètres participent aux difficultés rencontrées dans les interactions avec leur bébé en post-partum. Une aide très technique est apportée sur l'approche de leur bébé mais les déterminants de ces troubles interactifs sont peu pris en compte. Ce sont toutes ces attitudes autour du rapport à l'alimentation qui ont motivé cette recherche.

L'objectif de cette étude était donc d'avoir une meilleure estimation des TCA chez la femme enceinte ainsi que des co-addictions et de sensibiliser les professionnels de santé au repérage et à l'accompagnement périnatal.

2.1 Etude observationnelle sur le repérage des troubles du comportement alimentaire chez la femme enceinte

2.1.1 Objectifs

L'objectif principal est le repérage des TCA (tout type confondu : anorexie, boulimie, Binge Eating Disorder et troubles alimentaires non spécifiés) chez la femme enceinte et l'estimation de leur prévalence dans cette population particulière de femmes entre 16 et 40 ans.

Les objectifs secondaires étant :

- d'évaluer la présence ou non d'un suivi de ces troubles et par quel professionnel de santé.
- d'évaluer les co-addictions avec le tabac et l'alcool.
- d'évaluer une association avec des complications obstétricales.
- d'évaluer un aspect intergénérationnel.

2.1.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive, rétrospective sur le repérage des situations à risque de TCA.

2.1.3 Population

La distribution des auto-questionnaires a été réalisée à la maternité du CHD de la Roche-sur-Yon qui effectue un peu moins de la moitié des accouchements de Vendée. Les questionnaires ont été remis aux parturientes pouvant répondre par écrit. Celles ne parlant pas français ou ne sachant pas écrire n'étaient pas incluses. Les questionnaires étaient uniquement distribués en suite de couche, l'unité de néonatalogie « Kangourou » était exclue pour des raisons pratiques (unité d'accès restreint).

2.1.4 Durée de l'étude

L'étude a été réalisée entre le 20 janvier et le 26 juin 2014. Sur les 400 questionnaires distribués, 361 ont été recueillis et 352 exploitables (88%). Les données concernant la prévalence des TCA selon les critères du DSM-5 chez la femme enceinte en France ne sont pas disponibles. Si l'on considère la population féminine en âge de procréer, ceux-ci seraient d'environ 25%. Le nombre de sujet nécessaires, avec une précision de 5%, a été calculé à 288 (intervalle de confiance à 95%).

2.1.5 Déroulement de l'étude

Les questionnaires étaient remis en post-partum par les internes de médecine générale à l'ensemble des patientes de l'unité de suite de couche de la maternité du CHD. Elles remplissaient seules le questionnaire durant leur séjour, puis le remettaient à l'un des membres du personnel soignant à leur sortie.

En raison des effectifs réduits le weekend et d'exigence d'organisation du service, les questionnaires étaient remis en semaine et quand la charge de travail des internes le leur permettait.

2.1.6 Questionnaire

Le questionnaire contient 46 questions et est constitué de plusieurs parties :

- les caractéristiques sociodémographiques
- le questionnaire de repérage SCOFF constitué de 5 questions, appliqué sur la période avant et pendant la grossesse :
 - Vous arrive-t-il de vous rendre malade parce que vous avez la sensation inconfortable d'avoir trop mangé ?
 - Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?
 - Avez-vous perdu plus de 6 kg en moins de 3 mois ?
 - Pensez-vous que vous êtes trop grosse alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?

- Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?

Un score supérieur ou égal à 2 correspond à un risque de TCA

- le déroulement et suivi de la grossesse
- les antécédents familiaux rapportés de TCA.
- la consommation de tabac et alcool.

2.1.7 Recueil et analyse des résultats

Les variables ont été saisies sur Excel et les données descriptives ont été analysées en terme de moyenne, écart type et fréquence (en pourcentage).

Les analyses comparatives univariées ont été réalisées à partir des tests usuels : khi 2, pour les variables qualitatives et test t de Student pour les variables quantitatives. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Epidata.

III Résultats

3.1 Analyse descriptive de la population

Les caractéristiques sociales sont similaires entre les populations à risque de TCA et non à risque. Parmi les paramètres étudiés, 3 sont significativement différents entre la population à risque de TCA et celle non à risque :

- D'une part le poids avant grossesse et l'IMC ($p=0,000$). L'IMC était significativement plus élevé chez les patientes avec un score positif. Le poids étant directement corrélé à l'IMC, il reflète la même donnée. Les femmes du groupe à risque étaient, en moyenne, en surpoids ($IMC > 25$) alors que les femmes du groupe contrôle étaient de « poids normal ».
- D'autre part, la variation maximale de poids depuis la fin de la puberté est significativement plus importante chez les femmes à risque de TCA. Elle est en moyenne de 16 kg soit 1,5 fois plus élevée que le groupe contrôle.

Tableau 1

	Population non à risque de TCA		Population à risque de TCA		p
	Effectif	(%)	Effectif	(%)	
Statut marital					
Mariée/Pacsée/en Concubinage	218	(61,93)	115	(32,67)	NS
Séparée/Divorcée	1	(0,28)	1	(0,28)	NS
Célibataire	8	(2,27)	4	(1,14)	NS
Autre	3	(0,85)	0	(0)	NS
Non précisé	2	(0,57)	0	(0)	NS
Catégorie socio-professionnelle					
Active	169	(48,01)	80	(22,73)	NS
Inactive au chômage	25	(7,10)	21	(5,97)	NS
Etudiante	2	(0,57)	3	(0,85)	NS
Femme au foyer	16	(4,55)	6	(1,70)	NS
Inactive en invalidité/longue maladie	1	(0,28)	0	(0)	NS
Congé parental	2	(0,57)	1	(0,28)	NS
Autre	3	(0,85)	0	(0)	NS
NC	14	(3,98)	9	(2,56)	NS
Niveau professionnel					
Aucun	7	(1,99)	3	(0,85)	NS
Primaire	0	(0)	1	(0,28)	NS
BEPC ou équivalent	6	(1,70)	4	(1,14)	NS
CAP/BEP ou équivalent	49	(13,92)	22	(6,25)	NS
Baccalauréat ou équivalent	56	(15,91)	32	(9,09)	NS
Diplôme d'études supérieures	109	(30,97)	57	(16,19)	NS
Autre	4	(1,14)	1	(0,28)	NS
Non précisé	1	(0,28)	0	(0)	NS

Age (m1+/- écart-type)	29,55	(4,71)	29,83	(4,86)	NS
Poids avant grossesse (m1+/- écart-type)	61,01	(11,14)	69,41	(16,19)	P = 0,000
IMC avant grossesse (m1+/- écart-type)	22,77	(4,07)	25,70	(5,42)	P = 0,000
Variation de poids (m+/- écart-type)	10,72	(7,82)	16,61	(4,67)	0,000
Parité					
Nulliparité	98	(27,92)	44	(12,54)	NS
Multiparité	133	(37,89)	76	(21,65)	NS
Gémellité	2	(1,67)	7	(3,02)	P = 0,447

Depuis la fin de la puberté :

- aucune femme n'a eu d'IMC <13 (dénutrition grade IV)
- 14 femmes (4,2%) ont eu un IMC <16 (dénutrition grade III)
- 19 femmes (5,7%) ont eu un IMC <17 (dénutrition grade II)
- 37 femmes (11,4%) ont eu un IMC <18,5 (dénutrition grade I)
- 30 femmes (9%) ont toujours été, au minimum, en surpoids

3.2 Analyse des résultats du score de SCOFF

Sur les 354 femmes interrogées en post-partum immédiat, 2 n'ont pas répondu correctement au score de SCOFF. L'analyse a donc été faite sur 352 questionnaires. Parmi ces femmes, 34% avait un score de SCOFF positif avant la grossesse : elles avaient au moins 2 réponses positives sur les 5 questions. Pendant la grossesse ce taux était de 27,6%. La baisse du nombre de femmes avec un score de SCOFF positif au cours de la grossesse est significative ($p=0,024$) (selon le test de Mc Nemar).

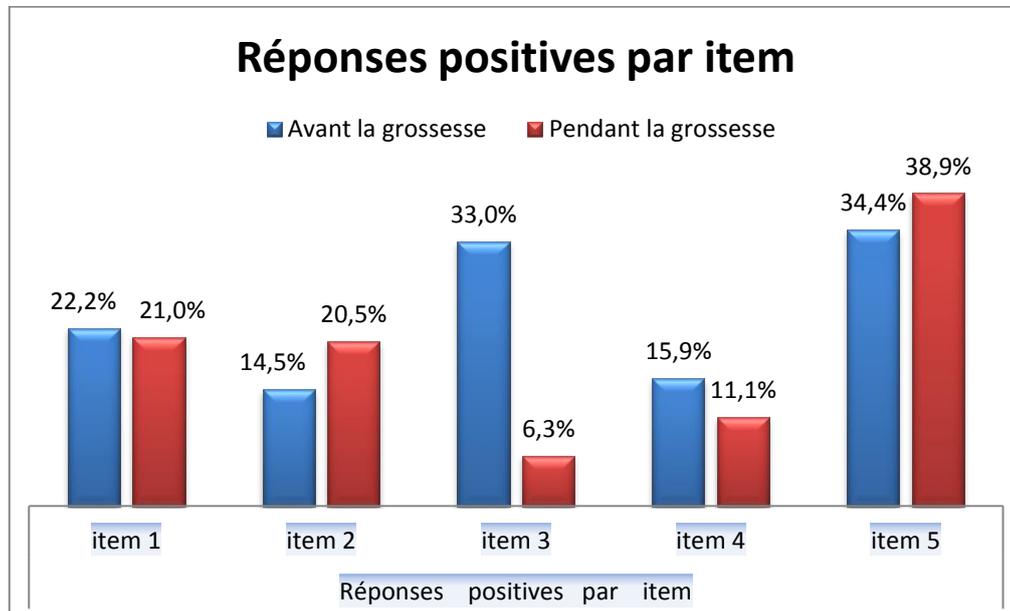
Tableau 2

	Population non à risque de TCA (SCOFF<2)	(%)	Population à risque de TCA (SCOFF≥2)	(%)
Effectif avant grossesse	232	(65,91)	120	(34,09)
Effectif pendant la grossesse	255	(72,44)	97	(27,56)

59 patientes (16,8%) n'appartenaient plus au groupe à risque avec la survenue de la grossesse. A l'inverse, 36 patientes (10,2%) sont passées d'un score négatif à un score positif pendant la grossesse.

3.3 Répartition des réponses positives selon chaque item

Figure 1 :



La question 5 sur la place prédominante de la nourriture dans la vie est celle qui a été la plus citée ; que ce soit avant ou pendant la grossesse. La positivité à cette question a augmenté avec la grossesse de 34,4% à 38,9%.

L'item 1 sur le fait de se rendre malade en cas de sensation de trop plein est stable lorsque la femme est enceinte passant de 22,2% à 21%.

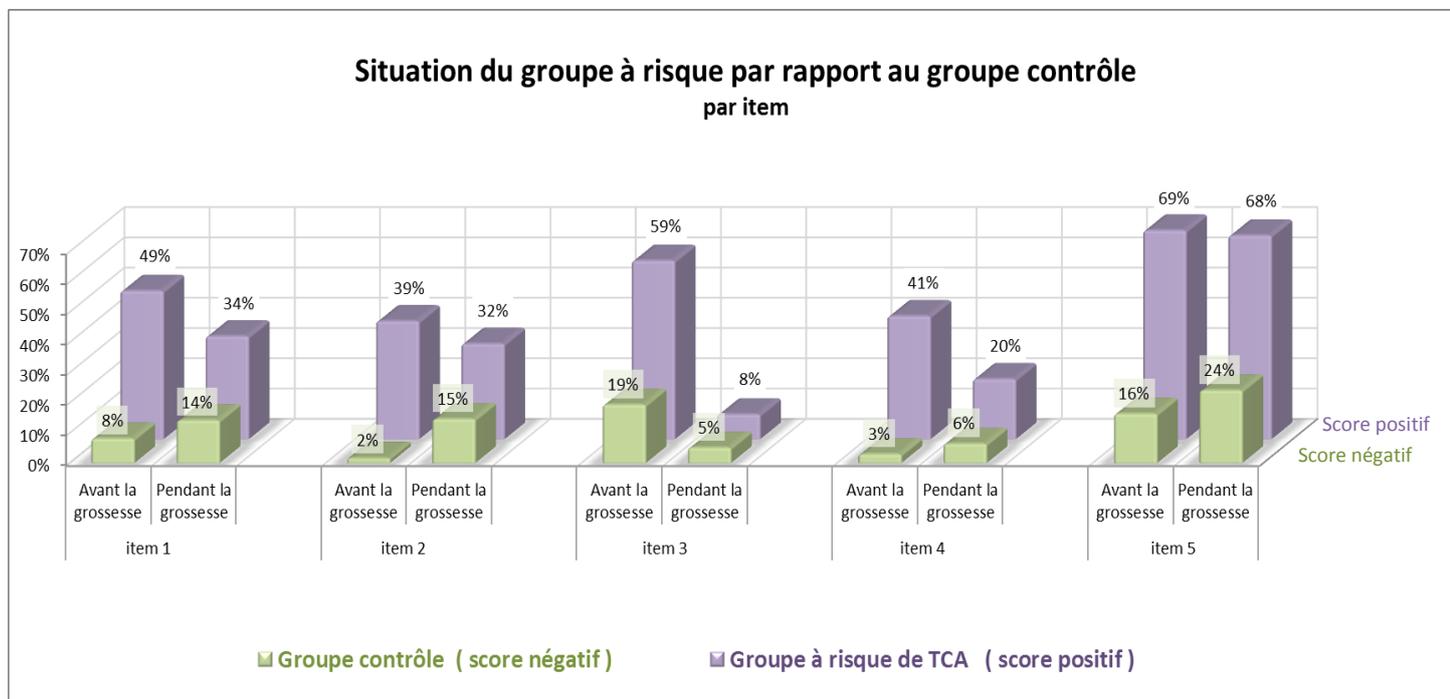
La question à propos de la perte de plus de 6kg en moins de 3 mois a été la seconde plus citée avec 32,9% de réponses positives. Cependant le taux chute lorsque la question est posée pendant la grossesse à 6,25%.

A l'inverse, on note une augmentation du taux de réponses positives sur la question de la perte de contrôle des quantités de nourriture consommée (item 2). Celui-ci passe de 14,5% à 20,5%.

L'item 4 relatif à la mauvaise perception de son image corporelle s'améliore pendant la grossesse avec un taux passant de 15,9% à 11,1%.

3.4 Répartition des réponses selon chaque item dans le groupe à risque et le groupe non à risque de TCA

Figure 2 :



Les différents paramètres étudiés concernant les complications obstétricales et fœtales ne présentent pas de différence significative.

On peut remarquer que les césariennes sont une fois et demi plus fréquentes chez les patientes à risque de TCA ($p = 0,057$). Les nouveau-nés dont la mère a un score SCOFF positif ont, en moyenne, 100 grammes de plus ($p = 0,054$). Si l'on rapporte le poids de naissance à l'âge gestationnel, la différence de poids reste modérée mais devient significative avec 200 grammes d'écart.

Tableau 3

	Population non à risque de TCA		Population à risque de TCA		p
	Effectif	(%)	Effectif	(%)	
PMA	15	(6,47)	7	(5,83)	0,816
Fausse couche spontanée	63	(29,17)	33	(28,95)	0,967
Prise de poids (m+/- écart-type)	11,86	(± 5,55)	12,48	(± 6,15)	0,340
Diabète gestationnel	27	(12)	19	(16,37)	0,262
Césarienne	34	(14,85)	27	(23,08)	0,057
Poids de naissance (m+/- écart-type)	3 278	(± 417)	3 380	(± 494)	0,054
Age gestationnel (m+/- écart-type)	39,7	(± 1,34)	39,5	(± 1,9)	0,242
Poids de naissance selon l'âge gestationnel (écart-type selon Usher)	-0,13	(± 0,85)	0,15	(± 0,97)	0,006

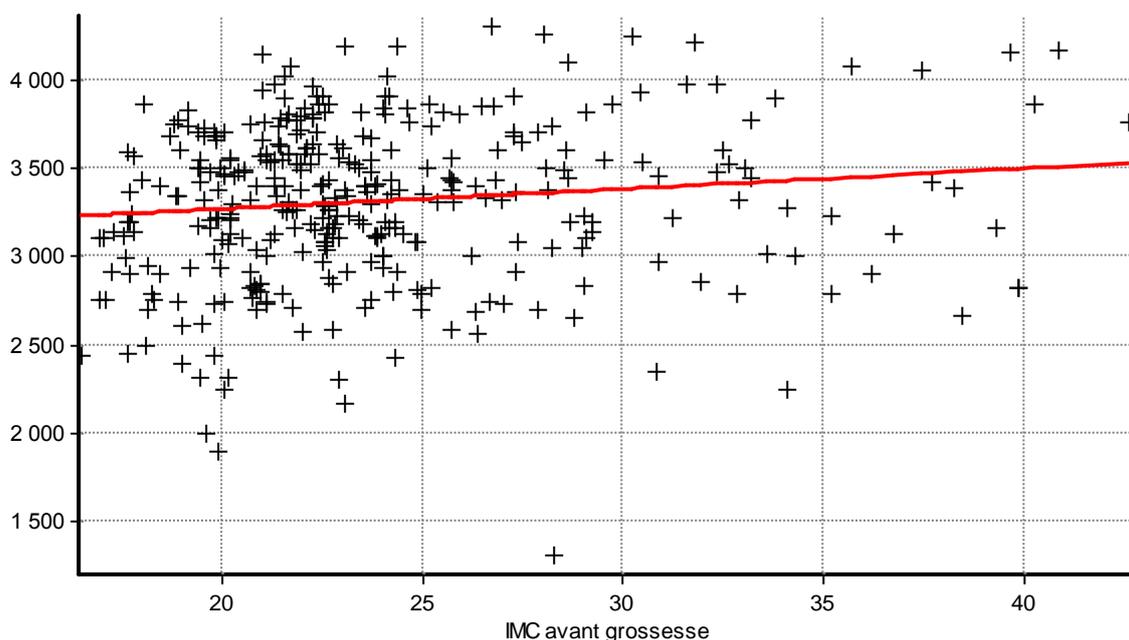
Il n'y a pas de différence de prise de poids entre les 2 groupes. Si l'on considère l'ensemble de la population étudiée, la prise de poids diminue significativement avec l'augmentation de l'IMC préconceptionnel.

Tableau 4

IMC avant grossesse	Prise de poids au cours de la grossesse			p
	Effectif	Moyenne (kg)	Ecart-type	
<18,5	26	14,35	(± 6,10)	0,000
≥18,5 - <25	227	12,59	(± 4,70)	
≥25 - <30	56	10,86	(± 7,70)	
≥30	40	6,70	(± 6,92)	

Si l'on compare le poids de naissance à l'IMC initial de la mère, on note une croissance constante et significative du poids du bébé avec l'augmentation de l'IMC ($p = 0,004$). Seule la moyenne de poids de naissance pour les mères dont l'IMC est entre 35 et 40 est plus faible que pour des IMC moins importants.

Figure 3 : Lien entre IMC et poids de naissance de l'enfant



$$\text{Poids de Naissance} = 11.32 * \text{IMC} + 3038 \quad (p=0.02)$$

3.6 Préoccupation autour de l'alimentation

Avant la grossesse, les femmes à risque de TCA ont une préoccupation nettement plus importante autour de l'alimentation, ont plus de suivi par un professionnel et ont mieux informé leur médecin traitant de ce suivi par rapport aux autres femmes.

70,5% des femmes ayant un risque de TCA sont préoccupées par leur alimentation mais seules 54,7% ont reçu une information sur l'alimentation. 18% ont un suivi alimentaire et 11% en ont informé leur médecin traitant. Dans le groupe contrôle, 30,6% sont préoccupées par l'alimentation. Parmi elles, 1 sur 7 a un suivi alimentaire contre 1 sur 4 pour le groupe à risque.

Les différences entre les 2 groupes sont significatives puisque les odds ratio sont de OR= 5,44 [3,36-8,82] ; OR= 4,98 [2,27-10,92] ; OR= 3,91 [1,51-10,07] pour, respectivement, la préoccupation autour de l'alimentation, l'existence d'un suivi alimentaire et l'information au médecin traitant. L'information du médecin traitant du suivi alimentaire préalable à la grossesse est non significative entre les 2 groupes, une fois rapportée uniquement aux patientes ayant un suivi alimentaire. Ainsi, la proportion de patientes informant leur médecin traitant d'un suivi concernant leur alimentation est équivalente dans les deux groupes (environ 7 femmes sur 10 ont informé leur médecin traitant de ce suivi). Dans les 2 groupes, la moitié des femmes qui avaient un suivi alimentaire l'ont abandonné lors de la grossesse.

Pendant la grossesse, les femmes à risque de TCA ont un désir d'information sur l'alimentation plus important que les autres femmes : 59% auraient souhaité plus d'information lors d'une consultation spécifique (OR= 1,78 [1,11-2,83]) mais l'information reçue est équivalente dans les 2 groupes et concerne 53,2% des femmes. On constate une augmentation significative du nombre de femmes suivies sur le plan alimentaire dans les 2 groupes. En revanche, le nombre de femmes suivies sur le plan alimentaire est équivalent dans les 2 groupes tout comme l'information au médecin traitant.

Tableau 5

	Population non à risque de TCA		Population à risque de TCA		p
	Effectif	(%)	Effectif	(%)	
Avant la grossesse					
Préoccupation sur l'alimentation	71	(30,60)	84	(70,59)	0,000
Suivi alimentaire	10	(4,31)	22	(18,33)	0,000
Médecin traitant informé	7	(3,02)	13	(10,83)	0,003
Pendant la grossesse					
Suivi alimentaire	59	(25,43)	42	(35)	0,060
Médecin traitant informé	47	(20,43)	35	(29,66)	0,061
Information reçue sur l'alimentation	120	(53,10)	63	(54,78)	NS
Souhait d'information	96	(44,86)	65	(59,10)	0,015

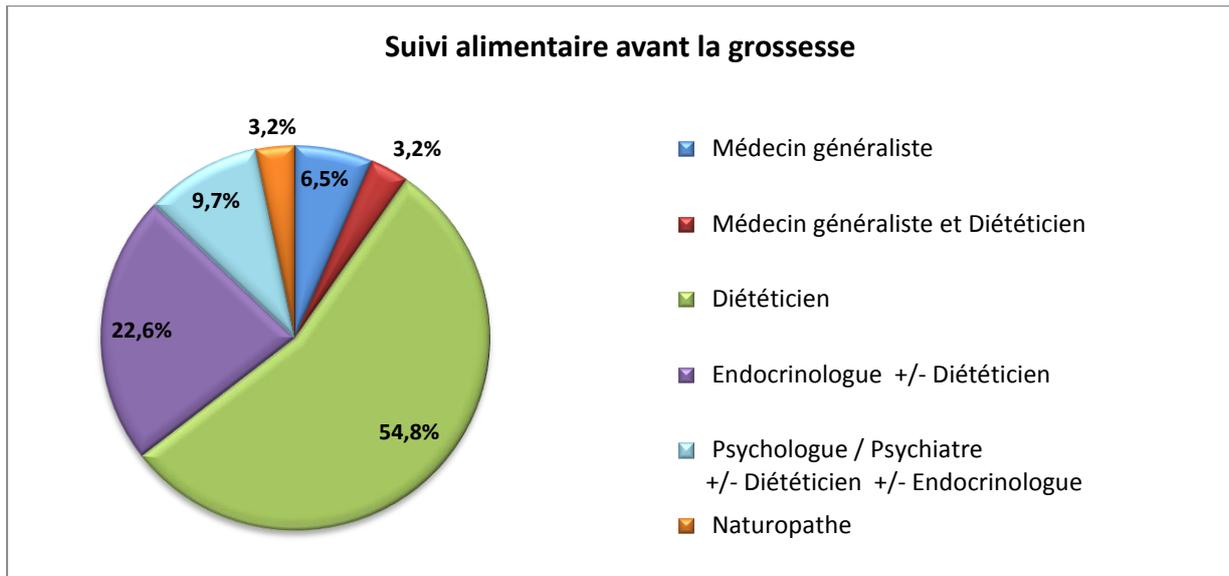
3.7 Suivi alimentaire avant et pendant la grossesse

9,1% des femmes avaient un suivi concernant l'alimentation avant la grossesse. Ce taux passe à 28,7% chez les femmes enceintes.

La répartition du suivi alimentaire avant la grossesse concerne médecin généraliste, diététicien et endocrinologue essentiellement. Le médecin généraliste participe activement au suivi diététique dans 9,7% des cas et sont les seuls assurant le suivi dans 6,5% des cas.

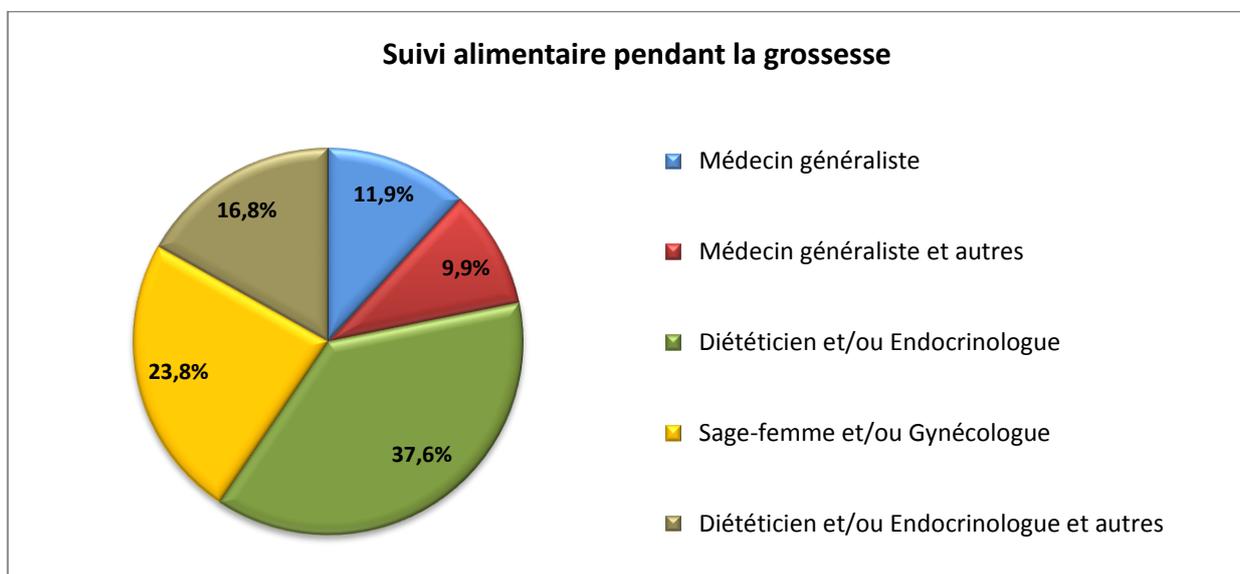
La plus grande part du suivi est effectuée par les diététiciens qui prennent en charge 54,8% des patientes. Ils participent à 70,9% des suivis, qu'ils soient seuls ou coordonnés avec d'autres professionnels de santé. Les figures suivantes indiquent les combinaisons de professionnels de santé auxquels les femmes font appel :

Figure 4 :



Lors de la grossesse, lorsqu'un suivi alimentaire est nécessaire, le médecin généraliste est encore plus présent puisqu'il représente 22% des suivis. Les sages-femmes ou gynécologues prennent part de manière équivalente aux suivis : les suivis sont effectués par eux dans 24% des cas. Les diététiciens et endocrinologues restent les plus concernés.

Figure 5 :



3.8 Antécédents familiaux

Il n'y a pas de différence significative concernant la déclaration d'antécédent familial de TCA entre les 2 groupes. Les antécédents familiaux sont cependant 1,3 fois plus fréquents dans le groupe à risque. Si l'on considère la présence d'un antécédent maternel, les femmes du groupe à risque déclarent plus d'antécédents de TCA ($p=0,04$) (OR : 1,80 [1,06-3,06]).

Tableau 6

	Population non à risque de TCA	(%)	Population à risque de TCA	(%)	p
Antécédent de TCA familial	63	(27,16)	42	(35)	0,134
Antécédent de TCA maternel	39	(16,81)	32	(26,67)	0,041

3.9 Les traitements associés

14,7% des femmes ont déclaré avoir pris un traitement au cours de la grossesse soit 52 patientes sur les 352. La majorité d'entre elles (17 patientes) ont cité le lévothyrox probablement en rapport avec une hypothyroïdie détectée au cours de la grossesse. Le traitement antalgique par paracétamol ou tramadol a été rapporté par 4 patientes. 1 patiente a pris un traitement antidépresseur. Des traitements laxatifs ont été utilisés par 2 patientes. Aucune différence n'a été notée entre les 2 groupes.

Tableau 7

Traitements	Population non à risque de TCA		Population à risque de TCA		p
	Effectif	(%)	Effectif	(%)	
Levothyrox	9		7		NS
Laxatif	2		0		NS
Antalgique	3		2		NS
Antidépresseur	1		0		NS
Tardyféron	4		2		NS
Diabète	1		1		NS
Asthme - allergie	3		2		NS
RGO	1		0		NS
β bloquant – inhibiteur calcique	2		1		NS
HBPM	3		0		NS
Maladie immunitaire	2		2		NS
Total	33	(14,23)	19	(15,83)	0,158

3.10 Polyconsommation

La prévalence globale du tabagisme est de 30,7% avant la grossesse et 17,14% pendant la grossesse.

Le nombre de fumeuses est significativement plus important chez les femmes à risque de TCA ; à la fois avant et pendant la grossesse. Avant la grossesse, les femmes fument en moyenne 11

cigarettes par jour sans différence entre les 2 groupes avant la grossesse. Parmi les fumeuses, 46,3% consomment entre 1 et 9 cigarettes par jour. 53,7% consomment 10 cigarettes et plus, sans différence significative entre les 2 groupes.

On observe une diminution significative du nombre de fumeuses dans les 2 groupes pendant la grossesse ($p < 0,001$ selon le test de Mc Nemar) ainsi que de la quantité fumée : en moyenne, 6 cigarettes par jour ce qui équivaut à une proportion de 76,6% < 10 cigarettes/j et de 23,3% ≥ 10 cigarettes/j. En revanche, bien qu'elles soient significativement moins nombreuses, les femmes du groupe non à risque fument plus de tabac (7,27 cigarettes) que celles du groupe à risque (4,57 cigarettes) ($p = 0,007$).

Il n'y a pas de différence entre les groupes concernant le cannabis, que ce soit sur le nombre de consommatrices, la quantité consommée ou les modifications au cours de la grossesse.

Le nombre de consommatrices d'alcool avant et pendant la grossesse est équivalente dans les 2 groupes tout comme la quantité consommée. Comme pour le tabac, on constate une baisse significative de la fréquence des femmes buvant de l'alcool au cours de la grossesse dans les 2 groupes ($p < 0,001$ selon le test de Mc Nemar).

Les femmes consommant à la fois du tabac et de l'alcool avant la grossesse représentent 19% de l'échantillon.

2% ont déclaré consommer du cannabis avant la grossesse et seule 1 patiente sur 352 a déclaré consommer du cannabis pendant la grossesse.

3 patientes étaient sous traitement substitutif par méthadone dont 2 dans le groupe à risque.

Tableau 8

	Population non à risque de TCA		Population à risque de TCA		p
	Effectif	(%)	Effectif	(%)	
<u>Tabagisme avant grossesse</u>	62	(26,72)	47	(39,17)	0,018
Nombre de cigarettes/j (m+/- écart-type)	11,43	(± 6,98)	11,21	(± 7,69)	0,879
<u>Tabagisme pendant la grossesse</u>	32	(13,79)	28	(23,33)	0,033
Nombre de cigarettes/j (m+/- écart-type)	7,27	(± 4,53)	4,57	(± 2,67)	0,007
<u>Cannabis avant la grossesse</u>	4	(1,72)	3	(2,5)	0,964
Nombre de joints/semaine (m+/- écart-type)	23,38	(± 28,52)	0,33	(± 0,29)	0,230
<u>Cannabis pendant la grossesse</u>	1	(0,43)	0	0	NS
Nombre de joints/semaine (m+/- écart-type)	7	0	0	0	NS
<u>Alcool avant la grossesse</u>	126	(54,11)	75	(62,18)	0,144
Nombre de verres par semaine (m+/- écart-type)	1,09	(± 1,63)	2,39	(± 2,04)	0,260
<u>Alcool pendant la grossesse</u>	3	(1,30)	3	(2,52)	0,535
Nombre de verres par semaine (m+/- écart-type)	1,17	(± 0,76)	0,66	(± 0,29)	0,349

IV Discussion

4.1 Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des femmes ayant accouché dans la population étudiée était de 29,65 ans ce qui correspond à l'âge moyen à la maternité en 2010 qui était de 29,9 ans dans les Pays de la Loire et 29,8 ans en Vendée.

Le taux de primiparité était de 40,5% ce qui est un peu inférieur au taux en Vendée qui était de 47,5% en 2010 selon le « Réseau sécurité Naissance ».

46,9% des femmes avaient un niveau d'étude post baccalauréat ; ce qui est un peu plus bas que les résultats de l'enquête nationale périnatale de 2010 qui étaient de 51,8%.

Le nombre de femmes au chômage était un peu plus élevé que ceux des données nationales puisqu'il était de 13,55% dans notre étude contre 12,5% en 2010.

Le poids et l'IMC moyen préconceptionnels étaient équivalents aux données nationales à 64 kg et 23,9 kg/m² (112).

4.2 Prévalence des troubles alimentaires chez la femme enceinte

4.2.1 Des TCA, sous forme complète ou partielle, fréquents

La fréquence des troubles alimentaires était élevée dans notre échantillon conformément aux données de la littérature. Les études utilisant le score de SCOFF sont peu nombreuses et encore plus limitées chez la femme enceinte. Dans deux études utilisant le score de SCOFF pendant la grossesse, celui était positif pour 30% et 34% des femmes avant leur grossesse et diminue à 27% pendant la grossesse (114–116). Ces résultats sont similaires à ceux de notre étude puisque l'estimation de la prévalence était de 34% avant la grossesse et 27,6% pendant.

Une étude a évalué les TCA avec le score de SCOFF dans une population uniquement féminine (sans limite d'âge) avec un score positif chez 21% de l'échantillon (117).

L'étude du Dr. Chassevent en 2008 a retrouvé, dans une population de 300 femmes enceintes, une prévalence de 16% de TCA dont 12% d'actifs au moment de la grossesse selon les critères du DSM-IV (38).

Les troubles alimentaires sont majoritaires chez les femmes jeunes de 18 à 30 ans. La fréquence de ces troubles était plus élevée dans notre étude et s'explique en partie par le fait qu'elle a été réalisée sur une population féminine jeune avec 80% des patientes ayant entre 24 et 33 ans. Par ailleurs, il s'agit d'un questionnaire de repérage et non diagnostique. Il détecte l'ensemble des TCA, y compris les formes subsyndromiques mais surestime donc le nombre réel de femmes souffrant de TCA.

Il n'existe pas assez d'études chez la femme enceinte pour réaliser une comparaison, en particulier avec les nouvelles définitions du DSM-5 qui sont susceptibles d'augmenter la prévalence globale des TCA.

Diverses études retrouvent une amélioration de la symptomatologie des TCA durant la grossesse, ce qui est retrouvé avec une baisse significative du taux de SCOFF positif (42,118). Le questionnaire ne permet pas de préciser le type de TCA. Il n'est donc pas possible de déterminer

la prévalence de chaque trouble alimentaire. L'IMC plus élevé dans le groupe à risque confirme les données de prévalence des TCA : le BED et les formes atypiques sont majoritaires dans la population.

Le test de SCOFF a une bonne sensibilité (87%) et spécificité (94%) avec un taux de faux positif acceptable à 12,5% (108). Les troubles des conduites alimentaires concernent moins de femmes que ce qui a été retrouvé dans notre étude. Cependant, ces résultats montrent un nombre important de femmes très inquiètes par rapport à leur poids, leur aspect physique et leur alimentation, même si toutes n'ont pas de TCA à proprement parler.

Ces chiffres particulièrement élevés incitent à améliorer le repérage des troubles alimentaires. Le test SCOFF est simple et rapide ; il doit amener à orienter vers un spécialiste pour un diagnostic approfondi des personnes à risque.

4.2.2 Facteurs de préoccupation et leur évolution chez les femmes enceintes

Il existe une certaine ambivalence sur l'aspect de la féminité véhiculée par la société. D'une part la maternité, moment d'épanouissement, où les femmes sont représentées, fières, avec leurs formes plantureuses ; d'autre part, les femmes devant être minces dans les autres périodes de leurs vies. Les femmes se retrouvent dans une position complexe au moment de la grossesse. La perte de contrôle de leur image corporelle, de leur poids et de leur alimentation au profit de leur bébé peut être source d'anxiété.

Le pourcentage élevé de femmes préoccupées par la place dominante de l'alimentation dans leur vie ainsi que la perte de contrôle des quantités ingérées vient confirmer cette notion (115,116). Dans notre étude, sur l'ensemble de la population étudiée, ils passent respectivement de 34,4% à 38,9% et de 14,5% à 20,5%. Cela appuie l'idée que les transformations du corps inhérentes à la grossesse viennent exacerber ces inquiétudes. Pourtant, la prise de poids est socialement acceptable durant la grossesse et valorisée. La pression sociale sur la minceur diminue, la plupart des femmes tolèrent les transformations de leur corps. Elles les vivent de manière positive, en accord avec le regard que leur renvoie la société (36). Cependant, après le 2^e trimestre, la crainte de ne pas perdre tout le poids pris au cours de la grossesse réactive souvent des pensées centrées autour de l'alimentation et la maîtrise de leur aspect physique (119). Certaines femmes considèrent même que la préoccupation autour de leur poids et leur alimentation au cours de leur grossesse est plus importante qu'à n'importe quel autre moment de leur vie. Le grignotage est le comportement indésirable le plus fréquent. La plupart font « attention » à leur poids et peuvent élaborer des stratégies de contrôle du poids quitte à utiliser consciemment le tabagisme ou les vomissements provoqués au cours de la grossesse (120). D'ailleurs, 11% des femmes se considèrent comme trop grosses alors qu'elles sont enceintes et que leur entourage les trouve trop minces.

Si l'on s'intéresse à chaque échantillon de femmes selon le score de SCOFF, ces craintes sont particulièrement visibles chez les femmes du groupe contrôle. On note une augmentation de la fréquence des réponses positives pour tous les items du score de SCOFF.

Cela semble en désaccord avec de nombreuses études suggérant une diminution des symptômes

des TCA au cours de la grossesse (36,41,82,121,122). Cependant, cela est corroboré dans notre étude par la diminution de tous les items du score de SCOFF au cours de la grossesse, dans le groupe à risque de TCA. La crainte de la perte de contrôle des quantités de nourriture ingérées, leur image corporelle, le fait de se rendre malade, passent respectivement de 39% à 32%, 41% à 20%, 49% à 34%. La majorité des patientes ont une acceptation des modifications liées à la grossesse du fait des raisons évoquées précédemment : pression sociale sur l'exigence de minceur qui diminue, reconnaissance et valorisation de la femme enceinte dans la société mais aussi sentiment de renouveau avec une possibilité de guérison. Cela permet d'améliorer l'estime de soi et d'obtenir une certaine stabilité psychologique avec un sentiment de bien-être. Que ce soit pour les anorexiques ou les boulimiques, une prise de poids est inévitable, acceptable et efface les sentiments de culpabilité ou de honte puisqu'elle découle d'un phénomène qu'elles ne peuvent pas contrôler : le développement de leur bébé. Un autre argument majeur dont elles ont parfaitement conscience est l'intérêt, le bien être de leur bébé et la nécessité de lui permettre un bon développement (41,123).

Bien que les symptômes diminuent, les femmes souffrant de TCA conservent une certaine préoccupation par rapport à leur image corporelle (42). La fréquence de la place dominante de l'alimentation dans le quotidien reste élevée (69% à 68%), témoignant d'une certaine préoccupation persistante. Ce désir de contrôler ce qu'elles mangent s'explique par la volonté de ne pas atteindre un poids excessif, l'attention sur les besoins nutritionnels du bébé et une inquiétude sur une possible absence d'immunité, comme la toxoplasmose.

Le nombre de femmes ayant perdu du poids au cours de la grossesse chute dans les 2 groupes, ce qui est, bien sûr, attendu dans ce contexte. On notera cependant que 6,3% ont perdu plus de 6 kg au cours de leur grossesse ce qui est important. Il est probable que ce soit en début de grossesse, sur des contextes de vomissements gravidiques mais les stratégies extrêmes de contrôle du poids utilisées par certaines femmes peuvent y participer.

Plusieurs études ont montré que la grossesse procure une amélioration des symptômes mais les préoccupations sur le poids et la silhouette sont toujours bien plus présentes que chez les femmes exemptes de TCA. A l'inverse, ces inquiétudes ont tendance à apparaître au cours de la grossesse dans la population générale (42,74).

Ces symptômes ont tendance à reprendre après l'accouchement voire à s'exacerber (41). Dès l'accouchement, la pression sociale est à nouveau forte avec notamment la nécessité de revenir à un poids équivalent à celui précédant la grossesse induisant une reprise des troubles. Une étude a montré que près de 60% des boulimiques auraient des symptômes plus prononcés en post-partum mais 30% seraient en rémission complète (76). Les symptômes anxio-dépressifs sont très présents chez les femmes avec des troubles des conduites alimentaires, renforçant les difficultés liées à l'adhésion à leur rôle de mère et aux devoirs qu'il impose. Ces exigences les mettent en situation d'échec. Compte tenu de toutes ces problématiques, ces femmes nécessitent une attention particulière.

4.2.3 Caractères descriptifs significatifs entre les 2 échantillons

Le poids et l'IMC : ils sont significativement plus élevés parmi les femmes à risque de TCA. Cela s'explique par le fait que le test SCOFF détecte des formes subsyndromiques, ainsi que le

BED, qui sont les formes de TCA les plus fréquentes et sont plus souvent associées à des surpoids (124,125). L'anorexie est liée à un IMC préconceptionnel plus faible que la moyenne tandis que le BED, à un IMC plus élevé (49). Les TCA seraient impliqués dans 30 à 50% des obésités sévères en raison de la pratique de compulsions alimentaires. Le groupe à risque de TCA de notre étude avait 41,7% des femmes en surpoids ou obèses tandis que ce chiffre n'était que de 19,5% dans l'autre groupe. A l'inverse, 4,2% étaient dénutries contre 9,5% dans le groupe non à risque. Ces chiffres correspondent aux données de la littérature mettant en avant une représentation majoritaire des femmes en surpoids ou obèse dans les TCA, sans faire l'amalgame puisque toutes les femmes en surpoids (ou dénutries) ne présentent pas des troubles du comportement alimentaire.

La variation de poids depuis la puberté : elle est de 16,6 kg pour le groupe à risque contre 10,7 kg pour le groupe non à risque de TCA. Il n'existe pas d'études évoquant la variation de poids chez les femmes souffrant de TCA. Cette grande amplitude de poids dénote un mode d'alimentation irrégulier sur le long terme. Cela peut être la conséquence d'un effet yoyo sur des régimes alimentaires à répétition et sur le passage fréquent d'un trouble du comportement alimentaire à l'autre. Il n'est pas rare de constater l'apparition de troubles compulsifs chez la femme anorexique qui aboutiraient pour 50% à une boulimie typique (126). La corrélation avec les 59,2% de réponses positives à l'item sur la perte de plus de 6kg en moins de 3 mois dans le groupe à risque de TCA confirme ces alternances d'épisodes de compulsions et restrictions alimentaires. Certains auteurs considèrent que le questionnement des patientes sur des fluctuations pondérales importantes depuis l'adolescence fait partie des données les plus pertinentes pour rechercher un TCA (83).

4.3 Consommation tabagique augmentée et autres co-addictions avec substance

Les polyaddictions concernent la pratique de deux conduites addictives concomitantes, avec ou sans dépendance. Elle peut également être avec ou sans produit. L'étude réalisée à Nantes chez les femmes enceintes montrait une polyaddiction, tout type confondu, avant grossesse chez 13% des femmes. Les polyconsommations pendant la grossesse concernaient 6,3% des femmes (38).

4.3.1 Le tabagisme fréquent

La poursuite du tabac pendant la grossesse est plus fréquente chez les patientes souffrant de TCA (49). Les quantités consommées diminuent lors de la grossesse, même si elles restent non négligeables. Selon une étude Norvégienne portant sur 35 929 patientes, sa fréquence, tous types de TCA confondus, concerne 14 à 37% des femmes enceintes alors qu'elle n'est que de 9% chez les femmes ne présentant pas de TCA. Les anorexiques ont le pourcentage le plus élevé (49).

Dans notre étude, avant la grossesse, comparativement au groupe exempt de TCA, le nombre de fumeuses dans le groupe à risque est plus important mais ne consomme pas plus de tabac. Le tabagisme pour le groupe à risque et non à risque est respectivement de 39,2% et 26,7%. Parmi

les fumeuses, plus d'une femme sur deux consommait plus de 10 cigarettes par jour. Pendant la grossesse, le nombre de tabagiques se réduit respectivement à 23,3% et 13,8%. Il s'agit majoritairement d'une faible consommation.

Dans les 2 groupes, la consommation diminue significativement au cours de la grossesse. En effet, 31% des patientes fumaient avant la grossesse. Ce chiffre s'est abaissé à 17,1% pendant la grossesse ce qui correspond aux données nationales et au dernier rapport national de la santé périnatale de 2010 (112,127).

L'addiction tabagique est fréquente chez les femmes souffrant de TCA et laisse entrevoir que ces patientes sont à risque de conduites addictives multiples (49). La prise en charge des TCA doit tenir compte de cet aspect, avec une surveillance des autres conduites qui peuvent s'exacerber, alors que le TCA est en cours de rémission. Peu d'études existent sur ces addictions associées aux TCA durant la grossesse mais les consensus sur les conséquences obstétricales de ces addictions en terme de prématurité, faible poids de naissance, augmentation du nombre de césariennes etc... (128) laissent supposer que leur association aux TCA participe au risque obstétrical et crée un biais.

4.3.2 La consommation des autres substances

On constate également une baisse significative sur la consommation d'alcool pendant la grossesse. Il n'y a pas de différence sur la consommation entre les 2 groupes, avant ou pendant la grossesse. 57,1% des femmes déclaraient consommer de l'alcool avant la grossesse contre 1,7% pendant. La réduction de la consommation d'alcool est nette dans cette étude mais probablement minoré dans un contexte d'auto-questionnaire. Selon une étude de Houet en 2005, 79% des femmes consommaient de l'alcool avant la grossesse. Ce pourcentage s'est abaissé à 43% pendant la grossesse et 5% après la 14^e semaine d'aménorrhée avec un usage à risque retrouvé chez 9,9% des femmes (52). L'étude réalisée à Nantes avait retrouvé une consommation d'alcool pendant la grossesse chez 2,3% des femmes (38).

Le nombre de femmes consommant du cannabis ou sous traitement substitutif par méthadone était anecdotique dans notre étude.

Si l'on compare tous ces chiffres aux données nationales, notre questionnaire a probablement sous-évalué ces consommations du fait d'un déni des femmes et d'une sous-déclaration (129). Selon l'étude Nantaise de 2008, 12% fumaient du cannabis avant la grossesse et 3% pendant (38).

Une étude plus précise sur les addictions avec substance serait nécessaire pour évaluer les consommations pendant la grossesse. Notamment en précisant l'évolution de leur consommation au cours de la grossesse, différencier l'usage simple et le mésusage, le « binge drinking »...

Les femmes qui présentent une dépendance au tabac nécessitent une évaluation et un accompagnement spécifique pendant la grossesse au vu des complications potentielles bien connues. Les campagnes sur les méfaits de l'alcool semblent bien intégrées par les femmes enceintes mais l'impact du tabac est largement négligé au vu du nombre de femmes continuant à fumer. Un soutien spécialisé spécifique pour l'arrêt du tabac à n'importe quel moment de la grossesse est à proposer et encourager.

4.3.3 Contrôle du poids par consommation médicamenteuse

Concernant la prise de médicaments, peu de patientes ont signalé avoir pris des traitements au cours de la grossesse. Elles ne représentent que 14% des patientes. Il est probable que la plupart ont considéré que la prise d'antalgique ou de traitement pour la constipation, symptômes fréquents pendant la grossesse, ne sont pas envisagés comme des traitements « significatifs ». Aucune n'a cité l'acide folique en traitement, alors que le moment auquel le traitement a été pris au cours de la grossesse, n'était pas demandé. Les études montrent que plus de 90% des femmes ont pris au moins un traitement au cours de la grossesse (130,131).

Différentes études ont montré que les troubles alimentaires étaient associés à un mésusage de laxatifs, diurétiques ou de traitements limitant la prise de poids (36,42). Seules 2 patientes ont consommé des laxatifs et aucune des diurétiques. Les 2 patientes n'appartenaient pas au groupe à risque.

Le lévothyrox pourrait être détourné de son usage initial substitutif mais notre questionnaire ne permettait pas de savoir si la consommation correspondait à la prescription réalisée. On peut néanmoins considérer que celles qui en ont pris avaient une prescription et une hypothyroïdie avérée, puisqu'il n'y a pas de vente libre en pharmacie. Il n'y avait d'ailleurs pas plus de consommation de lévothyrox dans le groupe à risque par rapport au groupe contrôle.

Les médicaments ont cependant été clairement sous-déclarés. Cela peut s'expliquer, soit par un biais de mémorisation, soit par la représentation personnelle de ce qu'est un médicament, soit par tentative de dissimulation pour le groupe à risque de TCA.

4.4 Complications obstétricales

4.4.1 Diabète gestationnel

Le taux de diabète gestationnel avec les nouvelles stratégies de dépistage ciblé établies en 2010 est d'environ 11% selon plusieurs études, dont une est en cours en Pays de la Loire (78,132,133). Il est équivalent aux 12,7% retrouvés dans notre étude. La prévalence d'un diabète gestationnel est en franche augmentation depuis l'instauration de ces nouveaux critères puisqu'il était moitié moindre avant 2010. Cela s'explique par l'augmentation de facteurs de risque connus : la prévalence de l'obésité et l'âge maternel moyen. L'étude HAPO a surtout introduit des critères moins restrictifs pour établir un diagnostic de diabète gestationnel.

Une étude réalisée en 2012 au CHD de la Roche-sur-Yon avait mis en évidence un taux de 9,3% (113). Il semble que les nouvelles recommandations soient encore mal appliquées : seules 60% des patientes bénéficient d'un dépistage au 1^{er} trimestre en cas de facteur de risque (78). Un de ces facteurs de risque principal est le surpoids ($IMC \geq 25$). On aurait pu s'attendre à plus de diabète gestationnel dans le groupe à risque puisque l'IMC est significativement plus élevé. Bien que, proportionnellement, il y avait 1,5 fois plus de diabète gestationnel, cela n'était pas significatif. Ses conséquences sont bien connues sur le plan obstétrical (macrosomie, dystocie des épaules, pré-éclampsie...) et rendent nécessaire une prise en charge de l'obésité en amont.

Conformément aux données existantes, nous n'avons pas retrouvé d'augmentation du diabète gestationnel dans le groupe avec un score de SCOFF positif (37,49) bien qu'une étude évoque une augmentation non significative chez les patientes anorexiques-boulimiques (63). Les femmes

boulimiques avec vomissements auraient également plus de diabète gestationnel du fait d'oscillations rapides de la glycémie engendrant un hyperinsulinisme (83).

L'obésité est un des facteurs de risques principaux de diabète gestationnel. Toutes les personnes obèses ne souffrent pas de troubles alimentaires mais si l'on souhaite une prise en charge efficace, un dépistage et une approche spécifique en cas de TCA est indispensable.

4.4.2 Césarienne

Notre étude a retrouvé un taux de césarienne plus élevé chez les femmes à risque de TCA (23,1% vs 14,9%) avec un odds ratio de 1,72 bien que la significativité soit limitée mais insuffisante ($p= 0,057$). Plusieurs études étrangères retrouvent un nombre de césariennes plus important, en particulier chez les femmes souffrant de BED (49,62). Le fait que les nouveau-nés étaient de poids plus important et que les femmes étaient en moyenne plus fortes a pu participer à l'augmentation du nombre de césariennes. Le taux de césarienne en Vendée en 2013 était de 18,4% et de 20,4% en France métropolitaine selon les données du « Réseau Sécurité Naissance ». La fréquence dans notre étude était similaire puisqu'elle était de 18,1%.

Les TCA sont associés à une augmentation du nombre de césariennes dans de nombreuses études mais d'autres études sont nécessaires afin de vérifier ce lien (49,62,71).

4.4.3 Infertilité

L'étude de Stewart a montré que 16% des patientes consultant en centre d'aide à la procréation avaient des troubles alimentaires. Parmi celles présentant une aménorrhée ou oligoménorrhée, elles sont 58% à souffrir de TCA (134). Freizinger a trouvé une prévalence de 21% sans différence en terme d'IMC ou de caractéristiques de l'infertilité, comparativement au groupe témoin (135). Une autre étude, Norvégienne, de large envergure, a également trouvé que les patientes ayant des TCA présentent un délai de conception plus long et un recours aux techniques de PMA plus fréquent (136). Malgré ces constatations, la fertilité ne semble pas modifiée à long terme (137). Il est intéressant de souligner que 76% des femmes n'avaient pas informé les professionnels en PMA de l'antécédent ou la présence active d'un TCA. La prévalence des TCA serait ainsi jusqu'à 5 fois plus importante dans les parcours de PMA que dans la population générale (135).

Le recours à la PMA n'était pas lié dans notre étude au risque de TCA. Cependant, le nombre de femmes ayant eu une PMA était faible (6,2% soit 22 patientes). Les techniques de PMA pouvant avoir des complications, il serait intéressant de rechercher un éventuel lien dans une plus large population, voire dans le centre de PMA nouvellement instauré au CHD.

Si l'infertilité est un problème récurrent, l'idée communément admise d'une impossibilité à concevoir en cas d'aménorrhée rend les femmes peu précautionneuses sur leur contraception ; en particulier chez les anorexiques, chez qui l'aménorrhée survient rapidement avec la perte de poids (10-15% du poids initial). Cela conduit à une majoration du nombre de grossesses non planifiées et de découverte tardive, du fait d'ovulations intermittentes chez ces patientes (136). Malgré un IMC normal, les mêmes problèmes fréquents d'aménorrhée ou oligoménorrhée chez

les femmes boulimiques sont source d'un nombre conséquent de grossesses non désirées dans une étude de suivi à 10 ans (76,137). Dans ce contexte, une évaluation du nombre de demandes d'IVG chez les femmes avec un TCA serait à étudier.

4.4.4 Fausse couche spontanée

Nous n'avons pas mis en évidence d'augmentation du taux de fausse couche. Les antécédents de fausse couche étaient équivalents dans les 2 groupes soit en moyenne 28,9%, ce qui correspond aux chiffres nationaux, puisque plus d'une femme sur quatre connaît une fausse couche spontanée dans sa vie. L'étude de Morril a montré que les fausses couches étaient 2 fois plus importantes chez les femmes souffrant de BN. Dans la catégorie des patientes avec les symptômes les plus sévères, 40% des grossesses se sont terminées par une fausse couche (138).

Cette association entre fausse couche et TCA se retrouve dans plusieurs études (66,68,139). Cependant, les résultats sont discordants dans d'autres études (121).

4.4.5 Prise de poids

Il n'y avait pas de différence significative dans la prise de poids entre les 2 groupes. Elle a été en moyenne de 11,6 kg ce qui correspond aux recommandations qui préconisent une prise de poids de 9 à 12 kg. L'IMC avant grossesse est significativement plus important chez les femmes à risque de TCA (25,7kg/m² versus 22,7kg/m²). On aurait pu s'attendre à une plus faible prise de poids dans ce groupe alors que ces femmes ont pris en moyenne 600 grammes de plus. Les recommandations internationales récentes encouragent les femmes en surpoids à prendre moins de 7 kg voire en perdre pour celles en obésité sévère (140). On peut constater que la prise de poids sur l'ensemble de la population étudiée est d'autant plus faible que les femmes sont en surpoids et est, en moyenne, adaptée aux recommandations actuelles (141). Il y a donc une certaine vigilance sur la prise de poids lors de la grossesse. Il n'y avait cependant pas de différence significative entre les 2 groupes sur la prise de poids en fonction de l'IMC préconceptionnel. L'étude de Micali montrait une prise de poids plus importante que la moyenne pour les anorexiques tandis que c'était l'inverse pour les boulimiques (142). Une plus large étude retrouvait une plus grande prise de poids pour tous les troubles alimentaires (49). Il serait intéressant d'étudier si un suivi plus strict et normalisé de la prise de poids pendant la grossesse, en fonction du type de trouble alimentaire, permettrait de diminuer le nombre de césariennes.

4.4.6 Autres complications

Aucun lien n'a été mis en évidence entre troubles alimentaires et prééclampsie, hématome rétro-placentaire, placenta praevia ou hémorragie du post partum dans la littérature (62,63). La forme par auto-questionnaire anonyme de l'étude ne permettait pas une bonne évaluation de ces paramètres et la littérature existante rendait cela peu pertinent. Les pathologies vasculaires ne

semblent pas plus fréquentes chez les femmes souffrant de TCA mais d'autres études sont nécessaires pour l'affirmer.

4.5 Complications fœtales

4.5.1 Prématurité

Nous n'avons pas constaté d'augmentation de la prématurité chez les femmes présentant un TCA contrairement aux données de la littérature (70,72) même si cette association n'est pas unanime (37,63). Le CHD étant une maternité de niveau II, elle ne reçoit pas les prématurés de moins de 32 SA. De plus, nous n'avons pas proposé le questionnaire à l'unité Kangourou qui s'occupe des naissances prématurées ou avec d'autres types de complications. La prématurité représente 3,4% des naissances de notre population ce qui est inférieur au taux de prématurité des Pays de la Loire qui est de 6,1%. En 2013, ce taux était de 5,4% en Vendée selon les derniers chiffres du réseau sécurité naissance.

4.5.2 Hypotrophie

Il n'y avait pas de différence absolue de poids de naissance entre les 2 populations. Plusieurs études montrent un faible poids de naissance ou d'hypotrophie fœtale chez les mères atteintes de TCA (70,72). Rapporté à l'âge gestationnel, le poids de naissance des femmes avec un score de SCOFF positif est significativement plus important de 200 grammes. Ce résultat est contradictoire avec les études suggérant une hypotrophie. Les nouveau-nés hypotrophes de plus de 35 SA peuvent cependant être hospitalisés en unité Kangourou ce qui crée un biais de sélection ; l'étude n'ayant pas inclus cette unité. Le niveau de la maternité (n'ayant pas de réanimation néonatale et n'accueillant pas les prématurés de moins de 32 SA), un faible échantillon, et l'absence de distinction par le test entre les différents types de TCA participent à l'absence de mise en évidence d'une hypotrophie. De plus, les faibles poids de naissance sont essentiellement constatés pour les patientes anorexiques tandis que les BED ont tendance à avoir des bébés de poids supérieur à la moyenne (49). Or, les patientes souffrant de BED sont plus nombreuses que celles souffrant d'anorexie. La répercussion des TCA sur le poids de naissance serait à étudier selon chaque type de TCA.

4.6 Souhait d'information sur l'alimentation et suivi

Le groupe à risque de TCA était bien plus préoccupé par l'alimentation que le groupe sans risque. 70% des femmes à risque de TCA étaient préoccupées par l'alimentation contre 30% des femmes non à risque. Le suivi alimentaire par un professionnel de santé est 4 fois plus fréquent chez les femmes à risque de TCA et le médecin traitant est informé de ce suivi dans plus de la moitié des cas. Cela montre que les informations partagées par les patientes restent partielles et qu'il existe un défaut de communication entre les professionnels de santé.

Cette attention plus marquée sur l'alimentation correspond à un souhait plus important de consultation spécifique abordant ce sujet. Le souhait d'information est important dans les 2 groupes, bien qu'il soit significativement plus élevé chez les futures mères présentant un risque de TCA. Reste à explorer sur quel aspect ce désir d'information se manifeste : peur par rapport à leur poids ? aux risques alimentaires purs ? éventuellement aux besoins nutritionnels de leur bébé ? L'inquiétude sur l'alimentation de leur futur enfant est également très présente chez les femmes souffrant de TCA. Une rencontre anténatale avec un pédiatre est à envisager et peut permettre de diminuer ses angoisses.

Le suivi alimentaire est le plus souvent réalisé par le diététicien, que ce soit avant ou pendant la grossesse. Cependant, le médecin généraliste est impliqué dans plus de 10% des suivis avant grossesse et plus de 21% pendant la grossesse. Il est donc un acteur significatif dans le suivi alimentaire au cours de la grossesse.

9,7% de femmes, ayant un suivi avant la grossesse, avaient une participation d'un psychologue ou d'un psychiatre à la prise en charge. Toutes étaient dans le groupe à risque de TCA ce qui tend à corroborer la sensibilité du test SCOFF. 1 seule femme de ce même groupe a cité le psychologue dans le suivi alimentaire au cours de la grossesse.

Dans l'étude du Dr Chassevent, 53% des femmes déclarant un antécédent de TCA n'avaient aucun suivi et 18% étaient suivies par le médecin généraliste uniquement. 55% ont déclaré n'avoir eu aucune question sur le comportement alimentaire pendant la grossesse (38). Elles étaient 53% à avoir reçu une information dans notre étude. L'information sur l'alimentation au cours de la grossesse est donc encore très insuffisante.

4.7 Transmission intergénérationnelle des TCA

L'étude de Strober a démontré que les antécédents familiaux de TCA, et en particulier maternels, étaient un facteur de risque de développement de TCA. Les formes subsyndromiques sont également concernées. Bien que le risque d'avoir un antécédent familial soit moins important que pour les autres troubles alimentaires, il reste 2 fois plus important que pour la population contrôle (22).

Dans notre étude, il est demandé aux femmes si un membre de leur famille présente « un problème de poids ou de rapport à l'alimentation ». Il n'est pas possible de dire si les réponses positives correspondent à des troubles alimentaires caractérisés. Cependant, l'échantillon de femmes à risque de TCA a rapporté plus d'antécédent maternel que le groupe contrôle ce qui laisse entrevoir un aspect intergénérationnel des troubles alimentaires. Il y a 1,80 fois plus de risque d'avoir un membre maternel de la famille qui souffre de TCA lorsque la personne en souffre elle-même.

Les troubles alimentaires perdurent sur les différentes générations par différents biais. Un aspect génétique a déjà été évoqué mais l'aspect environnemental, socio-culturel joue un rôle prépondérant (143). Les mères qui en sont atteintes transmettent à leurs enfants leurs angoisses, leurs obsessions par rapport à l'alimentation et le poids même si beaucoup ont conscience de ce risque et s'inquiètent de la possibilité de transmettre leur trouble du comportement alimentaire (144). Selon Koubaa, 92% des mères souffrant de TCA ont des difficultés d'interaction avec leur enfant à 3 mois, tandis qu'elles ne sont que 13% dans le groupe témoin (145). Elles ont des

difficultés à reconnaître les signes de faim ou satiété chez leurs enfants ou encore leurs états émotionnels. Les mères mangent moins souvent que la moyenne avec leurs enfants, les rythmes d'alimentation sont moins réguliers et les temps des repas sont souvent conflictuels, source de stress pour les enfants. L'interaction mère-enfant est parasitée dès le plus jeune âge par ces problématiques omniprésentes. La mère ne laisse pas d'espace d'autonomie à l'enfant : elle lui impose un rythme d'alimentation, ne laisse pas d'initiative à la prise ou la pause alimentaire et l'interpelle ou le critique souvent. L'enfant finit par se soumettre au modèle alimentaire des parents et par imiter leurs comportements. Les enfants peuvent agir par complaisance ou loyauté par rapport à l'idée que leur mère se fait de l'alimentation ou pour éviter des moments conflictuels.

Par la suite, les jeunes filles adolescentes ont tendance à reproduire les comportements de leur mère et à avoir des préoccupations similaires à propos de l'alimentation et de l'apparence. Dans les cas d'anorexie maternelle, elles se fixeraient en particulier le même idéal de minceur et adopteraient même des comportements restrictifs y compris dehors de la présence de leur mère. Toutes ces constatations vont dans le sens d'une transmission des troubles alimentaires aux générations suivantes (146,147).

4.8 Limites de l'étude

Le taux de refus a été très faible, de 1,5%. Les femmes devaient remettre leur questionnaire rempli au cours de l'hospitalisation. Elles ont toutes eu une explication orale sur l'intérêt de l'étude et l'ont accepté a priori. Cependant, 10% ne l'ont pas rendu. Cela laisse penser qu'elles n'ont pas eu le temps, l'envie ou qu'elles ne souhaitent pas participer malgré leur accord initial.

Les causes d'erreur les plus fréquentes dans les enquêtes sur les addictions sont les biais de mémorisation et de déclaration. Le taux de réponses manquantes a été de 0,6% concernant le score de SCOFF mais a été plus important sur d'autres réponses telles que le nombre de grossesses total, le souhait d'information sur l'alimentation ou de poids minimal depuis la puberté (20%, 7,9% et 6,5% respectivement). Concernant le taux élevé d'absence de déclaration du nombre total de grossesse, il est plus difficile de l'expliquer. Il peut s'agir d'une mauvaise compréhension de la question ou d'une réticence à parler d'éventuelles IVG dans un contexte de naissance.

Les facteurs associés aux troubles alimentaires qui ont été recherchés ont une valeur relative. En effet, le test de SCOFF est un test de repérage et non un test diagnostique. Les 2 populations comparées ne concernent pas strictement des femmes avec et sans troubles alimentaires. Cependant, les liens avec une augmentation du nombre de césariennes, de la consommation de tabac, des antécédents maternels de troubles alimentaires correspondent aux données de la littérature. La population étudiée avec un score de SCOFF positif est donc représentative des personnes souffrant de TCA. Il a, en effet, une bonne sensibilité et spécificité. Ce score met en avant, dans tous les cas, des patientes ayant une attention excessive sur leur poids ou leur silhouette.

La traduction du score de SCOFF a été confiée à plusieurs traducteurs dans l'étude de C. Squire afin de l'adapter à la période gestationnelle. Le terme «se rendre malade» et non «se faire

vomir » avait été choisi dans la 1ere question afin d'éviter une confusion avec les vomissements gravidiques (115). Il existe très peu d'études françaises utilisant le score SCOFF chez la femme enceinte donc l'impact de cette variation est flou.

Le mode d'alimentation du nouveau-né n'a pas été exploré. Les recherches bibliographiques ont fait apparaître de manière tardive l'implication des TCA sur la difficulté d'allaiter. Il aurait été intéressant d'évaluer la proportion d'allaitement malgré le fait que les patientes ne restent hospitalisées qu'en moyenne 3 jours ce qui est trop court pour recueillir une prévalence fiable.

Le post partum immédiat permet une meilleure adhésion à l'enquête : les femmes sont dans un contexte positif, ont du temps et sont volontaires pour améliorer la prise en charge de la femme enceinte. L'attention qui leur est accordée ainsi qu'à leur bébé renforce la valeur qu'elles s'accordent à elles-mêmes.

En revanche, en interrogeant les femmes en fin de grossesse, on minimise les consommations addictives de début de grossesse qui paraissent anodines et anecdotiques au regard de l'ensemble des 9 mois de gestation. Il aurait été intéressant d'analyser les réponses en fonction de chaque trimestre.

Le sentiment de culpabilité concernant les consommations de substances psychoactives sont source de sous-déclaration. Avec la campagne « zéro alcool » ainsi que les publicités par de multiples médias sur les méfaits du tabac ; la population est de plus en plus stigmatisée et en particulier les femmes enceintes. Le mode de distribution par auto-questionnaire donne cependant un sentiment d'anonymat permettant une déclaration plus fiable.

4.9 Prise en charge des troubles alimentaires

Malgré la médiatisation importante de ces troubles dans la presse féminine, il n'existe pas de réelle politique de prévention et de soins au niveau des pouvoirs publics. Une enquête réalisée en 2006 par l'association AFDAS-TCA montre une disparité importante dans l'offre de soin sur le territoire Français. Plusieurs régions sont totalement dépourvues de lieu de soin adapté (le limousin, la Champagne Ardenne, la Picardie, la Basse Normandie et la Lorraine). Sur la cinquantaine de structure de soins, toutes ne présentent pas une prise en charge spécialisée ou protocolisée et seules 47% ont des lits réservés aux anorexiques ou boulimiques. Ces structures sont majoritairement représentées par les services de psychiatrie et endocrinologie-nutrition. L'hospitalisation à temps plein reste la règle lorsqu'elle est nécessaire bien que les hospitalisations de jour associées à des thérapies familiales semblent prometteuses mais insuffisamment développées avec des délais d'attente importants.

4.9.1 Situations à risque de TCA chez les femmes enceintes

La difficulté principale réside dans le fait que les troubles alimentaires sont, dans la majorité des cas, cachés aux professionnels de santé (103,134,135). Le déni rend plus compliqué le repérage

de ces troubles, surtout pour les patientes de poids normal. Il est donc nécessaire de sensibiliser les acteurs de premier recours (médecin généraliste, sage-femme) à ces problématiques. Il s'agit d'avoir une approche déculpabilisante et d'établir une alliance thérapeutique avec la patiente afin qu'elle puisse participer et adhérer au projet de soin.

Les quelques études américaines existantes proposent comme premières mesures de dépistage d'évaluer systématiquement les antécédents de TCA, l'IMC préconceptionnel, la prise de poids (en particulier au second trimestre) et les vomissements incoercibles.

Plusieurs éléments doivent attirer l'attention sur un possible TCA : une obsession sur le poids ou l'alimentation avec une dysmorphophobie, une prise de poids pendant la grossesse insuffisante, excessive ou source d'anxiété, des compulsions alimentaires, des stratégies de contrôle du poids tels que : exercice excessif, vomissements auto-induits, utilisation de laxatifs ou diurétiques (148,149).

Actuellement en France, la consultation préconceptionnelle ou l'entretien prénatal précoce du 4^e mois, permettraient d'évaluer et repérer tous les facteurs de vulnérabilité médico-psycho-sociaux qui peuvent avoir un retentissement sur l'évolution de la grossesse et du fœtus. Ils sont peu réalisés (selon l'EPP du Réseau Sécurité Naissance, environ 18% des patientes en bénéficient).

En dehors de ces consultations spécifiques, les femmes consultent régulièrement pour le suivi de grossesse. Les consultations prénatales, les séances de préparation à l'accouchement, les hospitalisations sont des moments propices pour le repérage des situations à risque. Les polyconsommations doivent être recherchées : l'alcool, le tabac, les autres substances psychoactives. Il s'agit aussi d'explorer tous les facteurs favorisant les conduites addictives : l'environnement professionnel, familial, les antécédents personnels et événements de vie marquants, la situation financière, les répercussions des conduites addictives afin d'accompagner au mieux la patiente. En dehors de la grossesse, des difficultés d'alimentation ou des symptômes anxieux dans le post-partum, des consultations pour infertilité doivent être des moments d'alerte pour un repérage des TCA.

4.9.2 Place du médecin généraliste

Le médecin généraliste est souvent le premier professionnel de santé rencontré par la femme enceinte donc, comme acteur de premier recours, doit être sensibilisé au dépistage. Le score de SCOFF, simple, rapide, sensible, est un outil facile d'utilisation pour le repérage des TCA. Un travail de thèse réalisé en 2013 a évalué un « gain du repérage » multiplié par 13 grâce à l'utilisation du score de SCOFF par rapport à l'avis du médecin généraliste seul sur un possible TCA (114).

Pourtant, il a été montré que les patients souffrant de TCA consultent plus fréquemment leur médecin traitant que la moyenne, même lorsqu'ils ne sont pas encore diagnostiqués ou pris en charge. Les motifs de consultation ne concernent pas directement cette pathologie mais s'articulent autour de symptômes gastro-intestinaux, gynécologiques ou psychologiques

(114,150).

Un médecin généraliste français voit environ 100 patients par semaine. Il devrait donc voir au moins 3 patients souffrant de TCA par semaine, ce qui n'est pas le cas dans les faits. Ces patients sont difficilement identifiés puisque seuls 50% des patients souffrant de TCA sont repérés en soins primaires ce qui souligne l'importance d'une plus grande vigilance et d'une meilleure formation des médecins généralistes sur le repérage (151,152). La quasi-totalité des personnes souffrant de TCA en ont parlé à un proche mais peu les ont évoqués à un professionnel de santé. L'étude de Mond a rapporté que seuls 2/3 des patients reconnaissent avoir un problème de conduite alimentaire et moins de 40% ont requis l'aide d'un professionnel de santé. 1/3 a été questionné sur des problèmes alimentaires mais 80% ont consulté pour des symptômes anxieux ou dépressifs (150). Plus de la moitié des patients seraient prêts à confier leur trouble alimentaire à leur médecin traitant mais la plupart ne le feraient pas spontanément (152,153).

Le déni des troubles, le sentiment de honte ou de culpabilité souvent ressentis par les patients rend la démarche proactive du médecin nécessaire. Il est fréquent que plusieurs années s'écoulent entre les premiers symptômes et le diagnostic. Ce long délai de prise en charge laisse le trouble alimentaire s'installer (151,154).

Il est admis qu'une intervention médicale précoce permet un meilleur taux de guérison et une prévention de la survenue de comorbidités psychiatriques telles que : les troubles anxieux, les syndromes dépressifs ou les troubles phobiques. Plus la prise en charge est précoce, plus le taux de rémission est élevé et prolongé (155). Cependant, il y a une certaine réticence au dépistage de ces maladies chroniques due au manque de connaissance des outils de dépistage et à la difficulté d'identification des offres de soins, jugées mal coordonnées ou mal structurées. Ces pathologies sont jugées « lourdes » à suivre par de nombreux médecins généralistes. Il est concevable que certains ne souhaitent pas ou ne se sentent pas capables de participer activement au suivi mais le repérage des TCA doit faire partie de ses compétences et le score de SCOFF est facile et rapide à utiliser. Le médecin traitant est un acteur primordial dans un contexte de coordination des soins et d'alliance thérapeutique avec le patient.

En cas de score positif, la possibilité de TCA rend le risque carenciel pendant la grossesse important. Un bilan biologique du retentissement des troubles alimentaires doit être réalisé. Les conduites restrictives ou les vomissements peuvent entraîner des carences multiples, une hypokaliémie, une déshydratation, une dysthyroïdie, une anémie ou une dénutrition. La correction des carences sera fonction de chaque cas en parallèle d'une prise en charge plus globale. La supplémentation vitaminique habituelle pour toutes les femmes enceintes est d'autant plus importante à suivre :

- Acide folique : son indication a été bien codifiée en périconceptionnel afin de limiter les défauts de fermeture du tube neural. La dose recommandée est de 0.4mg/j jusqu'à 2 mois de grossesse.

- Vitamine D : une supplémentation de 100 000 UI au 7^e mois a montré son intérêt pour limiter la survenue d'asthme et allergie dans l'enfance ainsi que l'hypocalcémie néonatale.

Suite à ce premier bilan biologique, une correction systématique d'une anémie par carence martiale a montré son intérêt. On constate une réduction des accouchements prématurés et des RCIU. L'apport en fer systématique sans carence serait cependant à l'origine de pré-éclampsies, HTA et RCIU (141).

Par ailleurs, encourager un apport protéique et énergétique suffisant réduirait de 32% les RCIU en cas de dénutrition. Ce sont des éléments déterminants pour la croissance fœtale et le développement cérébral (156,157).

Ainsi, le professionnel de soins primaires a réalisé le repérage des TCA, évalué son retentissement et le support nutritionnel élémentaire. La grossesse doit être considérée comme à risque de complication et faire intervenir une prise en charge multidisciplinaire. Elle doit rester, autant que possible, ambulatoire. La communication entre les différents intervenants et un professionnel de santé référent, véritable coordinateur de la prise en charge, est indispensable (148,149). Le souci du bien-être de l'enfant étant un moteur puissant pour le changement chez la mère, la période gestationnelle est un moment propice pour débiter un projet de soin.

4.9.3 Proposition de prise en charge au CHD de La Roche-sur-Yon

En cas de suspicion de TCA chez la femme enceinte, les services de grossesse à risque peuvent réaliser une évaluation par des diététiciens, nutritionnistes, psychologues, psychiatres, addictologues et les gynécologue-obstétriciens. La participation des patientes à des groupes de parole et de soutien par l'intermédiaire d'associations est à encourager. Les malades peuvent y trouver une forme d'aide différente, indépendante de la prise en charge médicale, parmi des personnes traversant les mêmes difficultés quotidiennes. Le père peut aussi être un soutien utile à la prise en charge. Il est perçu comme à l'origine du désir d'enfant et conforte les patientes dans leur capacité à être aimées.

Les patientes ne possèdent généralement pas les notions d'équilibre alimentaire et d'apports caloriques nécessaires au cours de la grossesse. Le « coût énergétique » d'une grossesse est estimé à 32 000 kcal sur 9 mois soit environ 125 kcal/jour de plus qu'une femme non enceinte. Selon les recommandations de l'Institute Of Medicine (IOM), la prise de poids recommandée pendant la grossesse est de 0,5 à 2 kg au premier trimestre, 0,4kg/semaine aux deuxième et troisième trimestre pour une femme à l'IMC préconceptionnel normal. Pour les IMC<18,5 et >25, cette prise de poids est de 0,5kg/semaine et 0,3kg/semaine respectivement. Une prise minimale de 6 à 7kg est conseillée quelque soit l'IMC initial afin d'éviter des complications à type de RCIU et prématurité (158).

Cependant, certaines études montrent que ce risque ne semble pas augmenter en cas de prise de poids inférieure pour des obésités morbides (IMC >40). En effet, l'étude Kiel montre qu'une perte de poids de 0 à 4kg pour cette classe d'obésité permet le plus faible risque de macrosomie, pré-éclampsie, césarienne ou de RCIU (140). L'accompagnement par une diététicienne est donc fondamental afin de leur donner des informations fiables sur les apports énergétiques et nutritionnels quotidiens nécessaires au bon développement de leur bébé.

Pour certaines femmes, le TCA est la cause d'obésité, parfois morbide. Dans notre étude, l'IMC des femmes à risque était plus élevé avec plus de surpoids et d'obésité. L'intégration de la chirurgie bariatrique (pour des IMC \geq 40) dans la prise en charge globale des TCA se pose. Selon les études, 20% à 50% des patients demandeurs de chirurgie bariatrique ont un TCA (125,159,160). Y a-t-il une amélioration des symptômes après chirurgie ? Faut-il la proposer aux

patients ? Avant la grossesse pour diminuer les conséquences du TCA et de l'obésité sur le fœtus ?

Les études sont contradictoires concernant l'efficacité de la chirurgie et la persistance des symptômes (161). Malgré la restriction alimentaire, la chirurgie ne permet pas de guérir les TCA. Il semble cependant que les troubles alimentaires ne soient pas prédictifs de la perte de poids et ne soient pas aggravés par la chirurgie (159,162).

L'obésité entraîne des risques obstétricaux bien connus : macrosomie, mort fœtale in-utéro, diabète gestationnel, pré-éclampsie et césarienne (163). Seule une patiente avait bénéficié d'une chirurgie bariatrique dans notre étude. Elle n'avait pas de trouble alimentaire puisque son score SCOFF était négatif mais conservait un IMC à 32. Elle n'a pas eu de complication particulière pendant sa grossesse en dehors d'un bébé avec un poids de naissance un peu élevé (3,95 kg). Elle était suivie par l'endocrinologue et la diététicienne. L'antécédent de chirurgie bariatrique rend ces patientes à haut risque carenciel pendant la grossesse. Elles nécessitent une attention particulière avec la réalisation d'un bilan vitaminique complet trimestriel ainsi que la prise de compléments sur l'ensemble de la période périnatale (164).

La prise en charge des TCA concomitante à la prise en charge de l'obésité permettrait d'améliorer le pronostic materno-foetal et les symptômes dépressifs ou anxieux au prix d'un suivi plus intense de la grossesse (159). Cependant, il est préférable de réaliser cette chirurgie, si elle est possible, en amont de toute grossesse. En effet, les recommandations françaises contre indiquent les TCA sévères et non stabilisés à la réalisation de la chirurgie ainsi que la mise en route d'une grossesse durant l'année suivante.

Il n'existe pas de recommandations standardisées sur la prise en charge des TCA durant la grossesse, le type de bilan à réaliser, sa fréquence et les modalités de supplémentation nutritionnelle. Le cadre d'hospitalisation de jour permet de compléter le bilan initial. En effet, des études laissent entrevoir des impacts négatifs sur le plan foeto-obstétrical d'autres micronutriments tels que : calcium, iode, zinc, magnésium, sélénium, cuivre, vitamine A, B1, B6, C, K et E. D'autres études sont nécessaires pour évaluer avec plus de certitude leurs implications (157,165). La supplémentation en micronutriments multiples semble réduire le nombre d'hypotrophes mais son intérêt n'a pas été démontré face à une supplémentation en acide folique et fer seuls (166). En revanche, une supplémentation chez les femmes en surpoids ou ayant une prise de poids trop importante présente plus de risque de RCIU. Elle ne doit donc pas être systématique. Le bilan et le support nutritionnels seront décidés en fonction de chaque cas par la diététicienne et la nutritionniste. Ils évolueront selon la capacité de chaque femme à adopter un régime alimentaire équilibré et à limiter leurs attitudes alimentaires.

La plupart des patientes ont une certaine ambivalence par rapport à leurs troubles durant la grossesse. D'une part, il y a la volonté de permettre un bon développement fœtal, et d'autre part, l'anxiété générée par la prise de poids et la perte du contrôle de l'apparence. Du fait de la souffrance psychique ou des troubles psychiatriques fréquemment associés dans ces maladies, un suivi par un psychiatre ou psychologue est recommandé. Les modalités de soins sont multiples mais ne sont pas obligatoirement débutées pendant la grossesse. Cela va de la thérapie cognitivo-comportementale à l'approche psychanalytique ou systémique. Les techniques d'entretien motivationnel peuvent être intéressantes. La psychothérapie, qu'elle soit individuelle, familiale

ou de groupe doit être prolongée au moins 1 an après l'amélioration des troubles du fait de leur caractère chronique et du risque de rechute.

Sur le plan obstétrical, la patiente sera suivie de manière plus rapprochée en grossesse à risque afin d'établir une coordination avec la sage-femme et dépister les complications fœtales. Il semble que les grossesses des femmes souffrant de troubles des conduites alimentaires se déroulent globalement bien. Cependant, en cas de complication, le suivi sera intensifié comme pour toute grossesse en population générale. Les examens obstétricaux et les échographies seront plus fréquents.

Si l'investissement du fœtus est suffisant, la volonté et l'instinct de protection du bébé va rendre la mère plus ouverte aux propositions de soin. L'accent est mis sur l'intérêt d'un équilibre alimentaire pour la santé du bébé. L'objectif n'est pas de « convaincre » la femme enceinte de l'aspect délétère de ses conduites. Il s'agit d'établir un bilan concret et objectif de son comportement alimentaire, des conséquences bénéfiques et nocives dont elle a conscience ou non et d'offrir une information claire et compréhensible. Eventuellement, il y aura une prise de conscience des risques encourus et l'émergence d'une demande d'aide. Par définition, la décision de changement est propre à la patiente.

Les consultations doivent être présentées comme ayant un rôle préventif afin d'assurer le bon développement de l'enfant. Une synthèse est réalisée par l'ensemble de l'équipe soignante qui établit un projet de soins immédiat et sur le long terme.

4.9.4 La prise en charge multidisciplinaire en post-partum

Nous venons de souligner l'importance du travail en équipe dans un contexte de grossesse et troubles alimentaires. L'objectif est ensuite de poursuivre le suivi dans le post-partum. La patiente peut être réticente à cette prise en charge, ayant parfois un souvenir négatif des contacts multiples avec les professionnels de santé sur ce problème. Certaines femmes peuvent élaborer des stratégies afin de diviser l'équipe, par exemple en mettant en contradiction les informations des différents intervenants. Les professionnels en ambulatoire sont particulièrement concernés. C'est pourquoi il est nécessaire d'avoir une communication régulière entre les différents acteurs de soins pour établir les grandes lignes de la prise en charge et de la coordination anté, per et post-natale (régularité des consultations, état psychologique, état nutritionnel...) (148) comme lors des Staffs de parentalité organisés par les lieux de naissance. La communication avec la patiente dans une atmosphère d'attention et d'écoute est également primordiale afin d'établir une bonne alliance thérapeutique.

Après la grossesse, le risque de retentissement sur l'enfant est important. On constate aussi des inquiétudes sur leur rôle de mère, leur capacité à alimenter correctement leur enfant et sur la possibilité d'une récurrence des TCA. Le suivi pluridisciplinaire doit être poursuivi et rapproché en dehors du cadre seul de la maternité. L'intérêt d'une coordination entre médecin généraliste, psychiatre, pédopsychiatre, psychologue, addictologue, nutritionniste, diététicien, pédiatre prend son sens. Il est possible d'intervenir sur tous les aspects des troubles alimentaires grâce à des

consultations spécifiques auprès des différents spécialistes. Les centres médico-psychologique (CMP), les maternités, les CSAPA et les services de PMI sont des structures prenant en charge les troubles alimentaires, s'assurant des bonnes interactions entre la mère et son enfant et pouvant aider à la mise en place et au maintien de l'allaitement ou à une alimentation artificielle sereine.

Enfin, en cas de signe de gravité rendant l'hospitalisation nécessaire, une coordination avec le CHU de Nantes est possible.

Le suivi ne doit pas se limiter à la période gestationnelle pour plusieurs raisons : les difficultés d'interaction mère-enfant, comme évoqué précédemment, mais aussi la recrudescence des symptômes après l'accouchement et les risques importants de dépression du post-partum. Le réseau « bien naître en Vendée » travaille sur les problématiques de troubles du comportement alimentaire avec une sensibilisation au repérage par l'utilisation du score SCOFF. Ce réseau est constitué d'interlocuteurs dans les différentes maternités, les CMP (Winnicott à la Roche-sur-Yon qui est le centre coordinateur de ce réseau), les services de PMI et d'HAD (Winni à dom). Il s'inscrit dans un réseau plus large en Pays de la Loire, le réseau ABELA, permettant de mettre en relation les différents acteurs de soins. Le médecin généraliste, en tant que personne référente de la patiente, est un atout pour l'alliance thérapeutique, l'orientation de la patiente et la coordination des soins.

V Conclusion

Cette étude a permis de montrer une prévalence élevée de femmes concernées par les troubles alimentaires, qu'ils soient caractérisés ou non spécifiés. Il s'agit d'un problème de santé publique important. La grossesse constitue un moment particulier où le suivi doit être rapproché. Les grossesses sont à risque de complications materno-foetales et surtout de difficultés dans les futures interactions mère-enfant. Le repérage est actuellement quasi inexistant, basé le plus souvent sur des suspicions émises par l'entourage, des symptômes rapportés par les femmes ou une perte de poids importante pour les anorexiques. Cependant, son intérêt est primordial compte tenu du déni fréquent des troubles. La méconnaissance des TCA et de ses conséquences entraîne aussi une escalade de prise en charge par les professionnels de santé (PMA, anxiété, dépression, carences, RCIU...). Le délai diagnostique est, par conséquent, long et constitue une perte de chance pour les patientes. En effet, les troubles alimentaires avec une intervention précoce sont de meilleur pronostic.

La période anténatale est un moment privilégié pour le repérage. La compliance des femmes au dépistage et au suivi est plus importante qu'à d'autres périodes, compte tenu de l'intérêt pour le futur bébé. Les changements majeurs physiques, psychologiques, identitaires, sociaux occasionnés en période périnatale sont source d'anxiété et de difficultés pour la femme souffrant de TCA.

En post-partum, les relations précoces avec l'enfant sont déterminantes dans la transmission de ces troubles. Le développement médico-psycho-social de l'enfant va, en partie, dépendre de l'intensité des symptômes de sa mère. Ces conséquences soulignent l'intérêt d'une évaluation et d'un accompagnement particulier lors de la grossesse et du post-partum.

La coordination entre différents professionnels de santé est essentielle pour la prise en charge sur le plan nutritionnel, psychologique, obstétrical, addictologique et pédiatrique. Chaque intervenant a une place importante aboutissant à un projet de soin global et cohérent. Un véritable réseau multidisciplinaire constitué pour la gestion de ces addictions au-delà de la période gestationnelle est nécessaire. Il est souvent peu ou mal connu, par les différents acteurs de santé, notamment par le médecin généraliste. Celui-ci est bien souvent le professionnel de santé référent de la patiente et premier concerné par le repérage des TCA. Une sensibilisation sur ce sujet est importante et permet d'inciter au dépistage et à création de réseaux de soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Wade TD, Bergin JL, Tiggemann M, Bulik CM, Fairburn CG. Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40(2):121-8.
2. Fairburn CG, Bohn K. Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome « not otherwise specified » (NOS) category in DSM-IV. *Behav Res Ther*. juin 2005;43(6):691-701.
3. Ornstein RM, Rosen DS, Mammel KA, Callahan ST, Forman S, Jay MS, et al. Distribution of Eating Disorders in Children and Adolescents Using the Proposed DSM-5 Criteria for Feeding and Eating Disorders. *J Adolesc Health*. août 2013;53(2):303-5.
4. Speranza M, Revah-Levy A, Giquel L, Loas G, Venisse J-L, Jeammet P, et al. An Investigation of Goodman's Addictive Disorder Criteria in Eating Disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 1 mai 2012;20(3):182-9.
5. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2003;34(4):383-96.
6. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. juill 2006;19(4):389-94.
7. Van Son GE, van Hoeken D, Bartelds AIM, van Furth EF, Hoek HW. Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care study in The Netherlands. *Int J Eat Disord*. 2006;39(7):565-9.
8. Hall A, Hay PJ. Eating disorder patient referrals from a population region 1977-1986. *Psychol Med*. août 1991;21(3):697-701.
9. Pyle RL, Halvorson PA, Neuman PA, Mitchell JE. The increasing prevalence of bulimia in freshman college students. *Int J Eat Disord*. 1986;5(4):631-47.
10. Ledoux S, Choquet M, Flament M. Eating disorders among adolescents in an unselected French population. *Int J Eat Disord*. 1991;10(1):81-9.
11. Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom DS, Kennedy S, et al. Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *Am J Psychiatry*. 1995;152(7):1052-8.
12. Kendler KS, MacLean C, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. déc 1991;148(12):1627-37.
13. Walters EE, Kendler KS. Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *Am J Psychiatry*. 1995;152(1):64-71.

14. Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, et al. Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord.* 1 avr 1992;11(3):191-203.
15. Fairburn CG, Brownell KD. *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook.* Guilford Press; 2002. 656 p.
16. Preti A, Girolamo G de, Vilagut G, Alonso J, Graaf R de, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res.* sept 2009;43(14):1125-32.
17. Grigioni S, Déchelotte P. Épidémiologie et évolution des troubles du comportement alimentaire. *Médecine Nutr.* 13 juin 2012;48(1):28-32.
18. Callahan S, Rousseau A, Knotter A, Bru V, Danel M, Cueto C, et al. Les troubles alimentaires : présentation d'un outil de diagnostic et résultats d'une étude épidémiologique chez les adolescents. *Encéphale.* 2003;29(3):239-47.
19. Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res.* août 2005;59(2):51-5.
20. Hudson JI, Hiripi E, Pope Jr. HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry.* 1 févr 2007;61(3):348-58.
21. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry.* 1 juin 2002;59(6):545-52.
22. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am J Psychiatry.* mars 2000;157(3):393-401.
23. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull.* sept 2002;128(5):825-48.
24. Wildes JE, Emery RE, Simons AD. The Roles of Ethnicity and Culture in the Development of Eating Disturbance and Body Dissatisfaction: A Meta-Analytic Review. *Clin Psychol Rev.* juin 2001;21(4):521-51.
25. Mumford DB. Eating Disorders in Different Cultures. *Int Rev Psychiatry.* 1993;5(1):109-114.
26. Nasser M. *Culture and Weight Consciousness.* Routledge; 1997. 132 p.
27. McElroy SL, Kotwal R, Keck Jr. PE, Akiskal HS. Comorbidity of bipolar and eating disorders: distinct or related disorders with shared dysregulations? *J Affect Disord.* juin 2005;86(2-3):107-27.

28. Viricel J, Bossu C, Galusca B, Kadem M, Germain N, Nicolau A, et al. Retrospective study of anorexia nervosa: reduced mortality and stable recovery rates. *Presse Médicale Paris Fr* 1983. 19 nov 2005;34(20 Pt 1):1505-10.
29. Schwartz D., Thompson M. Do anorectics get well? Current research and future needs. *Am J Psychiatry*. mars 1981;138(3):319-23.
30. Emmett SW. *Theory And Treatment Of Anorexianervosa And Bulimia: Biomedical Sociocultural & Psychological Perspectives*. Routledge; 2013. 353 p.
31. Keel PK, Mitchell JE, Miller KB, Davis TL, Crow SJ. Long-term outcome of bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 1 janv 1999;56(1):63-9.
32. Herzog DB, Dorer DJ, Keel PK, Selwyn SE, Ekeblad ER, Flores AT, et al. Recovery and Relapse in Anorexia and Bulimia Nervosa: A 7.5-Year Follow-up Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. juill 1999;38(7):829-37.
33. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry*. 1 juill 2000;57(7):659-65.
34. Garcia F, Delavenne H, Déchelotte P. Atypical eating disorders: a review. *Nutr Diet Suppl*. avr 2011;67.
35. Micali N, Treasure J, Simonoff E. Eating disorders symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *J Psychosom Res*. sept 2007;63(3):297-303.
36. 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.
37. Koubaa S, Kouba S, Hällström T, Lindholm C, Hirschberg AL. Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstet Gynecol*. févr 2005;105(2):255-60.
38. Chassevent-Pajot A, Guillou-Landréat M, Grall-Bronnec M, Wainstein L, Philippe H-J, Lombrail P, et al. Étude de prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes dans une maternité universitaire. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. mai 2011;40(3):237-45.
39. Clark M, Ogden J. The impact of pregnancy on eating behaviour and aspects of weight concern. *Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes*. janv 1999;23(1):18-24.
40. 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*. 20 nov 2012;1-12.
41. Lacey JH, Smith G. Bulimia nervosa. The impact of pregnancy on mother and baby. *Br J Psychiatry*. 6 janv 1987;150(6):777-81.

42. Micali N, Treasure J, Simonoff E. Eating disorders symptoms in pregnancy: A longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *J Psychosom Res.* sept 2007;63(3):297-303.
43. Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP. Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *Int J Eat Disord.* 1 juill 1994;16(1):1-34.
44. Krug I, Treasure J, Anderluh M, Bellodi L, Cellini E, di Bernardo M, et al. Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: A European multicenter study. *Drug Alcohol Depend.* 1 sept 2008;97(1-2):169-79.
45. Anzengruber D, Klump KL, Thornton L, Brandt H, Crawford S, Fichter MM, et al. Smoking in eating disorders. *Eat Behav.* nov 2006;7(4):291-9.
46. Gadalla T, Piran N. Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: a meta analysis. *Arch Womens Ment Health.* 1 août 2007;10(4):133-40.
47. Bulik CM, Klump KL, Thornton L, Kaplan AS, Devlin B, Fichter MM, et al. Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *J Clin Psychiatry.* juill 2004;65(7):1000-6.
48. Corcos M, Nezelof S, Speranza M, Topa S, Girardon N, Guilbaud O, et al. Psychoactive substance consumption in eating disorders. *Eat Behav.* 2001;2(1):27-38.
49. Bulik CM, Von Holle A, Siega-Riz AM, Torgersen L, Lie KK, Hamer RM, et al. Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa). *Int J Eat Disord.* 2009;42(1):9-18.
50. Redonnet B, Chollet A, Fombonne E, Bowes L, Melchior M. Tobacco, alcohol, cannabis and other illegal drug use among young adults: The socioeconomic context. *Drug Alcohol Depend.* 1 mars 2012;121(3):231-9.
51. Blanchon B, Parmentier M, Colau J-C, Dautzenberg B, Blum-Boisgard C. Tabac et grossesse: Étude de l'Assurance maladie des professions indépendantes en Ile-de-France. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* janv 2004;33(1, Part 1):21-9.
52. Houet T, Vabret F, Herlicoviez M, Dreyfus M. Comparaison de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse: À partir d'une série prospective de 150 femmes. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* nov 2005;34(7, Part 1):687-93.
53. Miller KK, Grinspoon SK, Ciampa J, Hier J, Herzog D, Klibanski A. MEDical findings in outpatients with anorexia nervosa. *Arch Intern Med.* 14 mars 2005;165(5):561-6.
54. Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB. PRedictors of mortality in eating disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1 févr 2003;60(2):179-83.
55. Sullivan P. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry.* 1 juill 1995;152(7):1073-4.
56. Berkman ND, Lohr KN, Bulik CM. Outcomes of eating disorders: A systematic review of the literature. *Int J Eat Disord.* 2007;40(4):293-309.

57. Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 1 juin 2001;24(2):201-14.
58. Liberelle B. Conséquences médicales des pratiques boulimiques. *Hypothèses.* 1 janv 2008;35-42.
59. Smink FRE, Hoeken D van, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr Psychiatry Rep.* 1 août 2012;14(4):406-14.
60. Loas G, Guilbaud O, Perez-Diaz F, Verrier A, Stephan P, Lang F, et al. Dependency and suicidality in addictive disorders. *Psychiatry Res.* 15 nov 2005;137(1-2):103-11.
61. Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M. Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *Am J Obstet Gynecol.* oct 2014;211(4):392.e1-8.
62. Franko DL, Blais MA, Becker AE, Delinsky SS, Greenwood DN, Flores AT, et al. Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am J Psychiatry.* sept 2001;158(9):1461-6.
63. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *Br J Psychiatry.* 3 janv 2007;190(3):255-9.
64. Solmi F, Sallis H, Stahl D, Treasure J, Micali N. Low Birth Weight in the Offspring of Women With Anorexia Nervosa. *Epidemiol Rev.* 1 janv 2014;36(1):49-56.
65. Eagles JM, Lee AJ, Raja EA, Millar HR, Bhattacharya S. Pregnancy outcomes of women with and without a history of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 2012;42(12):2651-60.
66. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A, Dawn A, McCullin M. Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: a controlled study. *J Clin Psychiatry.* févr 1999;60(2):130-5; quiz 135-7.
67. Brinch M, Isager T, Tolstrup K. Anorexia nervosa and motherhood: reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. *Acta Psychiatr Scand.* mai 1988;77(5):611-7.
68. 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.
69. Torgersen L, Von Holle A, Reichborn-Kjennerud T, Berg CK, Hamer R, Sullivan P, et al. Nausea and vomiting of pregnancy in women with bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord.* déc 2008;41(8):722-7.
70. Sollid CP, Wisborg K, Hjort J, Secher NJ. Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol.* janv 2004;190(1):206-10.
71. Pasternak Y, Weintraub AY, Shoham-Vardi I, Sergienko R, Guez J, Wiznitzer A, et al. Obstetric and perinatal outcomes in women with eating disorders. *J Womens Health* 2002. janv 2012;21(1):61-5.

72. Bansil P, Kuklina EV, Whiteman MK, Kourtis AP, Posner SF, Johnson CH, et al. Eating disorders among delivery hospitalizations: prevalence and outcomes. *J Womens Health* 2002. nov 2008;17(9):1523-8.
73. Kouba S, Hällström T, Lindholm C, Hirschberg AL. Pregnancy and Neonatal Outcomes in Women With Eating Disorders: *Obstet Gynecol.* févr 2005;105(2):255-60.
74. 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.
75. 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.
76. Morgan JF, Lacey JH, Sedgwick PM. Impact of pregnancy on bulimia nervosa. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* févr 1999;174:135-40.
77. Mazzeo SE, Slof-Op't Landt MCT, Jones I, Mitchell K, Kendler KS, Neale MC, et al. Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *Int J Eat Disord.* 1 avr 2006;39(3):202-11.
78. Le Bulletin - Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire. janv 2015;(33):8 ; 13.
79. Salanave B., De Launay C. Durée de l'allaitement maternel en France (Épifane 2012-2013). *Bull Epidémiol Hebd.* 2014;24:450-7.
80. Waugh E, Bulik CM. Offspring of women with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 1 mars 1999;25(2):123-33.
81. Barnes J, Stein A, Smith T, Pollock JI. Extreme attitudes to body shape, social and psychological factors and a reluctance to breast feed. ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. *J R Soc Med.* oct 1997;90(10):551-9.
82. Larsson G, Andersson-Ellström A. Experiences of pregnancy-related body shape changes and of breast-feeding in women with a history of eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 1 mars 2003;11(2):116-24.
83. Corcos, Lamas, Buisson. Troubles des conduites alimentaires maternels en période périnatale : un enjeu de prévention des troubles précoces du développement et de la parentalité. 2014;11(4):1-10.
84. Stein A, Woolley H, Cooper SD, Fairburn CG. An Observational Study of Mothers with Eating Disorders and Their Infants. *J Child Psychol Psychiatry.* 1 mai 1994;35(4):733-48.
85. Zerwas S, Von Holle A, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Stoltenberg C, Bulik CM. Maternal eating disorders and infant temperament: findings from the Norwegian mother and child cohort study. *Int J Eat Disord.* mai 2012;45(4):546-55.

86. Squires C, Lalanne C, Murday N, Simoglou V, Vaivre-Douret L. The influence of eating disorders on mothers' sensitivity and adaptation during feeding: a longitudinal observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:274.
87. Fahy T, Treasure J. Children of mothers with bulimia nervosa. *BMJ*. 21 oct 1989;299(6706):1031.
88. Hodes M, Timimi S, Robinson P. Children of Mothers with Eating Disorders: A Preliminary Study. *Eur Eat Disord Rev*. 1 mars 1997;5(1):11-24.
89. Hill AJ, Weaver C, Blundell JE. Dieting concerns of 10-year-old girls and their mothers. *Br J Clin Psychol Br Psychol Soc*. sept 1990;29 (Pt 3):346-8.
90. Steiger H, Stotland S, Trottier J, Ghadirian AM. Familial eating concerns and psychopathological traits: causal implications of transgenerational effects. *Int J Eat Disord*. mars 1996;19(2):147-57.
91. Kothari R, Rosinska M, Treasure J, Micali N. The Early Cognitive Development of Children at High Risk of Developing an Eating Disorder. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 22 déc 2013;
92. Micali N, De Stavola B, Ploubidis GB, Simonoff E, Treasure J. The effects of maternal eating disorders on offspring childhood and early adolescent psychiatric disorders. *Int J Eat Disord*. 12 nov 2013;
93. Micali N, Stahl D, Treasure J, Simonoff E. Childhood psychopathology in children of women with eating disorders: understanding risk mechanisms. *J Child Psychol Psychiatry*. févr 2014;55(2):124-34.
94. Kotler LA, Cohen P, Davies M, Pine DS, Walsh BT. Longitudinal Relationships Between Childhood, Adolescent, and Adult Eating Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. déc 2001;40(12):1434-40.
95. Turgeon M-E, Forget J, Sénécal C. Troubles des conduites alimentaires, dépression, estime de soi et perfectionnisme chez les enfants. *Prat Psychol*. déc 2011;17(4):315-28.
96. Park RJ, Senior R, Stein A. The offspring of mothers with eating disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1 janv 2003;12(1):i110-9.
97. Agras WS. The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1 juin 2001;24(2):371-9.
98. Godart N, Perdureau F, Galès O, Agman G, Deborde A-S, Jeammet P. Le contrat de poids lors d'une hospitalisation pour anorexie mentale. *Arch Pédiatrie*. oct 2005;12(10):1544-50.
99. Winnicott D.W. *De La Pédiatrie À La Psychanalyse*. Payot : Paris. 1960. 168-174 p.
100. Bydlowski M. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir*. 1 juin 2001;13(2):41-52.
101. Deutsch H. *La psychologie des femmes*. Maternité - Tome 2. Paris PUF; 1949. 418 p.

102. Dayan J. Psychopathologie de la périnatalité. *J Pédiatrie Puériculture*. juin 2001;14(4):255.
103. Swan S, Andrews B. The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment. *Br J Clin Psychol*. 1 nov 2003;42(4):367-78.
104. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders*. Leicester (UK): British Psychological Society (UK); 2004.
105. Túry F, Güleç H, Kohls E. Assessment methods for eating disorders and body image disorders. *J Psychosom Res*. déc 2010;69(6):601-11.
106. Garcia FD, Grigioni S, Allais E, Houy-Durand E, Thibaut F, Déchelotte P. Detection of eating disorders in patients: validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire. *Clin Nutr Edinb Scotl*. avr 2011;30(2):178-81.
107. Hill LS, Reid F, Morgan JF, Lacey JH. SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. *Int J Eat Disord*. 2010;43(4):344-51.
108. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*. 4 déc 1999;319(7223):1467-8.
109. Mond JM, Myers TC, Crosby RD, Hay PJ, Rodgers B, Morgan JF, et al. Screening for eating disorders in primary care: EDE-Q versus SCOFF. *Behav Res Ther*. mai 2008;46(5):612-22.
110. Noma S, Nakai Y, Hamagaki S, Uehara M, Hayashi A, Hayashi T. Comparison between the SCOFF Questionnaire and the Eating Attitudes Test in patients with eating disorders. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 1 janv 2006;10(1):27-32.
111. Leung SF, Lee KL, Lee SM, Leung SC, Hung WS, Lee WL, et al. Psychometric properties of the SCOFF questionnaire (Chinese version) for screening eating disorders in Hong Kong secondary school students: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. févr 2009;46(2):239-47.
112. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. avr 2012;41(2):151-66.
113. David Gruselle A. Nausées et vomissements du premier trimestre de la grossesse: les « petits maux de la grossesse » vus par les patientes et leurs médecins [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2013.
114. Traccucci E. Évaluation en médecine de soins primaires chez des patients entre 15 et 45 ans de l'apport de l'auto-questionnaire SCOFF-F dans le dépistage des troubles du comportement alimentaire en comparaison aux pratiques habituelles [Médecine]. Nice; 2013.
115. Hubin-Gayte M, Squires C. Étude de l'impact de la grossesse sur les comportements alimentaires à travers l'utilisation du questionnaire SCOFF. *L'évolution Psychiatr*. avr 2012;77(2):201-12.

116. Paterne L. Dépistage des femmes enceintes atteintes de troubles des conduites alimentaires [Mémoire]. [Angers]: Université d'Angers; 2013.
117. Baudet ML, Montastier E, Mesthe P, Oustric S, Lepage B, Ritz P. The SCOFF score: A screening tool for eating disorders in family practice. *E-SPEN J.* juin 2013;8(3):e86-9.
118. 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.
119. Astrachan-Fletcher E, Veldhuis C, Lively N, Fowler C, Marcks B. The Reciprocal Effects of Eating Disorders and the Postpartum Period: A Review of the Literature and Recommendations for Clinical Care. *J Womens Health.* mars 2008;17(2):227-39.
120. Abraham S, King W, Llewellyn-Jones D. Attitudes to body weight, weight gain and eating behavior in pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* déc 1994;15(4):189-95.
121. 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.
122. 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.
123. Ward VB. Eating disorders in pregnancy. *BMJ.* 12 janv 2008;336(7635):93-6.
124. Berdah C. Obésité et troubles psychopathologiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* avr 2010;168(3):184-90.
125. de Zwaan. Binge eating disorder and obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes.* mai 2001;25 Suppl 1:S51-5.
126. Bulik CM, Sullivan PF, Fear J, Pickering A. Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185(11):704-7.
127. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 [Internet]. 2011 [cité 11 oct 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
128. Pinto SM, Dodd S, Walkinshaw SA, Siney C, Kakkar P, Mousa HA. Substance abuse during pregnancy: effect on pregnancy outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* juin 2010;150(2):137-41.
129. Dumas A, Lejeune C, Simmat-Durand L, Crenn-Hébert C, Mandelbrot L. Grossesse et substances psychoactives : étude de prévalence de la consommation déclarée. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2008;37(8):770-8.

130. Hurault-Delarue C, Lacroix I, Vidal S, Montastruc J-L, Damase-Michel C. Médicaments et grossesse : étude dans la base de données EFEMERIS 2004–2008. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* oct 2011;39(10):554-8.
131. Damase-Michel C, Lapeyre-Mestre M, Moly C, Fournie A, Montastruc J-L. Consommation de médicaments pendant la grossesse: enquête auprès de 250 femmes en consultation dans un Centre Hospitalier Universitaire. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2000;29(1):77-85.
132. Wery E, Vambergue A, Le Goueff F, Vincent D, Deruelle P. Impact des nouveaux critères de dépistage sur la prévalence du diabète gestationnel. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* avr 2014;43(4):307-13.
133. Cordier L. Diabète gestationnel : comparaison de deux mode de dépistage [Mémoire]. [Angers]: Université Angers; 2013.
134. Stewart DE, Robinson E, Goldbloom DS, Wright C. Infertility and eating disorders. *Am J Obstet Gynecol.* 1990;163(4 Pt 1):1196-9.
135. Freizinger M, Franko DL, Dacey M, Okun B, Domar AD. The prevalence of eating disorders in infertile women. *Fertil Steril.* 2010;93(1):72-8.
136. Easter A, Treasure J, Micali N. Fertility and prenatal attitudes towards pregnancy in women with eating disorders: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* nov 2011;118(12):1491-8.
137. Crow SJ, Thuras P, Keel PK, Mitchell JE. Long-Term Menstrual and Reproductive Function in Patients With Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry.* 1 juin 2002;159(6):1048-50.
138. Morrill ES, Nickols-Richardson HM. Bulimia Nervosa During Pregnancy: A Review. *J Am Diet Assoc.* avr 2001;101(4):448-54.
139. Abraham S. Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years. *J Psychosom Res.* avr 1998;44(3-4):491-502.
140. Kiel DW, Dodson EA, Artal R, Boehmer TK, Leet TL. Gestational Weight Gain and Pregnancy Outcomes in Obese Women: How Much Is Enough? *Obstet Gynecol.* oct 2007;110(4):752-8.
141. Winer N. Nutrition des femmes enceintes: recommandations et enjeux. *Médecine & enfance.* Edition et communication médicales; 2011. p. 314-6.
142. Micali N, De Stavola B, dos-Santos-Silva I, Steenweg-de Graaff J, Jansen PW, Jaddoe VWV, et al. Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: a population-based cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* nov 2012;119(12):1493-502.
143. Léonard T, Foulon C, Guelfi J-D. Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. *EMC - Psychiatr.* avr 2005;2(2):96-127.

144. Hubin-Gayte M. Troubles des conduites alimentaires et maternité : analyse de forums sur Internet. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* déc 2011;169(10):615-20.
145. Koubaa S, Hällström T, Hirschberg AL. Early maternal adjustment in women with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2008;41(5):405-10.
146. Coulthard H, Blissett J, Harris G. The relationship between parental eating problems and children's feeding behavior: A selective review of the literature. *Eat Behav.* mai 2004;5(2):103-15.
147. Vignalou J, Guedeney N. Quand les mères sont anorexiques. *Enfances Psy.* 9 nov 2007;n° 37(4):71-80.
148. Franko DL, Spurrell EB. Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol.* juin 2000;95(6, Part 1):942-6.
149. Fornari V, Dancyger I, Renz J, Skolnick R, Rochelson B. Eating disorders and pregnancy: Proposed treatment guidelines for obstetricians and gynecologists. *Open J Obstet Gynecol.* 2014;04(02):90-4.
150. Mond JM, Myers TC, Crosby RD, Hay PJ, Mitchell JE. Bulimic eating disorders in primary care: hidden morbidity still? *J Clin Psychol Med Settings.* mars 2010;17(1):56-63.
151. Striegel-Moore RH, DeBar L, Wilson GT, Dickerson J, Rosselli F, Perrin N, et al. Health services use in eating disorders. *Psychol Med.* oct 2008;38(10):1465-74.
152. Whitehouse AM, Cooper PJ, Vize CV, Hill C, Vogel L. Prevalence of eating disorders in three Cambridge general practices: hidden and conspicuous morbidity. *Br J Gen Pract.* 2 janv 1992;42(355):57-60.
153. Becker AE, Thomas JJ, Franko DL, Herzog DB. Disclosure patterns of eating and weight concerns to clinicians, educational professionals, family, and peers. *Int J Eat Disord.* 1 juill 2005;38(1):18-23.
154. Ogg EC, Millar HR, Pusztai EE, Thom AS. General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. *Int J Eat Disord.* 1 juill 1997;22(1):89-93.
155. Van Son GE, van Hoeken D, van Furth EF, Donker GA, Hoek HW. Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. *Int J Eat Disord.* 1 mars 2010;43(2):130-8.
156. Kramer MS, Kakuma R. Energy and protein intake in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD000032.
157. Merialdi M, Carroli G, Villar J, Abalos E, Gülmezoglu AM, Kulier R, et al. Nutritional Interventions during Pregnancy for the Prevention or Treatment of Impaired Fetal Growth: An Overview of Randomized Controlled Trials. *J Nutr.* 5 janv 2003;133(5):1626S - 1631S.
158. Kaiser LL, Allen L. Position of The American Dietetic Association: Nutrition and Lifestyle for a Healthy Pregnancy Outcome. *J Am Diet Assoc.* oct 2002;102(10):1479-90.

159. Bauld E, Iliescu I, Bobbioni-Harsch E, Meylan MR, Badel S, Huber O, et al. Traitement de l'obésité sévère par by-pass gastrique : le profil psychologique n'est pas prédictif de la perte de poids au cours de la première année. *Obésité*. 1 juin 2007;2(2):182-7.
160. De Zwaan M, Mitchell JE, Howell LM, Monson N, Swan-Kremeier L, Crosby RD, et al. Characteristics of morbidly obese patients before gastric bypass surgery. *Compr Psychiatry*. sept 2003;44(5):428-34.
161. Niego SH, Kofman MD, Weiss JJ, Geliebter A. Binge eating in the bariatric surgery population: a review of the literature. *Int J Eat Disord*. mai 2007;40(4):349-59.
162. Poitou C, Machaux-Tholliez D, Basdevant A. Comportement alimentaire et chirurgie bariatrique. *Obésité*. 1 déc 2007;2(4):324-30.
163. Ducarme G, Rodrigues A, Aissaoui F, Davitian C, Pharisien I, Uzan M. Grossesse des patientes obèses : quels risques faut-il craindre ? *Gynécologie Obstétrique Fertil*. janv 2007;35(1):19-24.
164. Ciangura C. Grossesse après bypass : quels problèmes ? *Cah Nutr Diététique*. sept 2011;46(4):194-8.
165. Fall CHD, Yajnik CS, Rao S, Davies AA, Brown N, Farrant HJW. Micronutrients and Fetal Growth. *J Nutr*. 5 janv 2003;133(5):1747S - 1756S.
166. Haider BA, Bhutta ZA. Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(4):CD004905.

ABREVIATIONS

- BED : Binge Eating Disorder ou hyperphagie boulimique
- BN : Boulimie nerveuse
- CHD : Centre Hospitalier Départemental
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CMP : Centre Médico-Psychologique
- DMS : Durée moyenne de séjour
- EDNOS : Eating Disorder Not Otherwise Specified
- HAS : Haute autorité de Santé
- HBPM : Héparine de bas poids moléculaire
- HTA : Hypertension artérielle
- IMC : Indice de Masse Corporelle
- INVS : Institut National de Veille Sanitaire
- IOM : Institute Of Medicine
- IVG : Interruption volontaire de grossesse
- OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
- NS : Non significatif
- PMA : Procréation médicalement assistée
- PMI : Protection maternelle et infantile
- RCIU : Retard de croissance intra-utérin
- RGO : Reflux gastro oesophagien
- SCOFF : Acronyme de « Sick, Control, One stone (6kg), Fat, Food »
- TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

ANNEXE 1 : Questionnaire relatif aux habitudes alimentaires

Nous vous remercions de bien vouloir répondre à toutes les questions et de rendre ce questionnaire au personnel soignant.

1 Informations générales :

Age : _____ Avez-vous déjà eu un/plusieurs enfants : Oui Non

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

Avez-vous donné naissance à 1 ou 2 enfants ? _____ Poids de naissance : _____

Date d'accouchement : _____ Le terme était prévu le : _____

Mode accouchement : Normal (par voie basse) Césarienne Forceps/Ventouse

Statut marital :

- Célibataire
- Mariée, pacsée ou en concubinage
- Séparée ou divorcée
- Veuve
- Autre

Statut professionnel actuel :

- Active
- Inactive au chômage
- Inactive en invalidité ou longue maladie (>6mois)
- Femme au foyer
- Etudiante
- Autre :

Diplôme le plus élevé obtenu :

- Aucun
- primaire
- BEPC ou équivalent (fin du collège)
- CAP/BEP ou équivalent (2 ans après collège)
- Baccalauréat général ou professionnel ou équivalent
- Diplôme d'études supérieures (après le bac)
- Autre

Quel était votre poids avant la grossesse : _____ Quelle est votre taille : _____

Quel était votre poids en fin de grossesse : _____

Quel est votre poids le plus élevé atteint depuis la puberté (en dehors d'une grossesse éventuelle) : _____

Quel est votre poids le plus bas atteint depuis la puberté : _____

2 Concernant l'alimentation :

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

<u>Avant votre grossesse, avez-vous subi une intervention afin de contrôler votre poids (by-pass ; sleeve-gastrectomy)?</u>			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>Avant votre grossesse, étiez-vous préoccupée par votre poids ou votre alimentation ?</u>			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>Avant votre grossesse, aviez-vous un suivi par un professionnel par rapport à votre poids ou votre alimentation ?</u>			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, par qui :	<input type="checkbox"/> médecin généraliste	<input type="checkbox"/> diététicien	<input type="checkbox"/> endocrinologue-nutritionniste	
	<input type="checkbox"/> Psychologue/psychiatre	<input type="checkbox"/> pharmacien	<input type="checkbox"/> autre (précisez) :	
Si oui, le médecin vous suivant pour votre grossesse a-t-il été informé de ce suivi préalable à la grossesse :			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

<u>Avez-vous eu un suivi concernant votre poids ou votre alimentation durant votre grossesse</u>			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, par qui :	<input type="checkbox"/> médecin généraliste	<input type="checkbox"/> diététicien	<input type="checkbox"/> endocrinologue-nutritionniste	
	<input type="checkbox"/> Psychologue/psychiatre	<input type="checkbox"/> pharmacien	<input type="checkbox"/> sage-femme	
	<input type="checkbox"/> gynécologue-obstétricien	<input type="checkbox"/> autre (précisez) :		
Si oui, le médecin ayant suivi votre grossesse en a-t-il été informé :			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>Avez-vous eu des informations concernant le poids ou l'alimentation par un professionnel de santé pendant la grossesse?</u>			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>Si on vous l'avait proposé, auriez-vous souhaité bénéficier d'une consultation concernant l'alimentation pendant la grossesse?</u>			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>Avez-vous eu un diabète pendant votre grossesse :</u>			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

3 Concernant vos antécédents médicaux personnels et familiaux :

<u>Nombre de grossesses antérieures en dehors de la grossesse actuelle (accouchements, fausses couches, IVG, grossesses extra utérine) :</u>	_____
Dont nombre de fausses couches :	_____

<u>Dans votre famille, y a-t-il des problèmes de poids ou de rapport à l'alimentation :</u>				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
si oui, quel membre :	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Frère	<input type="checkbox"/> Soeur	<input type="checkbox"/> Grand-mère maternelle
<input type="checkbox"/> Grand-mère paternelle	<input type="checkbox"/> Grand-père maternel	<input type="checkbox"/> Grand-père paternel	<input type="checkbox"/> Autre :		

Prenez-vous des médicaments ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, lesquels :			
Consommation de tabac/cannabis avant la grossesse :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Tabac	<input type="checkbox"/> Cannabis
Si oui, nombre de cigarettes de tabac par jour :			
Si oui, nombre de joints par semaine :			
Consommation de tabac/cannabis pendant la grossesse :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Tabac	<input type="checkbox"/> Cannabis
Si oui, nombre de cigarettes de tabac par jour :			
Si oui, nombre de joints par semaine :			
Nombre moyen de verres d'alcool par semaine avant la grossesse :			
Nombre moyen de verres d'alcool par semaine pendant la grossesse :			

Merci pour votre participation

ANNEXE 2 : Centres de référence

Plusieurs associations et lieux de soins existent ayant des missions de dépistage, prévention, accompagnement et construction de projets de soins par des équipes multidisciplinaires :

- à Nantes : AFDAS TCA : afdas-tca@voilà.fr , 02 40 20 66 44
Association des Boulimiques Anonymes (ABA) 06 16 39 28 69 : permanence téléphonique, réunion une fois par mois pour et par les parents dont les enfants sont atteints de TCA.
Association Allo Anorexie Boulimie : aab44@orange44.fr 06 40 42 93 89 : groupe d'entraide se réunissant 2 fois par mois et animé par des personnes confrontées à la problématique des TCA.
- Association autrement : <http://www.anorexie-et-boulimie.fr/>

Deux lieux de soins prenant en charge les TCA en hopital de jour ou hospitalisation sont possibles :

- à Nantes : CHU- Service d'Addictologie : 02 40 20 66 40
L'espace Barbara comprend des consultations médico-psychologiques, des thérapies familiales, des thérapies de groupe pour les patients et pour les parents.
- A la Roche sur Yon : CHS - Centre hospitalier Georges Mazurelle : 02 51 09 72 72

Les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) :

- A la Roche sur Yon : La Métairie : 02 51 05 23 39
Activité de prévention et formation, soutien psychologique, accompagnement socio-éducatif, suivi médical, thérapies familiales (Permanence à Fontenay le Comte et St Jean de Mont), soins gratuits et anonymes.
ANPAA 85 : 02 51 62 07 72
Entretiens médico-psycho-sociaux anonymes et gratuits, consultations diététiques, ateliers de relaxation et de cuisine. (Permanence à Fontenay le Comte, Challans, Les Sables d'Olonne)
- A Nantes : Les Apsyades : 02.40.04.10.19
Entretiens médico-psycho-sociaux, consultations familiales, groupes thérapeutiques avec ateliers de sophrologie, d'écriture, groupe de parole...

Le réseau ABELA (Anorexie Boulimie En Loire Atlantique) a été créé à l'initiative du service d'addictologie du CHU de Nantes et regroupe différents professionnels de la région impliqués dans la prise en charge des TCA. Ce réseau permet des actions de prévention, une coordination des soins, un échange de pratique entre professionnels, une amélioration de la prise en charge bio-psycho-social des patients et leurs familles.

Le réseau TCA 85 prend en charge les TCA en Vendée à la Maison des Adolescents avec notamment un groupe de parole destiné aux parents tous les 2 mois. Les Centres médico-psychologiques participent également, notamment le centre Winicott.

ANNEXE 3 : Plaquettes d'information



Boissons

- Qu'avez-vous l'habitude de **boire** (eau, sodas...)?
- Avant votre grossesse, vous arrivait-il de boire de la bière, du cidre, du vin ou d'autres **boissons alcoolisées**?
- Et depuis la grossesse, comment a **évolué** votre consommation?

Contacts :

- Ecoute Alcool**
0 811 91 30 30



Tabac et cannabis

- Fumez-vous du **tabac**?
- Vous arrive-t-il de fumer du **cannabis** ou d'autres toxiques?
- Avez-vous déjà eu envie d'**arrêter**?

Contacts :

- Maternité CH Haut Anjou Sage-femme tabacologue**
02 43 09 33 90
- UCT CHU Angers Sage-femme tabacologue**
02 41 35 58 45
- ELSA CH Haut Anjou Site Château-Gontier**
02 43 09 33 79
- Site Segré**
02 41 94 50 07
- Tabac Info Service**
0 825 309 310
- Ecoute Cannabis**
0 811 91 20 20

Signature :
ELSA : Réseau d'addictologie de liaison en addictologie



Autres drogues et médicaments

- Vous arrive-t-il de prendre des médicaments comme des **somnifères** ou des **calmants**?
- Vous arrive-t-il de consommer d'autres produits : **héroïne, cocaïne, ecstasy**?

Contacts :

- ELSA CH Haut Anjou Site Château-Gontier**
02 43 09 33 79
- Site Segré**
02 41 94 50 07
- CCAT Château-Gontier**
02 43 09 16 65
- Drogue Info Service**
0 800 23 13 13



Conditions de vie

- Vivez-vous **seule** ou en **couple**?
- Avez-vous un **logement** stable? Sinon, comment vous logez-vous en ce moment?
- Avez-vous un **emploi**?
 - > À temps plein?
 - > À temps partiel?
 - > Sinon, votre **compagnon** a-t-il un emploi?
- Avez-vous la Couverture Médicale Universelle (**CMU**) (de base ou complémentaire) ou l'aide médicale d'État (**AME**)?
- Avez-vous une **mutuelle** ou une **assurance** complémentaire?



Vulnérabilité de la femme enceinte

CONDUITES ADDICTIVES
REPÉRER • ORIENTER

> Territoire du Haut Anjou
Château-Gontier - Segré

> Plaquette à destination des professionnels

Version du 6 septembre 2011

Le Réseau Sécurité Naissance Naître Ensemble est le réseau des maternités et des professionnels de la périnatalité de la région Pays de la Loire.



Aliments

- Quelles sont vos **habitudes alimentaires** (poissons, viandes, fruits...)?
- Avez-vous eu des variations importantes de **poids** dans votre vie? Si oui, à quelles occasions?
- Vous arrive-t-il de **vomir**?

Contacts :

- ELSA CH Haut Anjou Site Château-Gontier**
02 43 09 33 79
- Site Segré**
02 41 94 50 07
- CCAT Château-Gontier**
02 43 09 16 65

Propositions du soignant

"Nous pouvons vous aider"

"Je pense que c'est important pour vous et votre bébé"

"Vous pouvez rencontrer quelqu'un pour en parler"

"... ou pour recevoir des informations pour vous et votre bébé"

Stress, violences

- Vous sentez-vous en **sécurité** dans votre vie de couple?
- Vous sentez-vous parfois **surmenée** ou **débordée**?

Contacts :

- Service social CH Haut Anjou**
02 43 70 73 77 / 06 80 16 63 46
- PMI (Conseil général)**
Voir carnet de santé
- Violences conjugales Info Service**
39 19 / 02 41 87 97 22
- SOS Femmes**
02 41 87 97 22

Le réseau ABELA est une association réunissant des professionnels du champ médical, psychologique, social et des représentants d'associations de familles et d'usagers, prenant en charge les personnes souffrant de troubles anorexiques et boulimiques.

Son objectif est d'amplifier les actions de partenariat, afin de favoriser l'accès aux soins, d'en améliorer la qualité et de permettre une meilleure coordination, continuité et interdisciplinarité.

Pour plus d'informations sur internet :

Recommandations de la Haute Autorité de Santé

Taper « HAS, anorexie, recommandations »
Service d'addictologie

<http://www.chu-nantes.fr/>

Chercher « addictologie »

Réseau ABELA

Centre de Soins Ambulatoires en Addictologie — CHU Nantes
9 bis rue de Bouillé
44000 NANTES
02 40 20 66 40

Contacts utiles:

- **AFDAS-TCA** : Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire
<http://www.anorexiebulimie-afdas.fr/>
0810 037 037 (N° Azur)
- **AAB 44 et départements limitrophes**: Allo Anorexie Boulimie
<http://allo-anorexie-boulimie-44.com/>
06 40 42 93 89
- **FNA-TCA** : Fédération Nationale des Associations concernées par les Troubles du Comportement Alimentaire
<http://fna-tca.fr/>
- **MDA** : Maison des adolescents de Loire-Atlantique
<http://www.mda44.fr/>
02 40 20 69 65



Pour obtenir plus de renseignements sur le réseau ou pour devenir membre, contacter :

am.reseau.abela@gmail.com

Tel : 02 40 20 66 40

**Centre du "tout petit"
Donald Winnicott**
**Prévention
et soins
des
troubles
de
la relation précoce
parents/bébé**



Consultations

Soins à domicile

Hospitalisations

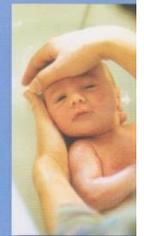
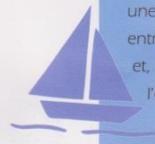
Pôle Secteur Nord de **Psychiatrie Infanto-Juvenile**
Dr Yvan Halimi - EPSM Georges Mazurelle La Roche-sur-Yon

*La grossesse et l'arrivée d'un
bébé entraînent des
remaniements psychologiques
parfois difficiles
pour certaines mamans :
mamans angoissées,
mamans déprimées ...*

*La rencontre et les relations
précoces entre la maman
et son bébé peuvent être
perturbées.*

*Le bébé peut présenter
des troubles de l'éveil,
de l'alimentation, du sommeil.*

*Ces difficultés altèrent les relations
au sein du couple et de la famille.*



Une équipe médico-psychologique
spécialisée accueille le bébé
de la naissance à 3 ans,
les femmes enceintes,
la mère, le père.

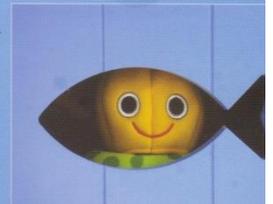
Elle propose :

- des consultations à la maternité.

Au Centre du tout petit

- des consultations thérapeutiques
- des entretiens avec la famille
- des soins à médiation corporelle,
- des interventions à domicile,
- des hospitalisations mère-bébé.

Ces soins contribuent à favoriser
une relation harmonieuse
entre le bébé et ses parents
et, ainsi, préserver
l'équilibre psychologique
du jeune enfant.



NOM : COLLIN DIT DE MONTESSON

PRENOM : Barbara

**REPERAGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE
CHEZ LA FEMME ENCEINTE
A L'AIDE DU SCORE DE SCOFF
ETUDE A LA MATERNITE DU CHD DE LA ROCHE-SUR-YON**

RESUME

Les troubles du comportement alimentaire sont considérés comme marginaux dans la population générale. Ils sont pourtant fréquents dans la population jeune et féminine mais peu d'études existent sur leur prévalence et leur impact chez les femmes en âge de procréer. Notre objectif est d'estimer la prévalence des TCA chez les femmes enceintes, d'évaluer l'évolution de leurs préoccupations alimentaires et l'association à des complications fœtales et maternelles. **MATERIEL ET METHODE :** Nous avons mené une étude à la maternité du CHD de la Roche sur Yon auprès de 354 femmes. La prévalence des TCA a été estimée, avant et pendant la grossesse, à l'aide du score de SCOFF, simple et validé. **RESULTATS :** 34% des femmes étaient à risque de TCA avant la grossesse mais n'étaient plus que 27% pendant la grossesse. On constate une nette diminution des préoccupations concernant le poids et l'alimentation bien qu'elles restent bien plus présentes que dans le groupe contrôle. Les femmes à risque de TCA ont un IMC plus élevé, une plus grande variation de leur poids depuis la fin de la puberté, une polyaddiction tabagique plus fréquente, un souhait d'information sur l'alimentation plus fréquent, des nouveau-nés avec un poids de naissance plus important et plus d'antécédents maternels de TCA. **CONCLUSION :** Les TCA sont fréquents chez les jeunes femmes et la grossesse est une période privilégiée pour le suivi et la prise en charge des TCA. L'intérêt pour le bien-être du futur bébé est un moteur puissant de modification des conduites. Le score de SCOFF constitue un outil de repérage facile à utiliser pour le médecin généraliste. Celui-ci est un acteur de premier recours, primordial pour le repérage, le suivi et la coordination des soins. Le suivi multidisciplinaire est essentiel compte tenu de la rechute fréquente des troubles alimentaires et des difficultés d'interaction mère enfant en post-partum.

MOTS-CLES

Troubles du comportement alimentaire ; repérage ; grossesse ; SCOFF ; conséquence fœtale ;
transmission maternelle ; prise en charge multidisciplinaire