

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

N°

THESE

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
DES DE PSYCHIATRIE**

par

Mélanie BRUNEAU

Née le 26 mai 1985 à Gien

Présentée et soutenue publiquement le *30 juin 2015*

Troubles des conduites alimentaires, désir d'enfant et infertilité

Approches épidémiologique, clinique, psychopathologique

Perspectives de prises en charge

Président : Monsieur le Professeur Jean-Luc Vénisse

Directeur de thèse : Madame le Docteur Marie Grall-Bronnec

Remerciements

A mon Jury de Thèse,

Monsieur et Cher Professeur Jean-Luc Vénisse,

Je vous suis très reconnaissante de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider mon jury. Je vous remercie de la richesse de votre enseignement clinique, dont j'ai encore la chance de bénéficier ce semestre. Je vous remercie également pour votre confiance et votre bienveillance.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon admiration.

Monsieur le Professeur Paul Barrière,

Je vous remercie de votre chaleureux accueil au sein de votre service, et d'avoir autorisé la mise en place et le déroulement de l'étude « TCA et infertilité », pendant presque deux ans. Je vous remercie également d'avoir accepté de juger ce travail.

Soyez assuré de mes sentiments les plus respectueux.

Monsieur le Professeur Maurice Corcos,

Vous me faites le grand honneur de siéger parmi les membres de ce jury et je vous en suis très reconnaissante. Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail concernant un sujet dont vous êtes expert. Vos écrits et conférences m'ont beaucoup inspirée.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de toute ma considération.

Madame le Docteur Marie Grall-Bronnec,

Marie, je te remercie pour ton encadrement et tes encouragements dans mes projets (Master, Thèse), depuis maintenant presque trois ans. Travailler avec toi est une réelle chance. Je ne peux cacher mon admiration pour tes capacités professionnelles en tant que clinicienne et chercheuse, mais également pour tes qualités humaines. Tu m'as transmis, entre autres, le virus de la recherche à travers une pratique qui semble indispensable : partir de la clinique et revenir à la clinique. J'espère que nous allons continuer à collaborer ensemble.

Sois assurée de ma grande estime et de mon amitié.

Madame le Docteur Agnès Colombel,

Agnès, je te remercie d'avoir accepté si simplement de faire partie de mon jury de thèse dans lequel tu as toute ta place. Sans toi, je n'aurais probablement pas pu concrétiser ce projet de recherche. Je te remercie également pour ton intérêt concernant ce travail, pour tes corrections, ainsi que pour tous les échanges enrichissants, qui m'ont renforcée dans l'idée que le travail conjoint est passionnant.

Sois assurée de mon estime et de mon amitié.

Monsieur le Docteur Sylvain Lambert,

Sylvain, je te remercie d'avoir accepté de lire et de juger ce travail en faisant partie du jury de ma thèse. Merci pour la transmission d'une partie de ton immense savoir à la fois théorique et pratique pendant les six mois passés à tes côtés à l'unité Lou Andréas-Salomé, ainsi que pour ta bienveillance et ta disponibilité.

Je t'assure de mon profond respect et de mon amitié.

Aux médecins et soignants des équipes qui m'ont formée et qui enrichissent ma pratique au quotidien

L'équipe de pédopsychiatrie de l'hôpital de jour des Buissonnets et du CMP Winnicott, et le Docteur Hélène Souchet. Grâce à vous, devant chaque patient, je ne manque pas de penser au petit enfant qu'il a été.

L'équipe de pédopsychiatrie de liaison de l'HME de Nantes, et tout particulièrement au Docteur Laurence Dreno, en souvenir d'entretiens familiaux si passionnants.

L'équipe de l'unité Matisse de l'hôpital Saint-Jacques.

L'équipe d'Addictologie du CHU de Nantes : l'unité Lou Andréas-Salomé, l'unité Guillaume Apollinaire et l'Espace Barbara. Merci à Evelyne Tesson et Stéphane Bonnet pour leur accueil dans le groupe « parentalité et addiction ».

L'équipe de l'unité Claudel et le Docteur Benoit Robin. Il y a des rencontres que l'on n'oublie pas. Moi, celle avec Camille Claudel restera un moment marquant de ma vie d'interne.

Au Docteur Laurent Cadiet. Merci Laurent de nous aider depuis quatre années à y voir plus clair dans « l'obscurité lacanienne ». Au petit groupe qui se réunit régulièrement et que j'ai beaucoup de plaisir à retrouver.

Deux médecins avec qui la rencontre a été déterminante dans mon parcours :

Le Docteur Christine Spire, pneumologue à Gien, un exemple d'humanité, mon exemple quand j'ai commencé médecine. Je voulais vous ressembler. Merci pour vos encouragements au début de mes études.

Le Docteur Hélène Constanty, dont la rencontre lors de mon dernier stage d'externat en psychiatrie m'a confortée dans l'idée de dire oui à la psychiatrie ! Sans regret, mille mercis !

Merci aux praticiens hospitaliers du service de biologie et médecine du développement et de la reproduction de Nantes, Sophie Mirallié, Thomas fréour, Julien Bancquart, Florence Leperlier; ainsi qu'à Aurélie et Sonia les secrétaires, pour leur accueil et leur aide concernant mon étude.

A **l'équipe de l'EA 4275**, qui m'a chaleureusement accueillie pendant mon année de Master 2, et avec qui le travail a été aussi enrichissant qu'agréable ! Merci tout particulièrement à Jean-Benoît Hardouin dont le soutien durant cette année intense a été salvateur ! Merci pour ta bonne humeur, ton honnêteté, ta pédagogie (me faire aimer les stats, ce n'était pas gagné ! Challenge réussi !), et tes feuilles de brouillon mythiques que je garde précieusement jusqu'au jour où elles vaudront de l'or ! Merci également à Olivier et Caro pour votre soutien et tous les bons moments passés ensemble durant cette année.

Parce que j'ai la chance d'être bien entourée.

Parce que je sais combien famille et amis vous avez été impliqués dans mes études, pour m'avoir soutenue, et avoir accepté les contraintes de « mon planning de travail » souvent bien trop chargé... et mes inlassables doutes et « plaintes » !

Parce que malgré tout vous êtes toujours là et que vous les méritez vraiment ces remerciements !

Je tiens donc à remercier de tout mon cœur :

Adrien, l'Homme de ma vie,

Je te dédie cette thèse, dont la fin signe le début d'une nouvelle et merveilleuse aventure qui s'offre à nous. Je te remercie d'apporter tant à ma vie depuis notre « re-rencontre », de m'aider à la simplifier (sacré challenge !), de ton soutien sans faille au quotidien qui m'est indispensable. Tu es bien le seul que je puisse suivre « les yeux fermés » à 450 mètres sous terre, ou encore à l'autre bout du monde !

Sois assuré de mon amour.

Mes parents,

Je mesure chaque jour la chance que j'aie d'avoir grandi dans un environnement sûr et d'avoir reçu de votre part un amour suffisamment bon, me permettant d'avancer avec un équilibre rassurant.

Soyez assurés de mon amour.

Mon père, mon étoile,

Tu es parti en sachant que je voulais devenir Médecin. Ton souvenir m'a accompagnée quotidiennement tout au long de mes études et tu as été « le moteur » de ma réussite. A quelques jours de prêter serment, c'est avec beaucoup d'émotion que je pense à toi.

Ma mère,

Je n'en serais pas là aujourd'hui si tu ne m'avais pas tant soutenue. Ta force de vie et ton courage exemplaire dans les moments les plus difficiles m'ont permis d'avancer même quand cela paraissait insurmontable. Je ne te remercierai jamais assez pour ton soutien, ton dévouement et ton accompagnement dans chacun de mes choix professionnels ou personnels (même lorsque cela te crée des cheveux blancs !). C'est si rassurant de savoir que l'on peut toujours compter sur sa maman, même à 30 ans !

Ma sœur Audrey,

Si indispensable à ma vie. Je me suis construite avec tous nos merveilleux souvenirs partagés durant l'enfance, tous les jeux que nous avons inventés (« Le vide-grenier », « Madame-Madame ».. !). Merci d'avoir été là et d'être là en toutes circonstances. Je suis tellement fière de la jeune femme que tu es devenue. Merci aussi à Ton Alexandre (super beau-frère !) de te rendre si heureuse.

Ma famille du Lot, ma terre maternelle, où j'aime tant me ressourcer,

Mon adorable mamie. Mon papy, exemple de courage, tu as fait de la Résistance jusqu'à ton dernier souffle. J'ai appris de toi l'importance de défendre ses valeurs jusqu'au bout.

Ma tatie Françoise, avec Audrey tu nous as toujours considérées comme tes filles. Je n'oublierai pas tout ce que tu as fait pour nous, et quoi qu'il arrive tu garderas toujours la même place dans mon cœur.

Clément et Benoit, bien plus que des cousins, en souvenir de toutes nos vacances passées ensemble.

Gilles, je sais que l'on peut compter sur toi, Merci.

Ma grande famille paternelle,

J'ai eu la chance de grandir et de passer beaucoup de week-end et vacances dans cette grande famille où j'ai découvert mille et une odeurs, couleurs et saveurs. De là vient sûrement l'importance que j'accorde au « sens de la famille ». J'ai une forte pensée pour ceux partis bien trop tôt. A ceux qui restent : merci d'avoir été là et d'être encore là. Flo, la relève est pour toi petit Padawan !

Ma Belle-Famille, parce qu'elle est vraiment Belle ! Catherine, Thierry, Clément, Corentin, merci de m'avoir fait si vite sentir que je faisais partie de la famille. Une spéciale dédicace à Marie, super belle-sœur et soutien important dans « ce monde de cartésiens » ! Marie-Hélène et Régis, pour tous les précieux moments passés en votre compagnie. Mille Mercis Marie-Hélène pour tes cours d'anglais depuis bientôt 3 ans. J'espère que vous viendrez nous voir à Cambridge !

Ma marraine, Pascale, pour tous les moments agréables passés ensemble et chacune de tes petites attentions si bien choisies. Ta présence pour ce jour important me fait très plaisir.

Bruno et Muriel, Bruno et Evelyne, pour votre présence, votre écoute, votre soutien.

Mes amis d'enfance,

Ma Linette, à notre Amitié (et bien plus encore) depuis plus de vingt ans, à nos souvenirs d'enfants, d'ados, de jeunes femmes, de femmes ! A ta famille que j'apprécie énormément. Merci à toi et David de m'avoir fait confiance pour être la marraine de Princesse Louise.

Jen, on était « les inséparables » ou encore « les pattes d'éph' », tu gardes une place de choix dans mon cœur.

Dodo, 24 ans déjà ... tout est dit !

Aux amis, avec qui les retrouvailles sont trop rares mais tellement belles : Camille, Clara, Elise, Ingrid...

Mes amis de la faculté de Médecine de Clermont-Ferrand, qui ont rendu ces sept années de fac inoubliables. Tout particulièrement, mes deux Grandes Amies Jeanne et Charlotte. Jeannette, à notre coup de cœur et notre complicité. Cha, à ta présence douce et attentionnée, même à distance. A nos podiums, nos chapitels, nos soirées colles-tisanes, nos déguisements, au Burkina Faso, au Japon, à Lisbonne... Bref, à cette inoubliable « folie à trois » ! Nous avons chacune pris des chemins différents mais je vous souhaite que cette amitié dure encore et encore. Je pense également à Maria, Clémence, Emilie...

Isa, la preuve qu'une rencontre au Crit peut de fil en aiguille mener à une belle amitié !

Mes amis de Nantes, Merci de m'avoir accueillie à mon arrivée sur Nantes et de votre fidèle amitié,

Pierre, à nos soirées parfois un peu enflammées ! Je n'ai d'ailleurs toujours pas compris pourquoi tu ne montais pas dans la machine?! Eloïse et Tom, à votre compagnie si simple et agréable. Cécilia, à ton soutien et à nos passionnants échanges d'expérience de clinicienne dans le monde de la recherche. Sophie, promis je vais venir te voir jouer avant de partir de Nantes ! David et Vala, à votre bonne humeur toujours au rendez-vous!

Aux amis de la spéléo, à tous ces séjours aux quatre coins de la France, à ces expéditions magiques sous terre, dans une ambiance si chaleureuse, d'entraide, de curiosité et de découverte. Merci d'accepter parmi vous une « psychiatre spéléologue phobique des chauves-souris (qui volent !) » !

Aux internes de psy de Nantes,

J'ai la chance d'avoir rencontré de véritables amis. Tout particulièrement, Paul et Pauline, Noémie et Greg, Amandine, Delphine et Alexandre, Sam et Emilie. A l'approche de mon départ de Nantes, vous ravivez sérieusement mes angoisses de séparation. Vous avez intérêt de venir nous voir !!! Merci également à Louis, Marie, Emeline (Co-interne d'exception !), Caro (pour ce semestre d'exception en psy 3 !).

J'ai une pensée émue pour Yoann, on ne t'oublie pas.

Enfin, merci aux patients qui chaque jour nous font voyager dans une grande aventure humaine. Merci tout particulièrement à Adeline, Nathalie, Sonia et Sophie.

Sommaire

Remerciements	1
Sommaire	7
Table des figures	10
Table des tableaux	10
Abréviations	12
Introduction	13
1. Rappels, définitions et données épidémiologiques	15
1.1 Les troubles des conduites alimentaires	15
1.1.1 L'anorexie mentale.....	15
1.1.2 La boulimie nerveuse	18
1.1.3 Les TCANS.....	20
1.1.4 Hyperphagie boulimique.....	21
1.1.5 Hypothèses étiopathogéniques	22
1.2 L'infertilité.....	29
1.2.1 Définitions	29
1.2.2 Facteurs et causes de l'infertilité	30
1.2.3 Bilan de l'infertilité.....	33
1.2.4 Prise en charge de l'infertilité	34
1.3 Pourquoi s'intéresser aux TCA dans cette population spécifique de femmes souffrant d'infertilité ?	36
1.3.1 Un axe prioritaire dans les recommandations de bonne pratique de la HAS (2010).....	36
1.3.2 Peu d'études de la prévalence des TCA chez les femmes infertiles.....	37
1.3.3 Des pistes d'explications du lien entre TCA et infertilité	40
2. Un constat épidémiologique : d'après une étude clinique à 2 volets sur l'infertilité et les TCA au sein du service de Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction (BMDR) de Nantes	48
2.1 Etude de prévalence des troubles des conduites alimentaires dépistés parmi une population de femmes consultant pour infertilité au sein du service de BMDR du CHU de Nantes	48
2.1.1 Justification de la recherche	48
2.1.2 Objectifs	49
2.1.3 Population étudiée.....	49
2.1.4 Méthodologie de l'étude	50
2.1.5 Analyses statistiques	51
2.1.6 Résultats.....	52
2.1.7 Discussion et limites.....	56
2.2 Etude monocentrique, transversale, contrôlée, non randomisée, portant sur le désir d'enfant et les troubles des conduites alimentaires d'une population de femmes infertiles du service de BMDR du CHU de Nantes.....	59
2.2.1 Justification de la recherche	59
2.2.2 Hypothèses et objectifs.....	59

2.2.3 Population étudiée.....	60
2.2.4 Méthodologie de l'étude	62
2.2.5 Analyses statistiques.....	65
2.2.6 Résultats.....	66
2.2.7 Discussion et limites.....	78
3. Une réalité clinique	85
3.1 Sophie	86
3.2 Adeline	94
3.3 Nathalie.....	103
3.4 Sonia	109
4. Réflexions cliniques et psychopathologiques au sujet de l'infertilité et de la maternité chez des patientes souffrant de troubles des conduites alimentaires	115
4.1 Une identification impossible à la mère ?	115
4.2 La place du tiers séparateur.....	118
4.3 Le processus adolescent, un enjeu dans le processus de séparation-individuation	121
4.4 Désirer un enfant, désirer une grossesse	122
4.5 La grossesse: une deuxième crise maturative	126
4.6 A propos des vignettes cliniques : hypothèses psychopathologiques.....	128
4.6.1 Sophie.....	128
4.6.2 Adeline	132
4.6.3 Nathalie.....	135
4.6.4 Sonia.....	138
4.6.5 Discussion générale sur les vignettes cliniques.....	141
5. Perspectives concernant la prise en charge	142
5.1 Réflexions concernant les patientes rencontrées par le biais de l'infertilité	142
5.1.1 Dépistage et diagnostic des TCA chez les patientes consultant pour une demande d'AMP ?	142
5.1.2 Différentes possibilités de travail entre les médecins de la reproduction et les psychiatres	143
5.1.3 Des questions éthiques	145
5.2 Réflexions concernant les patientes rencontrées lors de la prise en charge de leur TCA et désirant un enfant	146
5.2.1 Prise en charge individuelle	146
5.2.2 Prise en charge groupale.....	147
Conclusion	148
Bibliographie.....	151
Annexes	161
Annexe 1 : Classification de la CIM-10 concernant l'anorexie mentale	161
Annexe 2 : Fiche concernant la procédure de l'étude 1 à destination des praticiens du centre de la reproduction	162
Annexe 3 : Note d'information pour la participation à la recherche de l'étude 1 à l'attention des patientes	164
Annexe 4 : Cahier d'observation de l'étude 1 à l'attention des patientes.....	166
Annexe 5 : Avis du CPP concernant la deuxième étude	169
Annexe 6 : Fiche concernant la procédure de l'étude 2 à destination des praticiens	170

Annexe 7 : Note d'information pour la participation à la recherche concernant l'étude 2 à l'attention des patientes.....	172
Annexe 8 : Auto-questionnaire de l'étude 2 à l'attention des patientes	176
Annexe 9 : Cahier d'observation de l'étude 2	189

Table des figures

Figure 1 : Schéma représentant l'influence du statut nutritionnel et hormonal sur la fonction de reproduction lors d'études chez le rat, adapté de Wade and Jones (Wade & Jones, 2004).....	42
Figure 2 : Effectifs de patientes selon la classe d'IMC et le dépistage au test SCOFF	54
Figure 3 : Effectifs de patientes selon la classe d'IMC et le diagnostic d'un TCA.....	68

Table des tableaux

Tableau 1 : Principales études nationales et internationales concernant la prévalence de troubles des conduites alimentaires chez des femmes infertiles, consultant dans un centre d'aide médicale à la procréation... 39	
Tableau 2 : Description des caractéristiques socio-démographiques de la population totale et comparaison selon le dépistage au test SCOFF (positif ou non)	53
Tableau 3: Description des caractéristiques pondérales de la population totale et comparaison selon le dépistage au test SCOFF (positif ou non)	55
Tableau 4: Description des réponses au test SCOFF de la population totale et comparaison selon le dépistage au test SCOFF (positif ou non)	55
Tableau 5: Représentation des scores au questionnaire FertiQol selon les différentes dimensions et selon le dépistage SCOFF	56
Tableau 6: Description des caractéristiques socio-démographiques de la population totale et comparaison selon le diagnostic de TCA (positif ou non)	67
Tableau 7: Description des caractéristiques pondérales de la population totale et comparaison selon le diagnostic de TCA (positif ou non).....	69
Tableau 8: Analyses univariées concernant le désir d'enfant	70
Tableau 9: Analyses multivariées concernant le désir d'enfant	71
Tableau 10: Description des caractéristiques anxio-dépressives de la population totale et comparaison selon le diagnostic de TCA (positif ou non).....	72
Tableau 11: Analyse multivariée concernant l'anxiété	72
Tableau 12: Analyse multivariée concernant la dépression.....	73
Tableau 13: Représentation des scores au questionnaire FertiQol sur la qualité de vie selon les différentes dimensions et selon le diagnostic de TCA	73
Tableau 14: Analyses multivariées de la qualité de vie des femmes infertiles	74

Tableau 15: Analyses univariées concernant le score de dysmorphophobie globale et des quatre facteurs	75
Tableau 16: Analyses multivariées concernant le score global de dysmorphophobie et les scores des quatre facteurs selon le diagnostic de TCA.....	76
Tableau 17 : Score au questionnaire d’histoire de vie sexuelle sur 12 questions, selon la présence ou non d’un diagnostic positif de TCA	77

Abréviations

ADN	Acide désoxyribonucléique	LH	Luteinizing hormone
AM	Anorexie mentale	MINI	Mini international neuropsychiatric interview
AM-B	Anorexie mentale avec crises de boulimie ou vomissements ou prises de purgatifs	OATS	Oligo-asthéo-tératospermie
AM-R	Anorexie mentale restrictive pure	OMS	Organisation mondiale de la santé
AMH	Anti-mullerian Hormone	OSFED	Other specified feeding or eating disorder
AMP	Aide médicale à la procréation	PMA	Procréation médicalement assistée
BED	Binge eating disorder	POMC	Pro-opiomélanocortine
BMDR	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	QHS	Questionnaire d'histoire sexuelle
BN	Boulimie nerveuse	SHBG	Sex-hormone binding globulin
BSQ	Body shape questionnaire	SOPK	Syndrome des ovaires polykystiques
CHU	Centre hospitalier universitaire	TCA	Troubles des conduites alimentaires
CIM	Classification internationale des maladies	TCANS	Troubles des conduites alimentaires non spécifiés ailleurs
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés	TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
CPP	Comité de protection des personnes		
DM	Données manquantes		
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders		
EDI	Eating disorder inventory		
FIV	Fécondation in vitro		
FIVETE	Fécondation in vitro et transfert embryonnaire		
FSH	Follicle stimulating Hormone		
FZK	Fragebogen zum kinderwunsch		
GNEDS	Groupe nantais d'éthique dans le domaine de la santé		
GnRH	Gonadotropin-releasing hormone		
HAD	Hospital anxiety and depression scale		
HAS	Haute autorité de santé		
HB	Hyperphagie boulimique		
HIV	Human immunodeficiency virus		
IAD	Insémination artificielle avec donneur		
ICSI	Intracytoplasmic sperm injection		
IMC	Indice de masse corporelle (kg/m ²)		

Introduction

Ce travail est le fruit de mes interrogations et réflexions face à des situations cliniques rencontrées initialement dans le service de pédiatrie, puis dans l'unité des troubles des conduites alimentaires (TCA) du service d'Addictologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes.

Lors d'une réflexion sur la guérison des TCA, nous avons constaté que de l'avis de certains cliniciens, la grossesse était un signe de guérison chez une patiente souffrant ou ayant souffert de TCA.

De prime abord, il apparaît comme une évidence que des patientes souffrant d'une anorexie mentale (AM), qui s'accompagne fréquemment d'une aménorrhée, aient un trouble de la fertilité. Cependant, grâce aux techniques de procréation médicalement assistée (PMA), ces patientes peuvent devenir enceintes. Néanmoins, il semble bien périlleux dans cette situation de parler de guérison. Cela semble encore plus dangereux lorsque l'on connaît l'importance des enjeux conflictuels réactivés au moment de la maternité, du fait de la psychopathologie propre des TCA. La grossesse pourrait alors masquer ou renforcer les problématiques anorexiques ou boulimiques. De plus, si l'on observe fréquemment une amélioration des TCA durant la grossesse, une recrudescence des symptômes en post-partum est souvent rapportée. Cela peut avoir une répercussion sur le lien mère-enfant.

Cette période allant de la préconception aux premiers liens avec l'enfant semble donc être une période de fragilité pour ces femmes souffrant ou ayant souffert de TCA. Cependant, cette période de déstabilisation est propice à des remaniements psychiques pouvant également offrir à la patiente une possibilité de revenir sur des conflits psychiques non élaborés jusqu'à présent et ainsi l'aider en ce sens à tendre vers une guérison de ses symptômes. Nous entrevoyons donc l'intérêt de s'intéresser à cette période concernant les sujets souffrant de TCA, avec pour point d'orgue l'avant-conception, puisque celle-ci questionne le désir d'enfant qui permet, nous semble-t-il, d'être au plus proche de la psychopathologie de ces femmes.

De plus, il n'est pas rare de côtoyer des patientes anorexiques ou boulimiques confrontées à une infertilité, symptôme qui peut également prendre une place et un sens particuliers pour elles. De façon intéressante, les données de la littérature rapportent que l'alimentation des femmes infertiles est plus souvent perturbée qu'en population générale.

Ainsi, si nous nous intéressons aux femmes souffrant de TCA manifestant un désir d'enfant, avec potentiellement un trouble de la fertilité, nous pouvons considérer deux situations, entre lesquelles des liens semblent se tisser. Tout d'abord, il est possible d'envisager le symptôme infertilité dans le service de la reproduction, par l'intermédiaire duquel nous pouvons rencontrer, des femmes souffrant de TCA et non prises en charge pour cette problématique. Puis, en changeant de perspective, nous pouvons considérer des patientes dont les TCA sont pris en charge dans un service spécialisé chez lesquelles le symptôme infertilité

peut se manifester. Il s'agit alors de patientes qui peuvent consulter au centre de la reproduction. Cette vision globale nous amène à nous interroger sur l'intérêt de considérer un éventuel TCA chez les femmes consultant pour infertilité : la prévalence de TCA parmi ces femmes est-elle vraiment plus importante que dans la population générale ? Y-a-t-il un réel intérêt de le prendre en compte dans le traitement de l'infertilité ? De quelle manière le prendre en compte lorsque le symptôme amené par la patiente est celui de l'infertilité, et que sa demande ne concerne pas ses troubles alimentaires ? Si la littérature met en avant un lien biologique entre la fonction alimentaire et la fonction reproductive, peut-on envisager un autre lien, de nature psychopathologique, entre le symptôme infertilité et les symptômes alimentaires, permettant ainsi d'avoir une vision plus globale et des pistes de réflexions sur la prise en charge psychologique/psychiatrique de ces patientes ?

Ces différentes questions vont nous conduire, tout au long de cet exposé, à réfléchir à la place et au sens que l'on peut donner au désir d'enfant et à l'infertilité chez les femmes souffrant ou ayant souffert de TCA. Ainsi, dans une première partie, quelques rappels au sujet des TCA et de l'infertilité avec des définitions actualisées, mais également des données épidémiologiques, seront rapportés (1). Après la justification de l'élaboration de notre recherche, l'étude à deux volets conduite au sein du service de Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction (BMDR) de Nantes sera présentée (2). Le premier volet a permis la mesure de la prévalence des TCA dépistés au sein de ce service (2.1). Le deuxième volet a consisté à étudier plus précisément le désir d'enfant, la dysmorphophobie, la sexualité, les troubles anxio-dépressifs et la qualité de vie selon la présence ou non d'un TCA diagnostiqué, ainsi que de faire une estimation de la fréquence des TCA diagnostiqués dans cette population (2.2). Dans les suites de ce constat épidémiologique, nous approcherons la diversité clinique, telle qu'elle se présente au psychiatre quotidiennement. Ainsi, nous proposerons de changer d'angle de vision et des vignettes cliniques provenant du service d'Addictologie du CHU de Nantes illustreront notre propos (3). Nous développerons ensuite une réflexion psychopathologique à la frontière de la problématique de l'infertilité et de celle des TCA. Cela nous permettra de mieux appréhender les enjeux psychiques, le sens et la place que peuvent prendre le désir d'enfant et l'infertilité chez ces patientes. Nous proposerons une lecture de nos vignettes cliniques à la lumière des éléments psychodynamiques (4). Enfin, en s'appuyant sur les éléments épidémiologiques et cliniques exposés, nous amorcerons une réflexion sur les perspectives de prises en charge de ces patientes (5).

1. Rappels, définitions et données épidémiologiques

1.1 Les troubles des conduites alimentaires

Les TCA sont des affections fréquentes et de longue durée qui nécessitent une prise en charge spécialisée et multidisciplinaire. D'importantes conséquences délétères sont retrouvées, tant sur le plan psychiatrique (comorbidités dépressives et anxieuses, abus de toxiques et de psychotropes) que sur le plan somatique (effet toxique des prises de laxatifs et diurétiques, cachexie, carences vitaminiques, susceptibilité accrue aux infections, risque cardiaque, ostéoporose, altérations dentaires, hépatites de dénutrition) ainsi que sur la sphère sociale (interruption de la scolarité, incidence sur le parcours professionnel, conflits familiaux, isolement social) (Lamas et al., 2014). Il s'agit de la pathologie psychiatrique qui a le taux de mortalité le plus important, jusqu'à 10 % dans les études comportant un suivi de plus de 10 ans (HAS, 2010).

Les TCA sont principalement de quatre types :

- L'anorexie mentale (AM)
- La boulimie nerveuse (BN)
- Hyperphagie boulimique (HB)
- Les troubles du comportement alimentaire non spécifiés ailleurs ou atypiques (TCANS).

La cinquième édition de la classification du manuel diagnostique des troubles mentaux (DSM-5) parue récemment (mai 2013) a révisé les différentes catégories des troubles alimentaires, comme nous allons le préciser par la suite. Cette nouvelle édition a notamment supprimé la catégorie « trouble de l'alimentation de la première ou deuxième enfance », dont le pica, le mérycisme, et « le trouble alimentaire évitant/restrictif » ont été inclus dans l'unique catégorie des troubles alimentaires du DSM-5 (Call, Walsh, & Attia, 2013).

1.1.1 L'anorexie mentale

Même si depuis le Moyen-Âge il est rapporté des comportements correspondant à ce que l'on nomme aujourd'hui anorexie mentale, les premières descriptions cliniques commencent à partir du XVIIème siècle. En effet, en 1669, avec la description de « phtisie nerveuse » ou de « consommation nerveuse », Richard Morton nous dresse déjà un tableau clinique détaillé de l'AM : manque apparent d'appétit, refus de nourriture, aménorrhée, hyperactivité, constipation et cachexie. Un siècle plus tard, en 1789, Nadaud parle de « maladie nerveuse avec dégoût des aliments ». L'AM est définie comme une entité clinique au XIXème siècle suite aux travaux de Charles Lasègue (en France) en 1873 et William Gull (en Angleterre) en 1874. Celui-ci est le premier à proposer le terme « anorexia nervosa » pour parler d'un état morbide causé par des troubles centraux et héréditaires. Quelques années plus tard, Huchard propose le terme « anorexie mentale » faisant la distinction

entre anorexie gastrique et anorexie mentale. Par la suite, Freud se penche aussi sur la question de l'anorexie. Il publie en 1893 « Un cas de guérison par l'hypnose » illustrant une mère devenue anorexique à la naissance d'un enfant et guérie complètement par suggestion sous hypnose. La même situation pour cette patiente s'est répétée lors des deux naissances suivantes. Freud propose par la suite un rapprochement entre mélancolie et anorexie (1895). De 1914 à 1937, l'AM est considérée comme une maladie strictement endocrinienne. S'ensuivront plusieurs types d'approches de compréhension de l'AM que nous détaillerons.

a. Clinique de l'anorexie mentale

Nous sommes face à une clinique singulière qui peut être grave du fait des symptômes physiques et psychiques. Les patientes souffrant d'AM présentent des symptômes concernant :

- Leur façon de s'alimenter avec initialement une lutte active contre la faim entraînant une restriction alimentaire volontaire qui peut aller jusqu'au refus de s'alimenter, la sélection et l'éviction de certains aliments, les ritualisations alimentaires, une préoccupation concernant l'alimentation avec des ruminations obsédantes et notamment une culpabilité après les repas
- Certaines pratiques telles que les vomissements provoqués, la prise de laxatifs ou de diurétiques, la potomanie, une restriction des apports hydriques, l'hyperactivité physique et le surinvestissement intellectuel
- Leur poids avec un amaigrissement souvent rapide et important et un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18.5 kg/m²
- La perception de soi avec une perception déformée de son corps (dysmorphophobie) et un déni des TCA et de la gravité de la maigreur
- L'estime de soi
- Des signes physiques de dénutrition (troubles des phanères, hypométabolisme..) et une aménorrhée fréquente qui peut être inaugurale de la perte de poids ou même la précéder.

Les formes d'AM avec vomissements (plus de 50%) ou l'évolution de l'anorexie restrictive vers la boulimie (deux tiers des cas) sont fréquentes. En effet, il existe fréquemment une association de ces épisodes anorexiques avec des crises de boulimie dès le début ou au cours de l'évolution de l'AM. Lors de ces crises, la patiente consomme de façon exagérée, impulsive et irrésistible des aliments qu'elle avait exclus de son alimentation, avec un sentiment de perte de contrôle. Ces crises sont suivies de comportements compensatoires, tels que les vomissements, le jeûne, l'exercice physique intense, la prise de laxatifs.

b. Classifications

La prise en compte de la singularité de chaque patient, dont les symptômes apparaissent dans un contexte particulier avec une histoire particulière, reste indispensable à la pratique de la psychiatrie et en fait sa richesse. Néanmoins, les divergences considérables des diagnostics ont marqué l'histoire et elles ont initialement justifié la mise en œuvre de classifications afin d'avoir un langage scientifique universel. Ce langage peut paraître éloigné de la réalité clinique avec une approche catégorielle rigide de l'AM et de la BN, et donc une distinction de deux troubles dont la limite peut paraître floue et dont les symptômes se recourent. Cependant, ces classifications sont également indispensables à la recherche clinique pour inclure les patients selon des critères bien définis mais également dans l'objectif d'une meilleure harmonisation de la comparaison des études au niveau international. Deux classifications élaborées par un consensus d'experts sont retrouvées fréquemment dans les études : le DSM (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) qui est une classification américaine et la CIM (classification internationale des maladies) mise en place par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

En mai 2013, la 5^{ème} édition du DSM (DSM-5) a été publiée et a entraîné des modifications concernant les TCA (APA, 2013). Dans cette nouvelle classification, il a été retiré le critère « aménorrhée » pour le diagnostic de l'AM, comparativement au DSM-IV qui le considérait comme un critère essentiel. Plusieurs raisons à ce retrait : la présence de cas avec une activité menstruelle ponctuelle, un critère difficilement applicable aux jeunes filles avant leurs premières règles, aux femmes ayant une contraception orale ou post-ménopausées et aux hommes. Cependant, il est relevé que les femmes en aménorrhée présentent un état osseux en moins bonne santé que les femmes qui ne répondent pas à ce critère.

Ainsi d'après cette classification, on peut retenir 3 critères :

- A. Le refus de maintenir le poids normal pour l'âge et la taille
- B. Une peur intense de grossir malgré un poids inférieur à la normale
- C. L'altération de la perception corporelle ou pondérale

On retrouve les deux types :

- AM type restrictive pure (AM-R) : au cours des trois derniers mois, le sujet n'a pas présenté d'épisodes récurrents de crises de boulimie ou de comportements de purge.
- AM avec crises de boulimie et vomissements ou purgatifs (AM-B) : au cours des trois derniers mois, le sujet a présenté des épisodes récurrents de crises de boulimie ou de comportements de purge.

La 10^{ème} édition de la CIM (CIM-10) est moins utilisée dans la littérature scientifique internationale que le DSM. Concernant les TCA, elle reprend les grandes lignes des critères de la classification du DSM-5 citée plus haut (Annexe 1). Il persiste néanmoins la présence de l'aménorrhée comme critère diagnostique (avec la perte de la libido et les troubles de l'érection comme équivalent chez l'homme). Cela peut être expliqué par le fait que le DSM-5 est plus récent. De plus, il est précisé que la perte pondérale est due à l'évitement des aliments qui font grossir. Une différence majeure avec le DSM-5 est que la CIM-10 exclut le diagnostic d'AM si les crises de boulimie surviennent régulièrement, et parle alors en tout premier lieu de BN, contrastant ainsi avec le DSM-5 qui maintient un diagnostic d'AM si les accès boulimiques surviennent pendant les périodes d'AM. On ne parle alors de BN que si les crises boulimiques surviennent en dehors des périodes anorexiques.

La 11^{ème} édition de la CIM prévue pour 2017 est en cours de préparation (First, Reed, Hyman, & Saxena, 2015).

1.1.2 La boulimie nerveuse

Le terme de boulimie remonte à l'Antiquité. Les descriptions cliniques de comportements boulimiques ont été repérées par le médecin grec Galien (131-201). Jusqu'au XIX^{ème} siècle, les dictionnaires médicaux ont d'ailleurs consacré plus de place à la boulimie qu'à l'anorexie, décrivant un état pathologique de voracité culminant dans l'ingestion d'une quantité excessive de nourriture. Toutefois, le plus souvent, les deux tableaux cliniques (AM et BN) sont reconnus comme associés ou alternant chez un même sujet. Ce n'est qu'un siècle plus tard, en 1869, que Blachez a proposé une description détaillée de plusieurs pages de la boulimie, en la distinguant de l'hyperphagie. Dès 1873, Lassègue parle d'un « faux appétit impérieux », en rapport d'inversion avec l'AM. Puis Janet (1908) décrit l'alternance, chez l'anorexique de phases de restriction et de crises de boulimie suivies de remords. Fénichel introduit en 1945 la notion très novatrice et encore d'actualité de « toxicomanie sans drogue ». Après ces quelques descriptions princeps, on peut finalement dire que la boulimie a été « redécouverte » dans les années 1970, initialement lors d'études de l'évolution de patientes souffrant d'AM. En 1979, Russell définit les critères diagnostiques et les caractéristiques fondamentales de la BN dans un article fondateur « Bulimia nervosa : an ominous variant of anorexia nervosa », marquant le début d'une période d'intensification des travaux qui mettent en évidence l'accroissement des incidences et prévalences des TCA. Il propose alors trois critères diagnostiques : (i) des pulsions irrésistibles et impérieuses à manger avec excès ; (ii) un évitement de la prise de poids par l'utilisation des purgatifs ou des vomissements ou les deux ; (iii) une peur pathologique de devenir gros (Russell, 1979). En 1986, Fairburn, introduit deux notions supplémentaires : (i) une restriction alimentaire extrême pour compenser les épisodes boulimiques ; (ii) le sentiment de perte de contrôle sur l'alimentation, par rapport à la quantité de nourriture consommée pendant les accès boulimiques (CG Fairburn & Garner, 1986).

a. Clinique

La BN se caractérise par la récurrence d'accès de surconsommation alimentaire (crise), avec une perte de contrôle d'une restriction alimentaire. Les crises peuvent être inaugurales ou survenir après un épisode d'AM. La crise est limitée dans le temps (une quinzaine de minutes à plusieurs heures). Le début peut être précipité par la consommation d'aliments que la personne s'interdit dans son régime ordinaire ou encore par un état émotionnel particulier. Un *craving*, c'est-à-dire « une envie irrésistible de consommer », est décrit avant les crises. Cela fait référence à la compulsivité, ce besoin dans une situation particulière de répéter un comportement. Cette envie peut apparaître soudainement et déclencher la crise immédiate, avec une impulsivité (= sans penser aux conséquences), ou bien s'intensifier au long de la journée et donner lieu à une préparation méthodique. Il n'est pas rare que le sujet prépare l'accès et achète ou vole la nourriture nécessaire en prévision de celui-ci. Le début de la crise est souvent accompagné d'un sentiment mêlant plaisir, excitation et soulagement. Les patientes peuvent décrire une certaine dissociation durant la crise, avec l'impression « d'être dans une bulle ». L'ingurgitation d'une grande quantité d'aliments, choisis souvent en raison de leur richesse calorique et de leur caractère bourratif, est rapide et anarchique, avec une perte de contrôle marquée. La quantité prime toujours sur la qualité, et le besoin d'engloutir sur la recherche de goût. La patiente ressent de fortes douleurs abdominales en fin de crise, allant même jusqu'à dépasser ce stade et ne plus rien ressentir. Cela est accompagné d'un sentiment de honte et de culpabilité. Alors que le plaisir de la crise prend initialement beaucoup de place, au fur et à mesure que la patiente avance dans la maladie, le ratio plaisir et excitation / honte et culpabilité tend à se modifier au profit d'éléments négatifs (honte et culpabilité). Le plus souvent des vomissements, initialement provoqués mais qui avec le temps peuvent devenir spontanés, clôturent la crise avec une double fonction : perdre des calories pour calmer la peur de prendre du poids et « souffrir et se punir » d'avoir eu la faiblesse de céder à l'envie de manger. La boulimie peut reprendre tant que la nourriture reste disponible. La fin de l'accès peut être suivie d'un état de torpeur à la limite du vécu de dépersonnalisation. La fréquence des crises est variable (de quelques accès par semaine à plusieurs par jour dans les formes extrêmes). Les patientes souffrant de BN sont tout particulièrement marquées d'une faible estime d'elles-mêmes.

La BN peut être moins bien évidente à détecter. Elle peut en effet rester longtemps méconnue de l'entourage même le plus proche, du fait des crises qui se déroulent en cachette et de la fréquence d'un poids normal.

b. Classification

Le **DSM-5** a supprimé les deux sous-types qui étaient présents dans le DSM-IV (type avec vomissements ou prise de purgatifs, type sans vomissement ni purgatif mais d'autres stratégies de contrôle du poids comme le jeûne ou l'activité physique).

Ainsi la BN est définie par les critères suivants :

- A. Survenue récurrente de crises (absorption de nourriture, en un temps limité avec un sentiment de perte de contrôle)
- B. Comportements compensatoires visant à prévenir la prise de poids (vomissements, laxatifs, jeûne, activité physique...)
- C. Crises et comportements compensatoires survenant au moins 1 fois par semaine sur une période de 3 mois (contre 2 fois par semaine dans le DSM-IV)
- D. Estime de soi influencée par le poids et la silhouette
- E. Le trouble peut apparaître même sans épisode d'AM

Le diagnostic de la BN à l'aide de la CIM- 10 repose sur la présence des critères suivants :

- A. Episodes répétés d'hyperphagie (au moins deux fois par semaine pendant une période d'au moins trois mois) avec consommation rapide de quantités importantes de nourriture en un temps limité
- B. Préoccupation persistante par le fait de manger, associée à un craving (= besoin irrésistible de nourriture)
- C. Comportements compensatoires (vomissements, prise de laxatifs, jeûne, diurétiques...)
- D. Préoccupation de soi comme étant trop gros(se) avec une peur de grossir, et un poids qui peut être inférieur à la normale

La CIM-10 décrit également la « Boulimie atypique » qui correspond finalement plus au tableau des patientes boulimiques définies par le DSM-5, alors que la précédente description se rapproche plus de l'AN avec crises de boulimie /vomissements ou prise de purgatifs telle qu'elle est rédigée dans le DSM-5.

1.1.3 Les TCANS

Ces derniers constituent un groupe hétérogène incluant en particulier toutes les formes sub-syndromiques (=sub-cliniques) d'AM et de BN, c'est-à-dire ne répondant pas strictement aux critères définis. Il s'agit par exemple de patientes traitées dans un centre spécialisé dans les TCA qui se trouvent maigres mais nient avoir un trouble de la perception de l'image du corps ou encore disent ne pas avoir peur de prendre du poids. Il peut s'agir de formes prodromiques de TCA, de formes résolutes, de formes évoluant sur un mode mineur, ou encore de formes mixtes. Les TCANS représenteraient, d'après les données épidémiologiques, près de la moitié des personnes souffrant d'un TCA. Il semblerait que plus de la moitié des jeunes filles ou des femmes présentant ce TCANS consulteront dans les années suivantes pour des altérations significatives de leur santé physique et de leur adaptation psychosociale. En effet, l'existence de formes atténuées de TCA à l'adolescence semble être un facteur de risque important de développer des troubles physiques et psychiques

à l'âge adulte (troubles anxieux, symptômes cardio-vasculaires, syndrome de fatigue chronique, douleur chronique, troubles dépressifs, limitation de leur activité liée à une mauvaise santé, maladies infectieuses, insomnie, symptômes neurologiques, tentative de suicide) (Johnson, Cohen, Kasen, & Brook, 2002). Cela peut nous interroger sur la pertinence et les limites des classifications du fait du retard de diagnostic et de prise en charge (C. G. Fairburn et al., 2007). Le DSM-5 a renommé cette catégorie « Other Specified Feeding or Eating Disorder » (OSFED) incluant les AM, BN et HB atypiques, mais également le syndrome du vomissement et le « night eating syndrome » (Call et al., 2013).

1.1.4 Hyperphagie boulimique

a. Clinique

Classée initialement parmi les TCANS, l'hyperphagie boulimique, appelée également « Binge Eating Disorder (BED) » a été reconnue comme un type de TCA à part entière à partir de la 5^{ème} édition du DSM (Call et al., 2013). Il s'agit d'un trouble qui se caractérise par une surconsommation alimentaire, avec perte de contrôle, mais sans les stratégies de contrôle du poids retrouvées dans la BN. Les patients hyperphages sont donc généralement en surpoids, voire obèses, avec des conséquences somatiques non négligeables. Le seuil de définition est formulé en journées de surconsommation boulimique et non pas en nombre de crises.

b. Classification

Le DSM-5 décrit les critères suivants pour diagnostiquer l'HB :

- A. Survenue récurrente de crises avec sentiment de perte de contrôle
- B. Les crises sont associées à au moins 3 des critères suivants :
 - Prise alimentaire extrêmement rapide et bien supérieure à la normale
 - Mange jusqu'à ressentir une distension abdominale inconfortable
 - Mange de grandes quantités de nourriture sans sensation de faim
 - Mange seul car gêné de manger une telle quantité de nourriture
 - Dégoût de soi, dépression ou grande culpabilité après les crises
- C. Comportement boulimique source de souffrance marquée
- D. Comportement boulimique au moins 1 fois/ semaine sur une période de 3 mois
- E. Il n'y a pas de comportement compensatoire inapproprié et le comportement boulimique n'intervient pas exclusivement au cours de l'AN ou de la BN.

1.1.5 Hypothèses étiopathogéniques

Les TCA ont donné lieu à de nombreux travaux aussi bien dans le domaine de la psychopathologie que de la biologie, des neurosciences, et plus récemment de la génétique. Les approches compréhensives ont évolué et la considération actuelle est celle de pathologies multifactorielles bio-psycho-sociales, ce qui finalement est le cas pour les syndromes psychiatriques en général. Ainsi, il est nécessaire de prendre en compte, dans une approche intégrative, une combinaison de facteurs de risque et de vulnérabilité qui sont de nature neurobiologique, génétique, psychologique et socioculturelle dans l'appréhension de la clinique singulière de chaque patiente, permettant d'adapter au mieux la prise en charge. Différents modèles de compréhension avec une évolution dynamique offrent un support théorique de réflexion pour mieux appréhender ces troubles. Il est classique de dégager un certain nombre de grands courants de pensée concernant l'étiopathogénie des TCA. Ces théories ne sont pas contradictoires et vont aider à mettre en place une thérapie pluridisciplinaire.

a. Approche psychodynamique (Corcos, Atger, & Jeammet, 2003)

Dans un premier temps, il a été conféré au symptôme la signification d'une issue du conflit pulsionnel générant des représentations fantasmatiques pour le sujet, évoquant des aspects liés à l'oralité et l'analité dans une problématique libidinale génitale. En 1965, le symposium de Göttingen officialise un tournant dans la conception psychopathologique de l'AM, insistant sur un conflit qui se situe au niveau du corps essentiellement, mettant en avant une pathologie de l'incorporation et des assises narcissiques, avec l'échec du processus d'individuation.

Approche phénoménologique

Hilde Bruch fut la première à considérer que l'anorexie est fondamentalement un trouble de l'image du corps et de la perception de ses besoins et de ses émotions propres, s'expliquant par un défaut d'apprentissage précoce dans les toutes premières interactions mère-enfant. Pour cette auteure, ces troubles ont valeur d'équivalents délirants et lui font placer l'AM dans la lignée des psychoses dont elle constituerait une forme particulière. Elle considère la BN comme un mode de défense organisé contre l'AM (Bruch, 1962).

Paranoïa interpersonnelle

Les travaux de Mara Selvini-Palazzoli directement inspirés des théories de Melanie Klein, qualifient l'AM de « paranoïa intrapersonnelle » ou de « psychose monosymptomatique », intermédiaire entre schizophrénie et

mélancolie. Le corps de la patiente ne contient pas le mauvais objet, mais est lui-même le mauvais objet par rapport à un soi idéal. De plus, elle fait l'hypothèse que l'anorexie est une lutte contre l'impulsion boulimique (Palazzoli, 1996).

Régression et organisation pulsionnelle

E. et J. Kestemberg et S. Décobert ont insisté sur les modalités spécifiques de la régression et de l'organisation pulsionnelle dans l'AM. La régression est « vertigineuse » car elle n'est arrêtée par aucun point de fixation et d'organisation au niveau des zones érogènes. « Cette régression renvoie aux fondements ontogéniques de la structure de la personnalité, aux précurseurs de la relation avec l'objet et de l'organisation du Moi. L'organisation pulsionnelle se caractérise par un recours spécifique au masochisme primaire dont l'expression serait l'érotisation du fonctionnement moteur et de la sensation de faim, constamment recherchée et en même temps rejetée à travers cette négation forcée du vécu corporel. » Les auteurs insistent sur le fait qu'il s'agit de l'érotisation de la non-satisfaction d'un désir vital et emploient le terme « d'orgasme de la faim » (dimension masochique). La conduite boulimique est alors considérée comme une tentative de résolution dans un acte, avec un plaisir plus ou moins dénié, de ces conflits mentaux de l'AM. Cette conduite permanente constitue la garantie du sentiment d'être ou d'exister pour son propre compte, le corps étant délivré de toute emprise extérieure (E. Kestemberg, Kestemberg, & Decobert, 1977).

Ainsi on voit se dégager une problématique de l'identité et l'importance du conflit dépendance/autonomie qui sera développé notamment par Ph. Jeammet (Jeammet, 1998) jusqu'à intégrer ces conduites dans le vaste champ des addictions (Vénisse, 2012).

b. Modèle de l'addiction

« C'est la dégringolade, la chute, je ne contrôle plus rien »

Une patiente, anorexique restrictive

Cela peut surprendre de parler d'addiction alors qu'il n'y a pas de consommation de produit illicite. Mais, ce n'est pas le produit qui définit l'addiction. Il est retrouvé dans les TCA des constatations cliniques et des mécanismes psychopathologiques communs qui appartiennent au champ de la dépendance, tels que :

- Une compulsivité avec obsessions idéatives concernant la conduite avec phénomène de centration
- Un sentiment de manque ou de vide précédent le recours à la conduite
- Une envie irrésistible de répétition du comportement (craving) et un sentiment de perte de contrôle

- Une impression de maîtrise de la conduite initiale avec installation insidieuse d'une dépendance, se substituant à la dépendance aux objets primaires, avec un contrôle permanent et minutieux qui va permettre de dénier finalement cette dépendance comme dans une négation du besoin et du désir de se nourrir d'aliments mais aussi des autres, avec un auto-entretien et un auto-renforcement sur un mode toxicomaniaque
- La fonction de ce symptôme en tant que défense dans une lutte antidépressive
- Des symptômes somatiques lors du sevrage de la conduite
- La persistance de la conduite malgré les conséquences délétères

Nous sommes face à une problématique narcissique commune. Des mécanismes neurobiologiques similaires à ceux de la dépendance à une substance psychoactive sont retrouvés lors des crises alimentaires (production intracérébrale de substances opioïdes) ou lors de la faim maintenue pendant une restriction alimentaire (sécrétion de bêta endorphine endogène).

Par ailleurs, depuis quelques années, de plus en plus de travaux s'intéressent à la notion de « food addiction » pour tenter de construire des modèles d'explication notamment de la consommation alimentaire excessive et de l'obésité. Ce concept serait plus proche de l'addiction aux substances (ici l'alimentation) que de l'addiction comportementale. Il s'agit d'un sujet de recherche actuellement controversé (Meule & Gearhardt, 2014; Ziauddeen & Fletcher, 2013). Certaines équipes proposent le terme de « eating addiction » ou « addictive eating disorder », considérant un comportement addictif qui décrit le phénomène de consommation alimentaire en excès de façon continue d'une variété d'aliments (Hebebrand et al., 2014).

c. Approche psychosomatique

La maladie psychosomatique est actuellement un modèle souvent évoqué, se manifestant par une conduite agie révélant un dysfonctionnement dans les processus de séparation-individuation et d'identification à l'adolescence qui sont dans la continuité des processus qui se sont joués lors des deux premières années de la vie avec des conflits introjectifs entre la jeune fille et son objet significatif, la mère. Lors de la puberté et de la sexualisation du corps, celui-ci subit passivement des changements, ce qui peut alors réactiver des conflits et fantasmes en lien avec une difficulté de différenciation d'avec sa propre mère, nécessaire pour pouvoir apprivoiser son corps propre et affirmer sa féminité. Le corps peut alors sur un mode défensif « porter et stigmatiser » cette problématique de séparation-individuation (Corcos, 2010; Corcos et al., 2003).

d. Approche cognitive et comportementale

L'approche cognitive et comportementale est basée sur la mise en évidence des articulations entre cognitions, émotions, modifications physiologiques, comportement mis en acte, et environnement, mais également par la mise en évidence de cercles vicieux par lesquels ces articulations pérennisent les troubles. Un comportement qui pose problème est alors défini (Thierry Léonard, 2007). Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) distinguent trois volets principaux dans le traitement de l'AM : (i) la renutrition et la reprise de poids, (ii) la modification de l'image du corps, (iii) les relations interpersonnelles (Thierry Léonard, 2007). Les TCC représentent l'application de principes issus de la psychologie scientifique à la pratique clinique. Ce sont des thérapies fondées dans un premier temps sur les théories de l'apprentissage : conditionnement répondant, conditionnement instrumental, apprentissage vicariant. Puis, elles ont également pris pour référence les théories cognitives du fonctionnement psychologique, en particulier le modèle du traitement de l'information (« Expertise collective Inserm : Etudes d'évaluation de l'approche cognitivo-comportementale », 2004).

Le conditionnement répondant (ou classique ou pavlovien) a pour effet de mettre en place les réponses du système nerveux végétatif. Le conditionnement instrumental (ou opérant ou skinnerien) décrit le développement et le maintien des réponses motrices et verbales. L'apprentissage vicariant (ou apprentissage social) repose sur le principe d'apprentissage par imitation.

Les thérapies cognitives sont fondées sur la notion de schémas cognitifs qui sont stockés dans la mémoire à long terme (mémoire sémantique) et qui sélectionnent et traitent l'information de manière inconsciente (au sens d'automatique). La psychologie cognitive décrit les relations entre conscient et inconscient en distinguant deux types de processus cognitifs : les processus automatiques et les processus contrôlés.

e. Approche neurocognitive

Le modèle de représentation de l'alimentation chez les anorexiques et l'image du corps ont été évalués au niveau neuro-cognitif. Parmi les AM restrictives, des atteintes de certaines fonctions exécutives sont retrouvées. Cela concerne la flexibilité mentale (Zastrow et al., 2009), l'inhibition cognitive (Galimberti, Martoni, Cavallini, Erzegovesi, & Bellodi, 2012) et la prise de décision (Brogan, Hevey, & Pignatti, 2010). Des troubles concernant les capacités visuo-spatiales (Favaro et al., 2012), et l'intégration visuo-sensorielle (Nandrino et al., 2012) sont également rapportés, ainsi qu'une atteinte de la mémoire verbale uniquement en situation émotionnelle (Connan et al., 2006). Un défaut de la cohérence centrale (= la capacité cognitive complexe d'intégration des informations en une signification globale) est une hypothèse qui a été envisagée pour l'autisme et la schizophrénie, et qui actuellement tente d'apporter une part d'explication concernant l'AM restrictive (Lang, Lopez, Stahl, Tchanturia, & Treasure, 2014).

Les méthodes comportementales ou de remédiation cognitive cherchent à obtenir une « restructuration cognitive » par la correction des erreurs de certains raisonnements, qui seraient typiques, spécifiques. Des techniques motivationnelles, des contre-propositions positives sont opposées aux discours des patientes concernant l'image négative que le sujet a de lui-même, de son corps, le perfectionnisme, le sentiment d'inefficacité... Ces approches ont un intérêt tout particulier quand la symptomatologie anorexique trop prégnante laisse la patiente hors de portée d'une approche psychodynamique.

f. Approche neurobiologique

De nombreux travaux ont porté sur la neurorégulation des conduites alimentaires, et la possibilité d'un dérèglement au niveau des centres de la faim et de la satiété, au niveau de la neuromodulation par les systèmes sérotoninergiques et catécholaminergiques, par certains neuropeptides, ou systèmes endorphiniques par exemple. Il est retrouvé de façon inconstante, variable et parfois contradictoire des taux anormaux de diverses hormones, neurotransmetteurs et polypeptides. Cependant les auteurs s'accordent désormais à penser qu'il s'agit de perturbations liées à la dénutrition ou la malnutrition induite par une conduite boulimique chronique, en particulier les vomissements et la restriction entre les accès (T. Léonard, Foulon, & Guelfi, 2005). Deux anomalies pourraient cependant favoriser le passage à la chronicité du trouble : l'accroissement de la satiété médiée par la cholécystokinine ainsi que la concentration faible en leptine. D'autres hypothèses, impliquant par exemple le glucose ou encore l'insuline, ont été évoquées. Seulement, il reste difficile de faire la part des choses entre une implication dans les mécanismes physiopathologiques de cette affection et les conséquences d'une malnutrition générant des désordres métaboliques non spécifiques, et également des troubles dépressifs et anxieux eux-mêmes pourvoyeurs de perturbations neuroendocriniennes (comme l'axe corticotrope impliqué dans l'anxiété et les TCA).

g. Approche génétique

L'existence d'une transmission familiale des TCA est connue des cliniciens de longue date. Une vulnérabilité génétique a été montrée par plusieurs études (études familiales et de jumeaux), mettant en évidence un risque de survenue d'AM multipliée par 11.4, de BN par 3.7 chez les apparentés de personnes affectées (M. Strober, Freeman, Lampert, Diamond, & Kaye, 2000). Cependant, les études varient beaucoup dans l'estimation de l'héritabilité de la BN et de l'AM. L'idée dominante actuelle est que différents gènes seraient porteurs de perturbations mineures (polymorphisme génétique) qui, lorsqu'elles se conjuguent à des facteurs environnementaux défavorables, amplifient des traits de personnalité et/ou des dysfonctionnements de processus biologiques de régulation des comportements pour aboutir à l'expression clinique du syndrome d'AM et/ou de BN (T. Léonard et al., 2005). Donc au-delà d'une approche génétique plutôt binaire, rigide et

peu convaincante pour rendre compte de la complexité dans les TCA, se développe actuellement une approche épigénétique qui prend en compte les influences environnementales et l'histoire individuelle contrôlant l'expression des gènes sans modifier la séquence primaire d'ADN (acide désoxyribonucléique) (Michael Strober, Peris, & Steiger, 2014).

h. Approche socioculturelle

Un constat a été fait sur l'influence que la société et certains aspects de sa culture peuvent exercer sur les adolescentes et les femmes, en relation avec les préoccupations de minceur et l'image du corps. En effet, on observe une évolution de l'idéal féminin qui est présenté dans les médias toujours plus mince, plus actif comme un témoignage d'une réussite sociale et d'une maîtrise de soi, ou encore la valeur accordée à la séduction par l'apparence. Il suffit de regarder quelques magazines de la presse féminine ou des revues de vulgarisation de la santé pour observer la banalisation de la maigreur ou encore des régimes amaigrissants, souvent déséquilibrés par ailleurs. Une nouvelle tendance appelée « mommyrexie » (contraction de « mommy » et « anorexie ») semble se répandre sur la toile, à travers les réseaux sociaux, concernant notamment des femmes connues qui font l'apologie de la perte de poids pendant la grossesse et qui exhibent des photos montrant un corps peu modifié même en fin de grossesse.

Une certaine prise de conscience semble se faire en France avec l'adoption récente (début avril 2015) par l'Assemblée Nationale de deux amendements, visant à lutter contre la valorisation de l'anorexie et les comportements pouvant y inciter, afin d'interdire l'emploi de mannequins trop maigres et à rendre obligatoire la mention « photographie retouchée » en cas d'apparence corporelle modifiée sur certaines photographies. Les sites Internet « pro-ana » (pro-anorexie) sont également visés.

i. Approche familiale

La prise en considération du système dans lequel évolue la patiente qui souffre de TCA peut aider à comprendre certaines situations et également à les traiter. D'après Cook-Darzens, dans une perspective systémique, « le symptôme n'est pas le "vrai problème" et l'individu porteur du symptôme n'est pas le "vrai patient"; le vrai problème est celui d'interactions familiales dysfonctionnelles et le vrai patient est la famille. L'organisation et les relations familiales doivent être réaménagées en profondeur pour que le symptôme disparaisse » (Cook-Darzens, 2005). Ainsi, il s'agit de réfléchir à la place qu'occupe la patiente dans la famille : a-t-elle été « sacrifiée » et ainsi porte-t-elle à elle seule le poids de l'ensemble des problèmes de la famille? Est-ce que sa maladie a une fonction au sein de sa famille (rassembler/rapprocher des parents initialement en conflit autour de leur fille malade) ? Quels sont les avantages secondaires que la patiente obtient grâce à son symptôme ?

Chacun de ces modèles ou approches apportent une théorie intéressante dans la compréhension des TCA. Cependant, la réalité clinique nous amène à penser les TCA dans une approche multidimensionnelle. Ainsi, un individu prédisposé (facteurs psychologiques, neurobiologiques, génétiques) rencontrerait un facteur précipitant (régime, puberté, deuil, séparation...) et développerait ainsi des TCA qui seraient entretenus par des facteurs pérennisant.

1.2 L'infertilité

Au fil de l'évolution des mœurs et de la science, le concept d'infertilité et ses représentations évoluent. Le terme « stérilité », considéré comme un état irrémédiable, a cédé sa place au terme « infertilité » au fur et à mesure que s'est développée la médecine reproductive. Dès la plus haute Antiquité, les hommes tentent de conjurer cette « fatalité ». Dans la mythologie ou à travers les textes fondateurs, la stérilité a été considérée comme une pathologie exclusivement féminine. Si l'on retrouve de rares textes faisant mention de la stérilité masculine (textes d'Hippocrate notamment), l'étiologie féminine a fait l'objet d'innombrables spéculations, mêlant à fois un discours médical et un discours religieux. Avec le développement de la médecine et les progrès scientifiques, coïncidant avec un recul considérable de la place accordée aux valeurs religieuses, apparaît une rationalisation médicale permettant d'affiner l'étiologie et le diagnostic des stérilités. Depuis, les moyens de diagnostic ne cessent de se multiplier et de se perfectionner. Cependant, malgré les remarquables avancées scientifiques, le récit des patients porte l'héritage des mythes, des tabous et des interdits encore bien présents dans nos inconscients collectifs (Cailleau, 2006).

Les progrès de la médecine, depuis l'avènement de la pilule aux techniques d'aide à la procréation, permettent maintenant un certain contrôle de la contraception et donc de la conception avec une programmation de la naissance de l'enfant par le couple et un « désir consciemment exprimé » impliquant une prise de décision. Si la conception prévue tarde à venir, alors le couple peut ressentir un échec intolérable et être en demande d'une aide médicale rapide.

1.2.1 Définitions

Fertilité et fécondité ont une origine latine. Etymologiquement, fertilité vient du mot latin *fertilitas*, définissant comme la qualité de ce qui est fertile, qui provient de *fero*, « porter ses fruits ». Le terme fécondité provient de *fecundus*, issu du verbe *feo* signifiant « produire, enfanter ». Donc, étymologiquement, le terme fécondité ferait plutôt référence à la reproduction de l'espèce humaine et animale, alors que le terme fertilité qualifierait plutôt la terre. Actuellement, ces termes ont des définitions peu éloignées.

D'un point de vue médical, la fécondité correspond à l'état d'un individu, ou d'un couple, qui a déjà conçu un enfant, introduisant donc la notion de résultat. Tandis qu'un individu fertile est un individu apte à concevoir. L'infertilité et la stérilité concernent un état involontaire d'un couple ou d'un individu, incapable de concevoir un enfant, incluant l'impossibilité de mener une grossesse à terme. La stérilité est employée pour un sujet qui n'a pas conçu durant toute sa vie.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'infertilité de la façon suivante (Sifer, Poncelet, & Collectif, 2011) :

- Infertilité primaire : couple en âge de procréer n'ayant jamais conçu d'enfant au bout de vingt-quatre mois de rapports sexuels réguliers non protégés.
- Infertilité secondaire : les mêmes critères sont nécessaires, mais concernant des couples ayant déjà eu un enfant.

Dans les pays industrialisés, 15 % des couples vont consulter au moins une fois dans leur vie pour une infertilité primaire ou secondaire. Dans l'espèce humaine, la fécondabilité, c'est-à-dire la probabilité de concevoir à chaque cycle menstruel normal, est en moyenne de 25 % par cycle. Le délai moyen pour concevoir est ainsi de 4 mois. La fécondabilité est étroitement liée à la fréquence des rapports sexuels : elle passe ainsi de 15 % pour une fréquence d'un rapport par semaine, à 31 % pour un rapport tous les 3 jours et à 68 % pour des rapports quotidiens (Zorn & Savale, 2005).

1.2.2 Facteurs et causes de l'infertilité

Les causes de l'infertilité sont nombreuses, parfois le fait de la femme ou de l'homme exclusivement, mais le plus souvent dues à l'association de causes survenant chez deux individus peu fertiles.

Le bilan étiologique d'infertilité retrouve une origine féminine dans 30 % des cas, masculine dans 20 % des cas, mixte dans 40 % des cas. Mais dans 10 % des cas, l'infertilité reste « inexplicquée » ou « idiopathique » (Zorn & Savale, 2005). Une cause psychogène est alors suggérée, mais d'autres évoquent une connaissance médicale insuffisante.

a. Facteurs de risque

Dans les facteurs liés au couple, la fréquence des rapports sexuels et le « timing » de ceux-ci influencent de manière importante les chances de survenue de la grossesse. Il n'est pas rare de voir consulter des couples pour lesquels la fréquence des rapports sexuels est faible, voire nulle. De nombreuses explications peuvent être avancées par le couple (vie professionnelle éprouvante, vie sociale dissociée..), mais il semble important de rappeler que l'assistance médicale à la procréation (AMP) ne doit pas devenir le substitut de la vie sexuelle.

L'âge des deux partenaires est également un élément capital dans la prise en charge du couple. Chez l'homme comme chez la femme, la fécondabilité optimale se situe autour de 25 ans. Elle diminue ensuite pour les deux sexes, mais de façon plus importante et plus rapide chez la femme. Chez l'homme, la fécondité chute à partir de 45 ans.

Les infections génitales, les antécédents chirurgicaux et gynécologiques, l'influence du poids (obésité ou maigreur) chez la femme, la prise de toxiques (tabac, alcool), certaines professions (exposant à de fortes chaleurs ou à certains produits chimiques) chez l'homme, sont également des facteurs de risque d'infertilité à prendre en compte.

b. Causes de l'infertilité

Causes féminines

Les troubles de l'ovulation sont la cause la plus commune de l'infertilité féminine (environ 1/3 des infertilités féminines). Il peut s'agir d'une absence complète de l'ovulation (anovulation) ou bien d'une ovulation peu fréquente et/ou irrégulière (dysovulation).

Le trouble ovulatoire peut avoir une origine « basse », dont la cause est ovarienne (exemple du syndrome des ovaires polykystiques – SOPK- ou de l'insuffisance ovarienne débutante à sévère).

Lorsque la cause est un dérèglement de l'axe hypothalamo-hypophysaire (origine « haute »), on retrouve alors des troubles fonctionnels tels que l'obésité et la maigreur, l'hyperprolactinémie, les pathologies surrénaliennes et thyroïdiennes. Les troubles organiques (tels que les tumeurs hypophysaires) sont beaucoup plus rares.

Les autres causes peuvent être une anomalie tubaire, une endométriose, ou plus rarement des anomalies du col de l'utérus (qualité de la glaire cervicale).

Causes masculines

Dans de nombreux cas d'infertilité, les spermatozoïdes sont présents dans l'éjaculat, mais en quantité insuffisante (oligospermie) ou présentant une mobilité réduite (asthénospermie) ou enfin présentant des malformations (téatospermie). Souvent, toutes ces anomalies sont combinées et on parle alors d'oligo-asthéo-téatospermie (OATS). Les étiologies sont nombreuses (infections, cryptorchidie, pathologie congénitale..). Si l'éjaculat ne contient pas de spermatozoïde, il s'agit alors d'une azoospermie, qui sera sécrétoire (c'est-à-dire qu'il n'y a pas de production par les testicules) ou excrétoire (les spermatozoïdes sont produits par les testicules, mais ils ne sont pas éjaculés du fait d'un problème de leur acheminement dans le tractus génital masculin).

Infertilité « inexpliquée » ou « idiopathique »

L'infertilité inexpliquée est définie par l'absence de grossesse au bout de 2 ans de rapports sexuels réguliers sans contraception et sans étiologie retrouvée aux examens pratiqués. Il s'agit d'une part notable des infertilités féminines, classiquement 10 % (variabilité selon les études). Le terme d'« infertilité inexpliquée » est réfuté par certains auteurs sur l'argument que ce pourcentage est dépendant des examens

complémentaires effectués et de l'avancée scientifique. Il s'agirait d'une infertilité qui n'a pas été suffisamment explorée ou pour laquelle les avancées scientifiques n'ont pas encore découvert la cause.

L'infertilité psychogène, « fantasme du psychiatre » ?

Si les « infertilités féminines inexplicables » témoignent parfois d'une insuffisance de nos moyens d'investigation, de nombreux auteurs affirment l'existence d'une véritable infertilité d'origine psychogène. Parmi ces auteurs, Bydlowsky, clinicienne et chercheuse dans le domaine de la périnatalité, a mené de nombreux travaux concernant l'exploration de l'organisation inconsciente contre l'éventualité d'une grossesse. Dans une approche intégrant la causalité psychique de l'infertilité, cette auteure a notamment écrit sur le calcul inconscient qui préside souvent à la détermination involontaire de la date de naissance commémorative d'un évènement passé (grossesse précédente perdue, date de naissance ou de décès d'un proche parent), faisant l'hypothèse d'une capacité de modulation à la loi statistique de la fécondabilité à 25 % par l'appareil psychique (Bydlowski, 2003). Les notions de filiation et de dette de vie comme réflexions psychanalytiques autour d'un processus et d'un itinéraire de maternité, mais aussi d'infertilité, ont été largement développées par cette même auteure. Cependant, malgré la place importante donnée au psychisme notamment dans l'infertilité, elle insiste sur l'importance de renoncer au clivage entre soma et psyché, et de considérer la stérilité comme un symptôme en soi, inducteur d'une souffrance et d'une demande qui motive la consultation médicale, que ce symptôme soit ou non étayé par une pathologie médicale accessible à une thérapeutique somatique ou non (Bydlowski, 2008). Si l'on reprend le terme d'« infertilité psychogène », celui-ci serait lié exclusivement à un blocage psychique. Il est alors nécessaire d'avoir éliminé toute cause organique. De telles infertilités existent parfois. Les exemples les plus caractéristiques sont ceux où la cause est manifestement un traumatisme psychique clair et violent. Cependant, le diagnostic d'infertilité psychogène peut être évoqué, mais finalement jamais éprouvé. En effet, il semble difficile de conclure catégoriquement à une infertilité psychogène, sauf peut-être a posteriori après une grossesse, ou si en psychothérapie on peut faire le lien entre le travail psychologique et la survenue d'une grossesse. Ce terme de « psychogène » peut donc ainsi être controversé, renfermant au « tout psychologique », alors que les facteurs psychiques et organiques sont généralement imbriqués. En effet, des éléments psychologiques peuvent perturber notamment l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien. Et finalement, lorsque l'enfant ne s'annonce pas et que l'exploration médicale recherche et trouve dans une majeure partie des cas une cause organique, n'est-il pas important de prendre en compte une participation psychique ? Ainsi, Faure-Pragier nous fait part de son expérience clinique pour constater que les patientes porteuses de lésions graves ont le même type de conflits inconscients que les « autres », celles dont le médecin disait : « Elles n'ont rien, c'est psychique » (Sylvie Faure-Pragier, 2003). Cette auteure questionne la définition de « l'absence de cause organique » pour définir l'infertilité psychogène, en rappelant la nature forcément psychosomatique de la reproduction. Ainsi, « comment le psychisme, s'il agit,

pourrait-il se passer du corps comme intermédiaire ? ». De même, l'existence de causes organiques évidentes et même sévères à l'infertilité, n'exclut en aucune manière la dimension psychique du symptôme, avec la reviviscence de conflits psychiques. L'hypothèse dualiste paraît alors peu probante et même dangereuse. Faure-Pragier parle de récursivité dont obéit l'influence réciproque du psychisme et du corps : s'il existe bien une causalité psychique à certaines stérilités, celle-ci entraîne des répercussions biologiques, voire organiques, qui viennent fixer la stérilité dans le champ du somatique. Cette fixation somatique entraîne à son tour des répercussions psychologiques qui contribuent à l'auto-entretien du phénomène.

1.2.3 Bilan de l'infertilité

La première consultation dans un centre de la reproduction est primordiale afin de prendre contact avec le couple, d'écouter sa souffrance et de recueillir des données médicales importantes. L'interrogatoire complet va permettre de réunir des éléments tels que l'âge, le poids, les antécédents médicaux, chirurgicaux, familiaux, gynéco-obstétricaux chez la femme et urologiques chez l'homme, les facteurs de risque d'infertilité (prise de toxiques, IMC...). Il sera alors nécessaire d'interroger le couple concernant son désir d'enfant, son mode de vie et sa sexualité.

Si l'examen clinique de l'homme et de la femme n'a pas été réalisé auparavant, il sera réalisé dans le service de la reproduction.

Des hypothèses diagnostiques peuvent déjà être évoquées suite à cette première consultation, néanmoins un bilan paraclinique standard complémentaire sera réalisé.

a. Bilan paraclinique de première intention

Chez la femme

Un bilan hormonal est réalisé entre le 2^{ème} et 4^{ème} jour du cycle afin de doser la FSH (Follicle stimulating Hormone), la LH (luteinizing hormone), l'œstradiol, l'AMH (anti-mullerian hormone), la prolactine et la TSH (thyroid-stimulating hormone). Il peut être complété par le dosage de la testostérone en cas de suspicion d'un SOPK. Les sérologies (HIV après accord de la patiente, syphilis, hépatites B et C, rubéole et toxoplasmose), ainsi que le groupe rhésus sont demandés.

Ce bilan est complété par une échographie pelvienne réalisée en début de cycle permettant de vérifier l'intégrité de l'appareil génital féminin, mais aussi d'évaluer la réserve ovarienne (avec le compte des follicules antraux).

Chez l'homme

Le spermatoctogramme permet d'étudier les paramètres du sperme. S'il y a une anomalie repérée (OATS), il sera complété par un Test de Migration Survie et un bilan plasmatique dosant la FSH, la testostérone, la prolactine et les sérologies (HIV après accord du patient, hépatites B et C, syphilis).

1.2.4 Prise en charge de l'infertilité

Après un bilan complet d'infertilité chez le couple concerné, l'infertilité peut être prise en charge par des méthodes d'AMP définies, selon l'article L.2141-1 du code de Santé Publique, par « *des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle, ainsi que toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du processus naturel, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Agence de la biomédecine* » (Code de la santé publique - Article L2141-1, s. d.).

En France en 2010, 22401 enfants sont nés grâce à une AMP représentant une naissance sur 40 (*Quand la fertilité décroche*, s. d.).

a. Techniques de l'AMP

L'AMP consiste à manipuler un ovule et/ou un spermatozoïde, pour procéder à une fécondation, sans nécessairement traiter la cause de l'infertilité.

On retrouve deux grandes catégories de techniques d'AMP :

- Celle qui consiste à favoriser la fécondation in vivo (stimulation simple de l'ovulation avec des rapports programmés et +/- une insémination de sperme de conjoint).
- Celles qui réalisent artificiellement la fécondation (la fécondation in vitro (FIV) et transfert d'embryon (FIVETE), l'injection intra cytoplasmique de spermatozoïde (ICSI))

Avant de faire une technique d'AMP à proprement parler, l'induction simple de l'ovulation peut être indiquée

Cette technique a pour but de stimuler les ovaires afin de permettre la croissance d'un ou de deux follicules jusqu'au stade de follicule mature contenant un ovocyte fécondable. Cela concerne les femmes jeunes qui présentent des problèmes de dysovulation (spanioménorrhée) ou d'anovulation (aménorrhée).

L'insémination de sperme de conjoint

Cette technique consiste à déposer les spermatozoïdes dans la cavité utérine afin de favoriser la rencontre des spermatozoïdes et de l'ovocyte. Elle utilise le sperme du conjoint (insémination intraconjugale)

ou d'un donneur (insémination avec donneur). Cette insémination intra-utérine est réalisée en première intention chez un couple infertile depuis 2 ans.

FIV conventionnelle

Cette technique consiste à réaliser en laboratoire les premières étapes du développement embryonnaire. Elle favorise la rencontre in vitro d'un ovocyte et d'un spermatozoïde. L'embryon obtenu sera redéposé dans la cavité utérine.

L'ICSI

Cette méthode permet d'injecter un spermatozoïde directement dans le cytoplasme de l'ovocyte, à l'aide d'une micro-pipette, court-circuitant les étapes de la fécondation.

b. Place de la dimension psychique?

La seule obligation d'un entretien psychologique est la demande d'une insémination artificielle avec donneur (IAD). Suite à cet entretien, « un doute sérieux sur la santé psychique des demandeurs ou la validité de leurs motivations pourra conduire à proposer un délai supplémentaire, ou à ne pas accepter la demande » (Mathieu, 2013). Cet entretien permet également de répondre aux interrogations du couple. En dehors de cette obligation, la rencontre avec un psychologue ou un psychiatre est possible, d'après un arrêté de 1999, « si nécessaire, après un entretien avec le psychiatre ou le psychologue et en concertation avec l'équipe, la mise en œuvre de l'AMP d'un couple pourra être différée ». Plusieurs questions peuvent alors être soulevées, de façon non exhaustive:

- Pourquoi une évaluation psychologique obligatoire seulement pour les IAD et pas pour toutes les demandes d'AMP ? Nous pouvons mettre en parallèle l'évaluation psychologique obligatoire lors des démarches d'adoption ou encore si l'on extrapole à d'autres domaines tels que la chirurgie bariatrique ou l'attente d'une greffe.
- Sur quels critères les praticiens ont-ils recours à cette évaluation ?
- Peut-on refuser l'accès à une AMP pour raisons psychiatriques ? Cela est-il éthiquement acceptable ?

Ainsi, après avoir dressé « les grandes lignes » concernant les TCA d'une part et l'infertilité d'autre part, nous pouvons déjà entrevoir l'intrication de ces deux affections, avec une mise en lumière d'un lien non négligeable qui soulève diverses réflexions et interrogations. Nous verrons que ces réflexions et interrogations sur cette période de la préconception sont indissociables des questions **(i)** sur le vécu de la grossesse des femmes souffrant de TCA concernant notamment les transformations corporelles et la prise de poids, **(ii)** sur le retentissement de leurs troubles sur le déroulement de la grossesse, **(iii)** sur l'évolution de leur TCA au cours de la grossesse mais aussi en post-partum, **(iv)** sur leurs premiers liens avec leur enfant.

1.3 Pourquoi s'intéresser aux TCA dans cette population spécifique de femmes souffrant d'infertilité ?

En d'autres termes, qu'est-ce qui nous a incités à mettre en place l'étude présentée dans le chapitre suivant (2) au Centre de la Reproduction à Nantes ?

1.3.1 Un axe prioritaire dans les recommandations de bonne pratique de la HAS (2010)

La Haute Autorité de Santé (HAS) insiste sur « le repérage et le diagnostic précoce, avec la prise en compte des populations les plus à risque, les questions concernant les signes d'alerte et critères les plus pertinents, ainsi que la recherche d'alliance avec le patient et son entourage, souvent difficile du fait des mécanismes de déni » (HAS, 2010).

Nous n'avons aucune donnée d'incidence et de prévalence disponible en France, que ce soit en population générale ou en médecine générale. Cela est d'autant plus difficile que l'incidence et la prévalence de l'AM varient selon la population et le lieu de recrutement (Franko et al., 2001). D'après des études internationales, les cas d'AM répondant aux critères diagnostiques du DSM-IV sont relativement rares chez les femmes, et la prévalence varie en population générale de 0,9 % à 1,5 % (Hudson, Hiripi, Pope Jr., & Kessler, 2007). Les formes sub-syndromiques semblent être 2 à 3 fois plus fréquentes.

Cependant, une donnée intéressante ressort de deux enquêtes nationales menées en population générale en France (âgée de 3 à 35 ans) concernant la prévalence de la maigreur. Il s'agit d'une première enquête menée en 1998-1999 (Etude individuelle nationale des consommations alimentaires n°1 AFSSA, INCA 1) puis d'une seconde entre 2005 et 2007 (Etude individuelle nationale des consommations alimentaires n°2 – Etude nationale nutrition santé AFSSA-InVS ; INCA 2 ENNS) (HAS, 2010). La maigreur n'est pas synonyme de TCA, mais elle n'est pas moins le témoin de l'existence de sujets potentiellement à risque. Selon ces études, entre 1999 et 2006, la prévalence globale de la maigreur était stable dans la population générale incluant les hommes et les femmes âgés de 18-35 ans (6,5 % versus 6,8 %). Mais cette stabilité ne concernait pas les femmes âgées de 18-35 ans, chez lesquelles la maigreur était devenue plus fréquente (9,0 % pour la première étude versus 11,4 % pour la seconde étude). Les TCA concernent en particulier les adolescentes et la population de femmes jeunes en âge de procréer. Ainsi, il semble essentiel de s'intéresser à l'infertilité qui peut être le symptôme par l'intermédiaire duquel nous pouvons rencontrer ces femmes, notamment celles qui ne sont pas en demande de soin psychologique ou psychiatrique.

1.3.2 Peu d'études de la prévalence des TCA chez les femmes infertiles

Concernant la prévalence de TCA chez les femmes consultant pour infertilité, selon les études, nous retrouvons ainsi entre 7,6 et 16 % de TCA cliniques (AM et BN), et entre 16,7 et 44 % de TCA si l'on inclut les TCA sub-cliniques, chez les femmes consultant pour infertilité inexplicée (Resch, Nagy, Pintér, Szendei, & Haász, 1999; Stewart, Robinson, Goldbloom, & Wright, 1990).

En effet, en 1990, l'équipe de Stewart a évalué la prévalence des TCA dans un groupe de femmes consultant pour infertilité fonctionnelle ou inexplicée. Elle retrouvait parmi cette population 7,6 % de TCA (AM et BN) actuels ou passés (taux deux à quatre fois supérieur à celui retrouvé en population générale). Si l'on incluait les TCA sub-cliniques, la prévalence des TCA actuels ou passés était portée à 16,7 % dans cette population. De plus, parmi les patientes de cette étude qui présentaient des troubles des menstruations, 58 % rencontraient les critères pour un TCA (Stewart et al., 1990).

L'étude de Resch en 1999 évaluait une population de femmes souffrant d'infertilité fonctionnelle associée à des troubles menstruels et retrouvait une prévalence de 4 % pour l'AM, de 12 % pour la BN et de 44% de TCA cliniques ou sub-cliniques. De plus, 70 à 80 % des femmes répondant aux critères de BN étaient en anovulation (Resch et al., 1999).

L'étude de Fassino et al. en 2003 évaluait le comportement alimentaire de 58 femmes présentant une infertilité, organique ou fonctionnelle, consultant dans un service de biologie de la reproduction (Italie), afin d'évaluer et de comparer leur comportement, par rapport aux femmes fertiles et aux femmes souffrant d'AM. Les couples présentant une infertilité inexplicée ont été exclus, ainsi que les couples avec un trouble psychotique, anxieux, dépressif ou un TCA chez l'un des deux partenaires (ne permettant pas d'étudier la prévalence des TCA dans cette population). Les résultats n'ont pas permis de conclure à une différence entre les femmes fertiles et infertiles, au niveau du comportement alimentaire (Secondo Fassino, Garzaro, Pierò, Daga, & Bulik, 2003).

L'étude française de Lamas et al. a exploré l'existence d'un lien entre l'infertilité totalement inexplicée et les TCA vie-entière cliniques et sub-cliniques par une évaluation tant dimensionnelle que catégorielle. Un groupe de femmes souffrant d'infertilité inexplicée a été comparé à deux groupes témoins (femmes fertiles, femmes souffrant d'une infertilité tubaire). Dans cette étude, la prévalence de TCA sub-syndromiques ou avérés parmi les patientes qui consultaient pour une infertilité inexplicée a été évaluée entre 20 et 30 %. De plus, les patientes souffrant d'infertilité inexplicée (groupe de 31 patientes) avaient des préoccupations alimentaires plus importantes que les femmes fertiles ainsi qu'une fréquence plus élevée de TCA cliniques et sub-cliniques sur la vie entière par rapport au groupe témoin de femmes fertiles (32 patientes) (22.5% contre 3.2%). Toutefois, les auteurs rapportaient une puissance trop faible pour savoir si la perturbation

du comportement alimentaire était spécifique de l'infertilité inexplicée (il n'y a pas de différence avec les femmes avec stérilité tubaire définitive, groupe de 30 patientes) (Lamas et al., 2006).

En 2008, l'étude de Sbaragli et al. avait pour objectif principal d'évaluer si les sujets infertiles au début de leur diagnostic et sans traitement étaient susceptibles de répondre aux critères diagnostiques de troubles psychiatriques (dont les TCA) actuels ou passés. Un groupe de 81 couples infertiles consultant dans un service de médecine de la reproduction en Italie a été comparé à un groupe témoin de 70 couples recrutés dans un service de gynécologie obstétrique, après avoir donné naissance à leur premier enfant. La distinction a ensuite été faite entre les couples présentant une infertilité inexplicée, les couples ayant une infertilité d'origine féminine (subdivisés en deux groupes : causes organiques et fonctionnelles) et les couples ayant une infertilité d'origine masculine. Les troubles psychiatriques ont été évalués par le SCID-I. Les résultats montraient un taux plus élevé d'HB actuel au sein de la population de femmes infertiles par rapport à celle de femmes fertiles. Parmi ces femmes infertiles, la survenue d'HB était plus élevée parmi les femmes présentant une infertilité inexplicée ou fonctionnelle. Les auteurs ont conclu à une augmentation de la fréquence d'HB au sein de la population de femmes infertiles, et notamment chez les femmes présentant un SOPK (Sbaragli et al., 2008).

Plus récemment, en 2010, Freizinger et al. ont évalué la prévalence des TCA dans une population de femmes débutant un traitement par injection de FSH (Freizinger, Franko, Dacey, Okun, & Domar, 2010). L'objectif principal était de déterminer la prévalence des TCA dans cette population de femmes. Un auto-questionnaire portant sur leurs habitudes alimentaires a été remis aux femmes infertiles qui allaient commencer un traitement par stimulation ovarienne, puis un entretien téléphonique recherchant les critères diagnostiques de TCA a été réalisé. Dix-sept femmes (soit 20.7 %, 5 fois plus qu'en population générale) présenteraient un TCA actuel ou passé. Aucune ne présentait un diagnostic d'AM ou de BN actuelle, mais 6,9 % présentaient actuellement les critères d'un TCANS, et aucune n'en avait parlé en consultation d'assistance médicale à la procréation. Les femmes atteintes de TCA abordaient donc rarement spontanément le sujet avec les médecins en général, et particulièrement avec ceux qui les suivaient en consultation d'AMP, probablement en lien avec le déni fréquent des symptômes ou de la crainte qu'en raison de leur trouble alimentaire, l'AMP ne leur soit refusée. Pour autant, il semblait possible de dépister ces troubles en interrogeant les femmes sur leurs conduites alimentaires (Franko & Spurrell, 2000; Freizinger et al., 2010).

Le tableau ci-dessous résume les principales études concernant la prévalence de TCA chez des femmes infertiles, consultant dans un centre d'AMP au niveau national et international (Tableau 1).

Auteurs Année Pays	Population et Effectifs	Outils	Prévalence
Stewart et al. 1990 Canada	Soixante-six femmes infertiles (inexpliquées ou fonctionnelles) qui consultent dans un service universitaire de biologie de la reproduction	26-item EAT et auto-questionnaire Si score EAT \geq 20 ou ATCD TCA (= 15 femmes) : Entretien pour valider ou réfuter le diagnostic de TCA (critères du DSM-III-R) (= 11 femmes)	AM/BN: 7,6% Si inclusion TCANS: 16,7% Vie-entière
Resch et al. 1999 Hongrie	Soixante-quinze femmes avec infertilité fonctionnelle associée à des troubles menstruels consultant dans un service de gynécologie obstétrique	ANIS BCDS BITE EDI BDI	TCA actuels cliniques ou sub-cliniques = 44 % dont: AM: 4 % BN: 12 %
Lamas et al. 2002 France	Comparaison de 3 groupes: G1 : Femmes infertiles inexpliquées (n= 31) G2 : Femmes infertiles avec origine organique (n= 30) G3 : Femmes fertiles (n= 32)	EDE EDI CIDI STAI BDI	AM et BN : G1 : 16,1 % G2 : 9,7 % G3 : 3,2 % TCANS ou ATCD TCA : G1 : 22,5 % G2 : 20 % G3 : 3,2 %
Freizinger et al. 2010 USA	Quatre-vingt-deux femmes infertiles qui vont commencer un traitement par stimulation ovarienne	Appel téléphonique : SCID Module H EDE-Q IPAQ – Lifestyle Questionnaire (e-mail)	TCA passé ou actuel (AN- BN- TCANS): 20,7 % (n= 17) AM ou BN actuelle: 0 ATCD BN : 2.4% ATCD AM : 8.5% TCANS actuels : 6.9% dont 4.8 % HB

Tableau 1 : Principales études nationales et internationales concernant la prévalence de troubles des conduites alimentaires chez des femmes infertiles, consultant dans un centre d'aide médicale à la procréation.

EAT : Eating Attitudes Test, EDI : Eating Disorder Inventory, BCDS : Bulimic Cognitive Distorsion Scale, ANIS : Anorexia Nervosa Inventory Scale, BITE : Bulimic Investigatory Test of Edinburgh, BDI : Beck Depression Inventory, EDE : Eating Disorder Examination, STAI : Auto-questionnaire d'anxiété trait-état, CIDI : Composite International Diagnostic Interview, IPAQ : International Physical Activity Questionnaire, SCID-I : Structured Clinical Interview for DSM-IV

TCA : Trouble des conduites alimentaires, TCANS : Troubles des conduites alimentaires non spécifiés ailleurs, AM : Anorexie mentale, BN : Boulimie nerveuse, HB : Hyperphagie boulimique, ATCD : antécédent

Donc, après une lecture des données de la littérature, nous remarquons que peu d'études existent concernant la prévalence des TCA au sein d'une population de femmes infertiles consultant pour une AMP. Néanmoins, les quelques études à ce sujet semblent suggérer qu'au-delà d'un diagnostic de TCA, le comportement alimentaire des femmes infertiles est plus souvent perturbé qu'en population générale. Ces études montrent des prévalences de TCA chez les femmes infertiles qui consultent pour une AMP nettement plus élevées que dans la population générale de femmes en âge de procréer. Cependant, ces résultats ne sont pas extrapolables à l'ensemble des femmes infertiles. De plus, nous sommes face à de petits échantillons, rendant difficilement généralisables ces résultats. Par ailleurs, la méthodologie (avec les critères diagnostiques, les échelles d'évaluation ou encore la population étudiée) diffère entre ces études, ne permettant pas une comparaison optimale.

1.3.3 Des pistes d'explications du lien entre TCA et infertilité

a. D'un point de vue physiopathologique

Chez la femme anorexique présentant une aménorrhée, les mécanismes de celle-ci sont bien connus : il s'agit d'un hypogonadisme fonctionnel d'origine hypothalamique. La sécrétion pulsatile en GnRH (Gonadotropin-releasing hormone) est altérée, ce qui entraîne une altération de l'amplitude et de la fréquence des pics de sécrétion des gonadotrophines (FSH et LH), qui se répercute sur l'ovaire, entraînant une baisse de la concentration sérique d'œstradiol et une diminution de la croissance folliculaire ovarienne, d'où un arrêt de l'ovulation (Katz & Vollenhoven, 2000). L'anovulation, l'aménorrhée et l'hypofertilité ainsi que l'inhibition du développement endométrial et de la minéralisation osseuse en sont les principales conséquences. L'arrêt des cycles menstruels était jusqu'à récemment un symptôme classiquement considéré comme indispensable au diagnostic d'AM, mais il est en fait très souvent lié à la sévérité de la dénutrition (Attia & Roberto, 2009). L'aménorrhée peut précéder, suivre ou être contemporaine de l'amaigrissement. Les menstruations s'interrompent normalement lorsque la perte pondérale atteint 10 à 15% du poids initial (ESHRE Capri Workshop Group, 2006). Elle peut être primaire, mais elle est le plus souvent secondaire.

Les femmes suivies pour boulimie sont plus souvent traitées pour infertilité que les témoins n'ayant pas de TCA (ESHRE Capri Workshop Group, 2006; Stewart et al., 1990). Cependant, chez ces femmes, l'aménorrhée est plus rare, mais une oligoménorrhée est fréquente (ESHRE Capri Workshop Group, 2006).

Un lien entre les fonctions alimentaire et reproductive est suggéré. En effet, la source d'énergie apportée par la nourriture est utilisée pour des fonctions vitales et d'autres non vitales, comme la fonction reproductive. Ainsi, en période de carence nutritionnelle, un rationnement du substrat oxydable disponible se produit en faveur des fonctions vitales.

Les travaux sur la leptine apportent une part d'explication du lien entre l'axe de la reproduction et l'état nutritionnel. Sécrétée par les adipocytes, la leptine est une protéine circulante dont le taux sérique augmente avec le pourcentage de masse grasse de l'organisme. En tant que signal périphérique de l'état nutritionnel, elle pourrait jouer un rôle majeur dans le contrôle de la fonction de reproduction depuis la puberté jusqu'à la gestation. Cette hormone peptidique semble jouer un rôle en coordonnant la régulation du comportement alimentaire, le niveau métabolique, la régulation du système nerveux autonome et la balance énergétique. La leptine joue un rôle dans la régulation de la prise alimentaire, par le biais de la satiété, mais également sur l'axe gonadotrope (ESHRE Capri Workshop Group, 2006). En effet, elle agit par l'intermédiaire de nombreux peptides dont les plus importants sont le neuropeptides Y (orexigène), les peptides dérivés de la pro-opiomélanocortine (POMC, anorexigène), et la kisspeptine. Les neurones à neuropeptide Y, POMC et kisspeptine partent des noyaux arqués et prémammillaires de l'hypothalamus. Ils se projettent sur les noyaux paraventriculaires et dorso-médians et sur l'aire hypothalamique latérale pour la régulation de la prise alimentaire, et sur les neurones à GnRH (situés dans la région préoptique) pour la régulation de la fonction de reproduction (Bouret, Caron, Steculorum, Ishii, & Sachot, 2008). L'augmentation du taux de leptine circulante se fait progressivement en début de puberté, jusqu'à atteindre un seuil permissif pour l'apparition de la ménarche. La perte de la masse adipeuse corporelle entraînerait une diminution de la leptine en dessous du seuil. Une cascade d'évènements implique plusieurs médiateurs (ghréline, insuline, peptide YY, CRF, cortisol) et aboutit à une inhibition de la sécrétion pulsatile de GnRH et donc un effondrement de la sécrétion de LH, de FSH et d'œstradiol (ESHRE Capri Workshop Group, 2006). Chez les femmes souffrant d'AM, le taux de leptine est bas, ce qui explique les perturbations gonadiques. Monteleone et al. ont aussi montré un taux de leptine circulante bas chez des femmes boulimiques avec un poids normal (Monteleone, Di Lieto, Tortorella, Longobardi, & Maj, 2000). Des études chez le rat ont visé à définir plus précisément les voies métaboliques impliquées lors d'une carence calorique menant à court terme à une inhibition de la fonction reproductive. Cela est représenté par la figure 1 (ESHRE Capri Workshop Group, 2006; Wade & Jones, 2004).

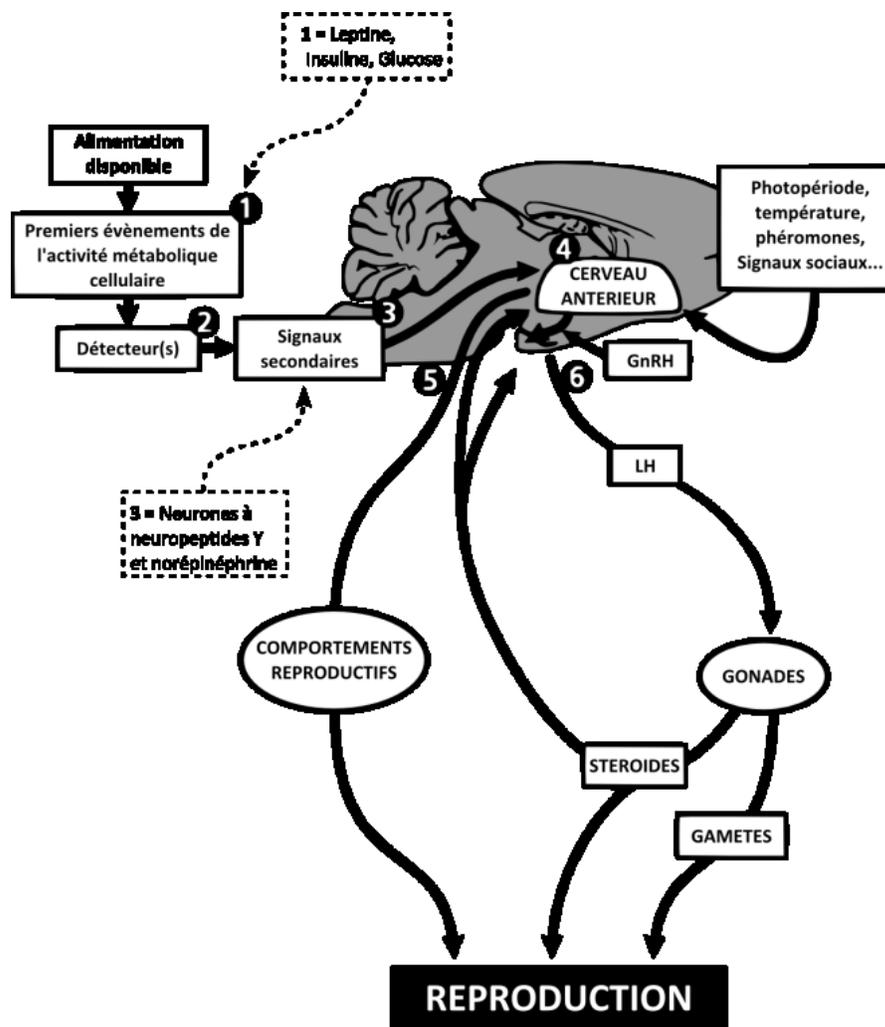


Figure 1 : Schéma représentant l'influence du statut nutritionnel et hormonal sur la fonction de reproduction lors d'études chez le rat, adapté de Wade and Jones (Wade & Jones, 2004).

LH : Luteinizing hormone ; GnRH : Gonadotropin-releasing hormone

Des études, chez la souris, puis chez l'homme, ont montré une reprise des cycles ovariens après une injection de leptine, chez des femmes anorexiques en aménorrhée (Welt et al., 2004). Une étude récente contrôlée, randomisée, en double-aveugle confirme ces données : l'implication d'une hypoleptinémie dans le dysfonctionnement de l'axe neuroendocrine, et le probable rôle thérapeutique des injections d'un analogue de la leptine (metreleptin) notamment chez des femmes en aménorrhée (Chou et al., 2011). Des études sur des échantillons de personnes plus importants afin de déterminer la sécurité et l'efficacité réelle de l'analogue de la leptine comme traitement sont en cours. En revanche, le taux de leptine circulant des femmes souffrant de TCA sub-clinique, qui peuvent également présenter des troubles du cycle, n'est pas connu.

La part du surpoids dans infertilité par anovulation est deux fois plus importante que celle du sous-poids (Schneider, 2004). Les facteurs impliqués sont la graisse abdominale et l'insulino-résistance (puissant amplificateur de l'hyperandrogénie et, par conséquent, de l'anovulation).

D'autres neuromédiateurs endocriniens ont également été évoqués. Citons parmi eux :

- Les béta endorphines avec une inhibition de la pulsativité de la GNRH et donc un effondrement de la LH et de l'oestradiolémie (sportifs de haut niveau)
- Ceux de l'axe de régulation corticotrope (axe du stress impliqué dans l'anxiété et les TCA) : la sécrétion de cortisol est augmentée de façon significative notamment chez les sportives en aménorrhée par rapport aux sportives en euménorrhée, en rapport avec la dépense énergétique, la baisse des substrats énergétiques et le stress par stimulation de l'axe corticotrope. Elle est corrélée inversement aux taux de LH, et cela de façon, en partie, indépendante du taux de leptine et de ghréline, limitant la pulsativité de LH (Ackerman et al., 2013; Maître, 2013).
- La ghréline (produite par les cellules fundiques de l'estomac et le noyau arqué hypothalamique) est une hormone peptide orexigène qui a une concentration significativement plus élevée chez les sportives en aménorrhée par rapport à celles en euménorrhée. Elle inhibe la sécrétion de GnRH et elle est inversement corrélée à la masse grasse (De Souza, Leidy, O'Donnell, Lasley, & Williams, 2004).

Si les liens entre anomalie pondérale et infertilité paraissent évidents, cela ne répond pas clairement à la problématique concernant notamment les patientes souffrant de boulimie ou de TCA sub-cliniques avec un poids normal. Une étude ancienne (Kreipe, Strauss, Hodgman, & Ryan, 1989) mentionne une fréquence plus élevée de troubles menstruels chez des femmes souffrant de TCA sub-cliniques avec un poids normal comparativement à une population témoin. Le fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien est plus dépendant de la balance énergétique que du poids lui-même. Donc la nutrition tant par les apports énergétiques que par la composition en nutriment du régime alimentaire (avec une alimentation équilibrée couvrant notamment les besoins nutritionnels en protides, lipides et glucides) semble jouer un rôle non négligeable sur la fonction ovulatoire, la qualité ovocytaire et l'implantation embryonnaire (Sifer et al., 2011).

La question du devenir de leur fertilité suite à la guérison de leurs troubles alimentaires est souvent posée par les femmes souffrant ou ayant souffert de TCA. Plusieurs études de suivi au long cours de ces dernières, comparées à des témoins, montrent que la fertilité des patientes varie selon le nombre d'années de prise en charge psychiatrique (Brinch, Isager, & Tolstrup, 1988; ESHRE Capri Workshop Group, 2006; Kohmura, Miyake, Aono, & Tanizawa, 1986; Lamas et al., 2014). L'équipe de Crow a montré, au décours d'un suivi psychiatrique de 11.5 ans en moyenne, que 74.6 % d'un groupe de 173 femmes boulimiques avaient conçu une grossesse et que 1.7 % restaient sans enfant (Crow, Thuras, Keel, & Mitchell, 2002). De même, après dix ans de suivi, les femmes souffrant d'AM présentent un taux de grossesse entre 41 et 68 %, chiffres semblables à ceux de la population générale. Comparant un groupe de 48 femmes souffrant d'AM depuis l'adolescence à 48 témoins, lors d'un suivi de 18 ans, l'équipe de Wentz a constaté que 27 femmes anorexiques en rémission et

31 femmes qui souffraient encore d'une AM n'avaient pas d'enfant, et conclut que les adultes qui ont surmonté le TCA n'ont pas d'altération de leur fertilité (Wentz, Gillberg, Anckarsäter, Gillberg, & Råstam, 2009). Dans ce sens, l'équipe de Brinch a rapporté les résultats relatifs au suivi durant plus de douze ans de femmes ayant souffert d'un TCA, mais exprimant un désir de grossesse : le taux d'infertilité chez ces femmes n'était pas différent de celui de la population générale. L'auteur conclut que la différence du taux d'infertilité parfois perçue pouvait s'expliquer par le fait que le désir d'enfant était moins présent (ou plus ambivalent). Toutefois, les femmes désirant avoir un enfant n'auraient, selon cette étude, pas plus de difficultés à concevoir que celles qui n'ont pas d'antécédent de TCA (Brinch et al., 1988).

Même si des mécanismes physiopathologiques apportent une part d'explication à ce lien entre TCA et infertilité, certains mécanismes demeurent encore inconnus. De plus, la question de l'infertilité chez une femme souffrant de TCA et les études sur les conséquences des TCA sur la fertilité (qui semblent moindre si les TCA sont bien pris en charge) nous amènent à d'autres réflexions, pistes d'explications, ou en tout cas d'autres notions psychopathologiques à prendre en considération.

b. D'un point de vue psychopathologique

La question de la sexualité

La sexualité et l'infertilité sont associées de différentes façons :

- Les troubles sexuels peuvent empêcher la fertilité
- Les troubles sexuels peuvent être renforcés par l'annonce, les investigations et les traitements de l'infertilité

Il est important de noter que la définition des troubles sexuels est subjective et déterminée par la culture, et que les données de la littérature sont parfois contradictoires. Chaque couple et chaque individu sont spécifiques (Boivin et al., 2001).

L'altération de la sexualité chez les femmes souffrant de TCA, en termes quantitatif et qualitatif, est largement décrite. Les femmes anorexiques présentent une diminution de la fréquence des rapports sexuels, une baisse de la satisfaction vis-à-vis de leurs relations sexuelles et moins de désir (Wiederman, Pryor, & Morgan, 1996). Ces altérations sont d'autant plus marquées que l'IMC est bas (C. D. Morgan, Wiederman, & Pryor, 1995). Nous pouvons expliquer ces troubles sexuels par une baisse de la libido d'origine hormonale, mais également par des facteurs psychologiques tels que les perturbations de l'image du corps, la baisse de l'estime de soi ou les troubles de l'attachement au partenaire (Bydowski, 2003). En ce qui concerne les patientes boulimiques, elles rapportent une activité sexuelle normale, voire augmentée. Les études comparant la sexualité des femmes anorexiques à celle des femmes boulimiques montrent que ces dernières ont plus de

rappports sexuels en termes de fréquence, donc plus de désir sexuel. Mais certaines études retrouvent chez les femmes boulimiques des périodes de retrait vis-à-vis de leur partenaire avec cessation intermittente de toute activité sexuelle (Abraham, 1998). De plus, les premiers rapports sont souvent précoces chez les femmes boulimiques et le nombre de partenaires plus élevé en comparaison à une population de femmes ne souffrant pas de TCA (Wiederman et al., 1996). On peut donc penser que la sexualité de ces femmes est également perturbée, mais d'une manière différente par rapport aux patientes anorexiques. La sexualité semble être vécue de façon compulsive chez les femmes boulimiques, et restreinte chez les femmes anorexiques (Rodríguez, Mata, Lameiras, Fernández, & Vila, 2007; Stewart, 1992). Dans une étude récente, Mazzei et al. ont exploré les troubles de la sexualité chez des femmes souffrant de TCA cliniques ou sub-cliniques. D'après leurs résultats, les femmes souffrant de TCA ont un taux d'activité sexuelle avec un partenaire plus faible, avec un risque de troubles sexuels six fois plus important et une fréquence plus élevée de masturbation en comparaison avec un groupe témoin de femmes sans TCA. L'hypothèse d'une gêne à montrer leur propre corps durant un rapport sexuel a été discutée (Mazzei et al., 2011).

Les troubles de la sexualité sont ainsi probablement plus marqués chez les femmes présentant une infertilité inexplicée, et ce d'autant plus qu'elles souffrent également d'un TCA. Il est intéressant de noter que de nombreuses études, nationales mais surtout internationales, ont exploré les liens possibles entre TCA et infertilité d'une part, et entre TCA et altération de la vie sexuelle d'autre part. Mais aucune ne cherche à établir un lien entre ces trois composantes. De plus, ces études s'intéressent à l'anorexie et à la boulimie, mais très peu aux TCA sub-cliniques. Ces derniers représentent pourtant une part non négligeable de la population.

La dysmorphophobie

Il s'agit d'un critère diagnostique d'AN.

D'après la définition de la CIM 10, il s'agit d' « une psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : la peur de grossir. Le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser » (OMS, s. d.).

Le DSM-IV, quant à lui, décrit une « altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps » (APA,1994). La dysmorphophobie, dans le DSM-IV, était alors classée comme **(i)** un trouble somatoforme dans sa forme « non délirante » (c'est-à-dire quand le sujet reconnaît que ses croyances concernant sa dysmorphophobie sont fausses), et comme **(ii)** un trouble psychotique dans sa forme « délirante » (c'est-à-dire avoir la conviction complète que ses croyances concernant sa dysmorphophobie sont vraies).

Dans le DSM-5, deux changements importants ont eu lieu concernant ce diagnostic: **(i)** la dysmorphophobie appartient maintenant à la catégorie des troubles obsessionnels compulsifs et apparentés, **(ii)** un nouveau critère a été défini qui requiert la présence d'une activité mentale ou d'un comportement

répétitifs en réponse à la préoccupation corporelle (APA, 2013; Phillips, Hart, Simpson, & Stein, 2014; Schieber, Kollej, de Zwaan, & Martin, 2015).

Donc, le trouble de l'image corporelle retrouve deux modalités :

- La distorsion de la perception des dimensions corporelles (la femme perçoit ses dimensions corporelles de façon erronée).
- Le sentiment d'insatisfaction éprouvé par la femme vis-à-vis de son apparence physique (alors que son évaluation de ses dimensions corporelles peut être exacte).

L'insatisfaction corporelle et les préoccupations concernant le poids favorisent l'émergence de troubles du comportement alimentaire (Rousseau, Knotter, Barbe, Raich, & Chabrol, 2005). On peut comprendre l'insatisfaction corporelle comme un continuum allant d'un mécontentement « normal » chez la majorité de la population à une grande souffrance entraînant des troubles du comportement alimentaire (boulimie et/ou anorexie) (Rodin, Silberstein, & Striegel-Moore, 1984). Donc, la présence de ce symptôme peut aider au diagnostic de TCA, mais peut également influencer la sexualité et la fertilité des femmes. De plus, la grossesse engendre une modification corporelle qui ne prendra pas le même sens et n'aura pas les mêmes conséquences psychiques, selon que la femme enceinte a ou non ce symptôme. Cela peut entraîner une majoration de la souffrance psychique chez les femmes présentant un TCA, et la perte de contrôle sur les transformations de leur corps peut être source d'angoisse majeure et être à l'origine d'une exacerbation des troubles préexistants. Fairburn et Welch ont mené une étude en population générale dans laquelle 28% des primipares acceptent mal les modifications corporelles de la grossesse, 40% s'inquiètent de trop grossir et 72% craignent de ne pas retrouver leur poids antérieur après l'accouchement (C. G. Fairburn & Welch, 1990). Ces craintes sont majorées en population de femmes souffrant de TCA. La recherche d'une difficulté à appréhender et à accepter l'image du corps en pré-partum, mais également tout au long de la grossesse et en post-partum, semble importante pour la prévention de troubles psychiques chez la femme enceinte ou la jeune maman.

Les notions de désir de grossesse, de désir d'enfant et de représentations maternelles

Les notions de désir de grossesse, de désir d'enfant et de représentations maternelles semblent primordiales à aborder dans la prise en charge globale des femmes infertiles, en demande d'AMP, et ce d'autant plus si elles souffrent d'un TCA.

Comme rapporté ci-dessus, l'équipe de Brinch et al., suite à son étude de suivi durant plus de douze ans de femmes ayant souffert d'un TCA qui exprimaient un désir de grossesse, a mis en évidence que la différence du taux d'infertilité parfois perçue pouvait s'expliquer par le fait que le désir d'enfant est moins présent (ou plus ambivalent) (Brinch et al., 1988).

Peu d'études à ce jour existent concernant le désir d'enfant, plus particulièrement dans cette population de femmes souffrant de TCA, probablement en lien avec la difficulté à évaluer le désir d'enfant,

comme nous allons le voir plus loin. On connaît toutefois l'importance des enjeux conflictuels réactivés au moment de la maternité, du fait de la psychopathologie propre des TCA. Cela peut être à l'origine d'une difficulté à élaborer la parentalité. Le vécu anxieux de la grossesse peut réactiver les problématiques relationnelles d'avec leurs propres parents. Il semble important de pouvoir penser le désir d'enfant en amont d'une maternité afin d'adapter la prise en charge et de permettre ainsi un meilleur déroulement de la grossesse, mais aussi la prévention d'une rechute ou d'une aggravation du TCA.

Les autres comorbidités psychiatriques

Les études retrouvent un taux plus important d'anxiété et de dépression chez les femmes infertiles par rapport aux femmes fertiles (S Fassino, Pierò, Boggio, Piccioni, & Garzaro, 2002; Sbaragli et al., 2008; Stoléru, Teglas, Spira, Magnin, & Fermanian, 1996; T. Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard, & Verres, 2001). Mais la différence entre les femmes dont la fertilité n'est pas expliquée par rapport à celles dont elle est expliquée n'est pas significative. La baisse de la libido, fréquente en cas de dépression, n'est pas recherchée dans ces études, bien que pouvant être en lien, par l'intermédiaire de la diminution de la fréquence des rapports sexuels, avec la baisse de la fertilité.

Au total, nous avons des pistes d'explication du lien entre TCA et infertilité, notamment physiopathologiques, mais aussi psychopathologiques. Nous pouvons penser que la prise en charge des TCA peut aider à la prise en charge de l'infertilité, allant même jusqu'à éviter une escalade dans les techniques d'AMP. De plus, la mise en place précoce d'une aide psychologique dans le cadre de TCA peut permettre d'éviter une décompensation du trouble durant la grossesse et en post-partum avec tout ce que cela implique (lien mère-enfant ...).

2. Un constat épidémiologique : d’après une étude clinique à 2 volets sur l’infertilité et les TCA au sein du service de Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction (BMDR) de Nantes

2.1 Etude de prévalence des troubles des conduites alimentaires dépistés parmi une population de femmes consultant pour infertilité au sein du service de BMDR du CHU de Nantes

2.1.1 Justification de la recherche

Comme nous venons de le détailler, les données de la littérature rapportent que l’alimentation des femmes infertiles est plus souvent perturbée qu’en population générale. De plus, la maigreur est devenue plus fréquente chez les femmes âgées de 18 à 35 ans (population de femmes justement en âge de procréer, et donc susceptibles de consulter pour infertilité). Cependant, peu de femmes souffrant d’un TCA informent spontanément leur médecin lors du bilan de l’infertilité, avant de bénéficier d’une aide à la procréation. Nous ne disposons pas en France de données récentes sur la fréquence des TCA chez les femmes infertiles.

Ainsi, nous avons proposé de réaliser une étude exploratoire de prévalence des TCA dépistés auprès d’une population de femmes consultant pour infertilité. L’objectif de ce travail est d’actualiser les données épidémiologiques et ainsi de proposer d’éventuelles mesures de dépistage de patientes qui n’ont pas forcément de prise en charge de leur trouble alimentaire, et pour lesquelles la mise en place de cette prise en charge pourrait aider notamment au traitement de l’infertilité.

Nous avons également l’intention de faire cette étude préliminaire afin de tester la faisabilité d’une seconde étude (détaillée dans le chapitre 2.2) visant à :

- Estimer la prévalence des TCA cette fois-ci diagnostiqués dans cette même population
- Approfondir et caractériser le désir d’enfant et le profil clinique des femmes consultant pour infertilité selon qu’elles aient ou non un TCA.

2.1.2 Objectifs

a. Objectif principal

Estimer la prévalence des TCA cliniques ou sub-cliniques dépistés auprès d'une population de femmes consultant pour infertilité.

- Critère d'évaluation principal :
Un score \geq 2 à l'auto-questionnaire « SCOFF ».

b. Objectif secondaire

Etudier la qualité de vie des femmes infertiles selon qu'elles présentent ou non un dépistage positif pour un TCA clinique ou sub-clinique.

- Critère d'évaluation secondaire :
Mesure de la qualité de vie, explorée à l'aide de l'auto-questionnaire FertiQoL International.

2.1.3 Population étudiée

a. Description de la population

L'étude a porté sur les patientes consultant dans le service de BMDR de Nantes pour une aide à la procréation dans le cadre d'une infertilité. Les inclusions ont duré 9 mois, entre le 1^{er} avril et le 31 décembre 2013. Environ 500 patientes consultent tous les ans dans ce service. L'effectif global à atteindre a été estimé à 195 patientes.

b. Critères d'inclusion

- Femme
- Majeure
- Vivant en couple
- Infertile (critères de l'OMS)
- Consultant dans le Service de BMDR pour une AMP
- Ayant une bonne compréhension du français, sachant lire et écrire
- Acceptant de participer à l'étude

c. Critères d'exclusion

- Grossesse au moment de l'évaluation (méthode d'AMP ayant réussi)

- Troubles des fonctions supérieures (troubles cognitifs sévères ou confusion) ou psychotiques (hallucinations, syndrome délirant) pouvant interférer avec l'étude
- Majeure protégée (tutelle, curatelle)

2.1.4 Méthodologie de l'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique, transversale, contrôlée (si l'on considère que l'on compare deux groupes pour l'objectif secondaire), non randomisée.

a. Procédure

Le protocole a été accepté par le Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS) et la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). Un traitement informatisé totalement anonyme des données personnelles a été constitué.

Les praticiens du service de BMDR, à qui il a été remis une fiche concernant la procédure (Annexe 2) ont procédé aux inclusions.

Les patientes incluses entre le 1er avril et le 31 Décembre 2013 se sont vues remettre un auto-questionnaire strictement anonyme ainsi qu'une note d'information concernant l'étude (Annexe 3) lors de la consultation avec le médecin du service de BMDR. L'auto-questionnaire a pu être complété sur place ou après la consultation, puis être remis à la secrétaire. En cas d'impossibilité de le remplir à ce moment, les patientes pouvaient le compléter au domicile, puis le renvoyer par courrier postal.

Cet auto-questionnaire (Annexe 4) comprend le recueil de :

- Données socio-démographiques : âge, situation familiale, niveau d'études, activité professionnelle, catégorie socio-professionnelle.
- Données sur les conduites alimentaires : dépistage des TCA (questionnaire SCOFF), histoire pondérale (poids actuel, poids minimal et maximal, poids idéal), taille, IMC, antécédent de suivi pour un TCA, antécédent d'aménorrhée ou de spanioménorrhée.
- Données sur la qualité de vie : questionnaire FertiQoL International.

b. Description des outils d'évaluation (Cahier d'observation avec les questionnaires en ANNEXE)

SCOFF (Garcia et al., 2010; Luck et al., 2002; J. F. Morgan, Reid, & Lacey, 1999; Perry et al., 2002)

Il s'agit d'un auto-questionnaire simple composé de 5 questions. Les modalités de réponse sont oui/non. Un score d'au moins deux « oui » indique un dépistage positif pour un TCA (anorexie ou boulimie), c'est-à-dire la possible existence d'un TCA sans néanmoins poser un diagnostic. Il évalue la perte récente et

rapide de poids, ainsi que la perte de contrôle, la dysmorphophobie, la préoccupation alimentaire importante et la présence de vomissements. Testé en population de médecine générale, le questionnaire a une bonne spécificité (84 %) et une bonne sensibilité (78 %) (Cotton, Ball, & Robinson, 2003). La HAS, dans ses recommandations de bonne pratique sur la prise en charge de l'AN, indique que le SCOFF est un instrument très utile en médecine générale, mais aussi pour les intervenants de première ligne (infirmières, professeurs de danse et entraîneurs sportifs, etc) ou les médecins spécialistes amenés à voir ces patientes pour d'autres symptômes qu'alimentaires, citant en particulier les gynécologues pour des troubles des règles ou une aménorrhée primaire ou secondaire (HAS, 2010). Il semble donc particulièrement adapté pour le cadre de l'étude, auprès de patientes consultant dans un service de BMDR. Un autre argument de choix, qui a toute son importance, a été sa concision (i.e. 5 questions) et donc la rapidité pour le remplir (comparé à d'autres auto-questionnaires tels que l'EAT). Cet outil a été validé en langue française en 2010.

FertiQoL International (Boivin, Takefman, & Braverman, 2011)

Il s'agit d'un auto-questionnaire mesurant la qualité de vie des personnes ayant des problèmes de fertilité, composé de 36 questions. Deux items évaluent le ressenti personnel concernant sa propre santé et sa satisfaction de la qualité de vie. Douze items évaluent l'impact de l'infertilité sur la vie émotionnelle (jalousie, espoir, colère, tristesse...), sur les symptômes physiques négatifs (fatigue, douleur) et sur les troubles cognitifs ou du comportement (attention, concentration...) (Dimension « Esprit-corps »). Douze items évaluent l'impact de l'infertilité sur la vie relationnelle et sur la vie sociale. Nous avons utilisé seulement ces 26 items. En effet, les 10 items complétant ce questionnaire sont optionnels. Ils évaluent la qualité de vie durant le traitement. Cet outil a été traduit et validé dans vingt langues, et notamment la langue française.

2.1.5 Analyses statistiques

La première partie de ce travail a consisté à décrire l'échantillon global et également la distribution dans les deux groupes constitués selon le dépistage positif ou non de TCA.

Concernant les variables quantitatives, nous avons relevé la moyenne et l'écart-type. Des comparaisons de moyennes entre les deux groupes ont été effectuées (Test de Wilcoxon du fait d'un effectif $n < 30$ pour le groupe avec un test de dépistage positif).

Concernant les variables qualitatives, la répartition des patientes dans la population totale, puis selon chacun des groupes, a été étudiée et représentée sous forme de pourcentages. Ceux-ci sont comparés selon chacun des groupes à l'aide du test du χ^2 ou du test de Fisher selon les effectifs (si $n < 5$ dans l'une des modalités).

Pour le critère de jugement principal, un taux de prévalence de dépistage positif de TCA actuels a été estimé à l'aide d'un intervalle de confiance à 95%.

Le nombre de sujets nécessaires a été calculé à 195. Concernant les tests comparatifs, le seuil de significativité alpha est de 0.05.

Les analyses ont été effectuées avec le logiciel Stata v13 (Stata Corp, College Station, Texas, 2014).

2.1.6 Résultats

a. Description de l'échantillon

Caractéristiques socio-démographiques (Tableau 2)

Au total, 165 personnes ont été incluses dans l'étude et 107 patientes ont renvoyé leur questionnaire (soit 64.8%). Nous n'avons pas pu faire des comparaisons détaillées entre les patientes qui n'ont pas retourné leur questionnaire et celles qui l'ont fait.

Les patientes sont âgées de 21 à 42 ans (âge moyen et médian de 32 ans). Les 107 patientes sont en couple (mariée, pacsée ou en concubinage = critère d'inclusion). Trente-et-une femmes (soit 29%) ont déjà eu un enfant et la différence selon qu'elles ont eu un dépistage positif ou non au SCOFF n'est pas significative. Nous retrouvons peu de données manquantes (DM) et celles-ci sont plus importantes pour la variable « temps de suivi pour infertilité » (16 DM). Au total, les patientes sont suivies depuis 27 mois, donc plus de 2 ans. Cinquante-pour-cent des patientes ont un suivi inférieur ou égal à deux ans, 25% ont un suivi inférieur ou égal à 1 an et la moitié des patientes ont un suivi supérieur à 2 ans, avec 25% un suivi supérieur à 3 ans. Une patiente est suivie depuis 13 ans (Figure 2). Six patientes ont rempli le questionnaire lors de leur première consultation au centre de la reproduction.

Variables	DM	Total N=107 N (%) ou M (+/- ET)	Dépistage SCOFF positif N=17	Dépistage SCOFF négatif N=90	p-value
Age	0	32 (+/-4)	32 (+/-5)	32 (+/-4)	0.868°
Enfants	0				
non		76 (71%)	13 (76%)	63 (70%)	0.700*
oui		31 (29%)	4 (24%)	27 (30%)	
Temps de suivi pour infertilité (mois)	16	27 (+/-25)	30 (+/-26)	26 (+/-25)	0.428°
Diplôme le plus élevé	0				
Aucun		4 (4%)	1 (6%)	3 (3%)	0.053*
Fin du primaire BEPC ou équivalent (fin du collège)		1 (1%)	1 (6%)	0 (0%)	
Bac. général / professionnel /équivalent		13 (12%)	4 (23%)	9 (10%)	
Diplôme d'études supérieures (après le bac)		8 (7%)	5 (30%)	23 (6%)	
Diplôme d'études supérieures (après le bac)		61 (57%)	6 (35%)	55 (61%)	
Statut professionnel actuel	1				
Active		89 (83%)	12 (71%)	77 (86%)	0.158*
Inactive		17 (16%)	4 (24%)	12 (13%)	
chômage		14	4	10	
en invalidité ou longue maladie (>6mois)		1	1	0	
à la retraite		1	0	1	
étudiant		1	0	1	
Autre		1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)	

Tableau 2 : Description des caractéristiques socio-démographiques de la population totale et comparaison selon le dépistage au test SCOFF (positif ou non)

N : Effectif ; M : Moyenne ; ET : Ecart Type ; DM : Données Manquantes

p-value° : Test de Wilcoxon ; p-value* : Test de Fischer ;

Test de dépistage SCOFF

Dix-sept patientes sur 107 (soit 15.9%) sont positives au dépistage du test SCOFF, c'est-à-dire qu'elles ont répondu positivement à au moins 2 questions sur les 5. Les deux patientes qui ont des antécédents de TCA, mais qui sont négatives au dépistage par le SCOFF, ont actuellement un IMC normal et seulement 1 point de dépistage au SCOFF, l'une « *se fait vomir parce qu'elle se sent mal d'avoir trop mangé* », l'autre « *s'inquiète d'avoir perdu le contrôle de ce qu'elle mange* ».

Le tableau 3 ci-après présente les caractéristiques pondérales de la population avec une comparaison selon le dépistage au test SCOFF.

Les points notables sont que le groupe de patientes ayant un dépistage positif de TCA a, comparativement au groupe du dépistage négatif :

- un IMC actuel significativement plus élevé ($p < 0.001$) avec une moyenne qui correspond à un surpoids
- un IMC maximum depuis la puberté significativement plus élevé ($p < 0.001$)
- une différence entre l'IMC actuel et l'IMC minimum significativement plus importante ($p < 0.001$)

De plus, nous n'avons pas réussi à mettre en évidence une différence significative en comparant les deux groupes concernant notamment (i) les antécédents d'un IMC le plus bas inférieur à 18.5 et (ii) l'IMC actuel inférieur à 18.5. Néanmoins, nous pouvons remarquer un pourcentage non négligeable d'antécédent d'IMC bas dans le groupe de patientes négatives au dépistage de TCA (40%) comparativement au groupe de femmes avec un dépistage positif (10%), il en est de même à propos de l'IMC actuel (10% vs 0%). Il y a significativement plus de patientes ayant un IMC dans les normes (entre 18.5 et 25) dans le groupe avec un dépistage négatif au test SCOFF ($p < 0.05$), alors que le groupe de patientes positives au dépistage SCOFF regroupe significativement plus de patientes ayant une obésité (IMC > 30) comparativement au groupe de dépistage négatif ($p < 0.001$) (Figure 3).

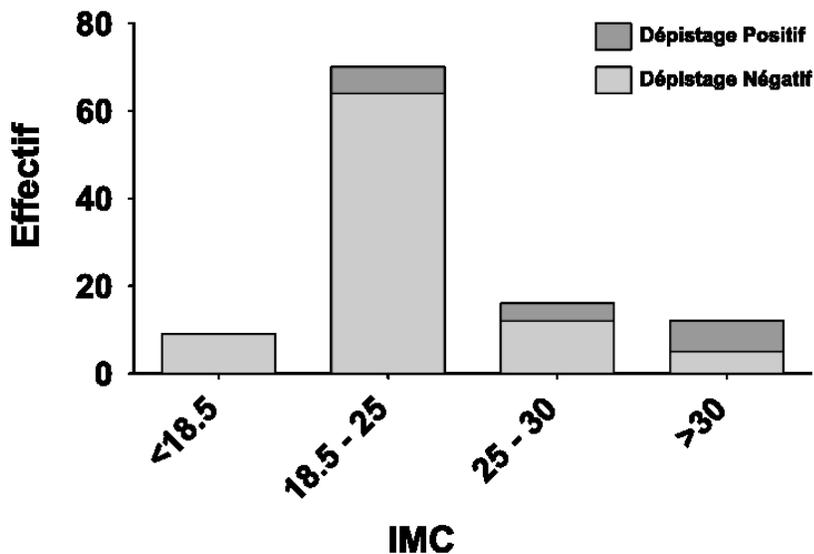


Figure 2 : Effectifs de patientes selon la classe d'IMC et le dépistage au test SCOFF

IMC : Indice de Masse Corporelle en kg/m^2

Variables	DM	Total N=107 N (%) ou M (+/- ET)	Dépistage SCOFF positif N=17	Dépistage SCOFF négatif N=90	p-value
IMC minimum	1	20.0 (+/- 3.6)	21.9 (+/-6.2)	19.7 (+/- 2.9)	0.090°
IMC maximum	0	25.1 (+/- 5.3)	30.9 (+/-7.1)	24.0 (+/- 4.1)	<0.001°
IMC actuel		23.5 (+/-5.0)	28.8 (+/-7.2)	22.5 (+/-3.8)	<0.001°
IMC idéal	0	21.5 (+/-2.8)	23.7 (+/-3.6)	21.1 (+/- 2.4)	<0.05°
Différence entre IMC actuel et IMC minimum	1	3.4 (+/-2.8)	6.7 (+/-4.3)	2.8 (+/-1.9)	<0.001°
Différence entre IMC actuel et IMC maximum	0	1.6 (+/-1.8)	2.2 (+/-3.1)	1.4 (+/-1.5)	0.296°
Différence entre IMC maximum et IMC minimum	1	5.0 (+/-3.3)	9.0 (+/-4.9)	4.3 (+/-2.2)	<0.001°
ATCD de TCA	0	5 (4.7%)	3 (17.6%)	2 (2.2%)	<0.05*
ATCD spanioménorrhée ou aménorrhée	0	44 (41%)	10 (59%)	34 (38%)	0.090*
ATCD IMC < ou = 18.5	0	39 (36%)	3 (18%)	36 (40%)	0.065*
IMC actuel < ou = 18.5	0	9 (8%)	0 (0%)	9 (10%)	0.197*
IMC actuel >18.5 et <25	0	70 (65%)	6 (35%)	64 (71%)	<0.05*
IMC actuel >25 et <30	0	16 (14%)	4 (24%)	12 (13%)	0.279*
IMC actuel >30	0	12 (11%)	7 (41%)	5 (6%)	<0.001*

Tableau 3: Description des caractéristiques pondérales de la population totale et comparaison selon le dépistage au test SCOFF (positif ou non)

N : Effectif ; M : Moyenne ; ET : Ecart Type ; DM : Données Manquantes ; IMC= Indice de Masse Corporel en kg/m² ; ATCD= Antécédent
p-value° : Test de Wilcoxon ; p-value* : Test de Fischer ; En gras : significatif au seuil alpha = 0.05

Le Tableau 4 détaille les pourcentages de réponses pour chacune des questions du test SCOFF, dans la population totale, et selon le dépistage positif ou non.

Questions du test SCOFF	DM	Total N=107 N (%)	Dépistage SCOFF positif N=17	Dépistage SCOFF négatif N=90	p-value
Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé?	0	5 (5%)	4 (4%)	1 (1%)	<0.05
Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?	0	17 (16%)	10 (59%)	7 (8%)	<0.001
Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en trois mois ?	0	14 (13%)	8 (47%)	6 (7%)	<0.001
Pensez-vous que vous êtes grosse alors que d'autres vous trouvent trop mince ?	0	15 (14%)	7 (41%)	8 (9%)	<0.05
Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?	0	13 (12%)	12 (71%)	1 (1%)	<0.001

Tableau 4: Description des réponses au test SCOFF de la population totale et comparaison selon le dépistage au test SCOFF (positif ou non)

N : Effectif ; DM : Données Manquantes ; p-value: Test de Fisher ; En gras : significatif au seuil alpha = 0.05

Qualité de vie

Comme représenté dans le Tableau 5, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative selon le groupe (dépistage positif ou non) concernant les différentes dimensions du questionnaire sur la qualité de vie. Les deux premières questions (A et B) obtiennent des scores de 3 sur 4 (ou proche de 3 sur 4), ce qui signifie que globalement la population estime son état de santé comme étant « *bon* », et qu'elle est « *satisfaite* » de sa qualité de vie. Les autres dimensions ont des scores sur 24.

Variables	DM	Total N=107 M (+/- ET)	Dépistage SCOFF positif N=17	Dépistage SCOFF négatif N=90	p-value
A (/ 4)	0	3.0 (+/-0.7)	3.0 (+/-0.7)	3.0 (+/-0.7)	0.7
B (/ 4)	0	2.9 (+/-0.7)	2.8 (+/-0.6)	2.9 (+/-0.8)	0.6
« Vie émotionnelle » (/24)	0	13.5 (+/-4.5)	13.8 (+/-4.7)	13.5 (+/-4.5)	0.7
« Esprit-Corps » (/24)	0	16.3 (+/-5.2)	16.2 (+/-5.2)	16.4 (+/-5.2)	0.9
« Relationnel » (/24)	0	17.9 (+/-3.4)	16.9 (+/-3.5)	18.2 (+/-3.4)	0.1
« Social » (/24)	0	16.8 (+/-3.9)	17 (+/-3.5)	16.8 (+/-3.9)	0.9

Tableau 5: Représentation des scores au questionnaire FertiQoI selon les différentes dimensions et selon le dépistage SCOFF

N : Effectif ; M : Moyenne ; ET : Ecart Type ; DM : Données Manquantes

p-value : Test de Wilcoxon

A : quel est votre état de santé d'après vous ? ; B : Etes-vous satisfaite de votre qualité de vie ? Thomas Fréour,

2.1.7 Discussion et limites

Cette étude transversale exploratoire nous donne une photographie de la situation concernant les TCA dans une population de femmes qui consultent pour infertilité. Notre premier objectif a été d'évaluer la prévalence d'un dépistage positif des TCA à l'aide des 5 questions du questionnaire SCOFF. Ainsi, 15.9 % des patientes incluses dans l'étude durant ces neuf mois présentent un dépistage positif. Etant donné qu'il s'agit d'un test de dépistage, il serait nécessaire de faire un entretien structuré ou semi-structuré à ces patientes dépistées, afin de faire ou non le diagnostic. Nous avons ensuite comparé deux groupes de patientes : celui regroupant les femmes dépistées positivement versus celui concernant les femmes avec un dépistage négatif. Ces deux groupes sont similaires concernant les caractéristiques sociodémographiques. Par contre, nous avons montré des différences significatives au sujet des caractéristiques pondérales. L'IMC actuel et l'IMC maximum depuis la puberté des femmes dépistées positivement pour un TCA sont plus élevés que les femmes dépistées négativement. De même, l'écart entre l'IMC actuel et l'IMC minimum depuis la puberté est significativement plus important chez femmes dépistées pour un TCA, signifiant une variation pondérale plus importante dans ce groupe de femmes. Nous n'avons pas pu mettre en évidence une différence significative entre les deux groupes concernant un antécédent d'IMC ou un IMC actuel inférieur ou égal à 18.5 kg/m². Cela peut être dû à

un manque de puissance car nous avons un faible échantillon (un groupe avec $n < 30$). Néanmoins, nous notons un pourcentage bien plus important d'antécédent d'IMC bas et d'IMC actuel bas dans le groupe de femmes ayant un dépistage négatif pour un TCA. Comme nous l'avons précédemment dit, la maigreur ne présage pas d'un TCA. Cependant, ces différences sont remarquables. Les femmes avec un antécédent d'IMC bas ont peut-être pour certaines souffert d'un TCA actuellement en guérison. Les 9 femmes qui ont un IMC actuel bas nous interrogent sur un éventuel déni que le questionnaire n'arriverait pas à outrepasser. De plus, nous retrouvons dans le groupe de patientes dépistées positivement un taux significativement plus important d'obèses, alors que le groupe de patientes avec un test SCOFF négatif concerne significativement plus de patientes ayant un poids dans les normes. Lorsqu'on relit les cinq questions du test, on peut aussi se demander s'il ne serait pas intéressant de faire un entretien diagnostique s'il y a une seule réponse « oui ». En effet, les questions sont déjà assez suggestives. Par exemple, les deux patientes qui ont des antécédents de TCA, mais qui sont négatives au dépistage par le SCOFF, ont actuellement un IMC normal et seulement 1 point de dépistage au SCOFF, l'une « *se fait vomir parce qu'elle se sent mal d'avoir trop mangé* », l'autre « *s'inquiète d'avoir perdu le contrôle de ce qu'elle mange* ». Ne peut-on pas considérer qu'il soit possible qu'il y ait un trouble alimentaire persistant, même *a minima*, chez ces patientes ? La question dans cette population qui semble la moins discriminante est peut-être « *Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en trois mois ?* », car il est souvent demandé aux femmes en surpoids ou obèses de perdre du poids avant de débiter une aide à la procréation.

a. Limites de l'étude

Comme il s'agit d'une étude transversale, on ne peut bien évidemment pas faire de relation cause-effet. Le test SCOFF est seulement un test dépistage et les résultats ne présagent pas du taux de prévalence d'un TCA (pour lequel un diagnostic est nécessaire).

Nous sommes nécessairement confrontés à un biais de sélection. D'une part, les auto-questionnaires ont été délivrés par les praticiens du centre de la reproduction de façon non systématique, donc toutes les patientes qui correspondaient aux critères d'inclusions n'ont pas eu le questionnaire, introduisant la part subjective de ces études cliniques. Il est utile de préciser que les praticiens sont déjà amenés à délivrer d'autres formulaires ou questionnaires dans le cadre de leurs protocoles, ce qui ne facilite pas la délivrance d'un questionnaire supplémentaire. D'autre part, certaines patientes n'ont pas retourné leur questionnaire, sans qu'il nous soit possible de comparer leurs caractéristiques avec celles des femmes qui ont bien retourné leur questionnaire.

Nous avons eu deux fois moins de patientes que le nombre escompté, donnant un faible échantillon concernant le groupe dont le dépistage est positif. Nous n'avons pas pu montrer une différence significative entre les deux groupes concernant certaines variables (notamment les dimensions du test FertiQol), mais nous

ne pouvons pas faire de conclusion trop hâtive à ce propos puisque cela peut être dû au manque de puissance de notre étude du fait du faible échantillon.

Ces résultats ne visent que la population de femmes infertiles qui consultent dans un centre pour une aide à la procréation, et ne sont donc pas extrapolables à la population générale de femmes infertiles.

De plus, nous n'avons pas comparé ces résultats avec la population générale ou encore avec un échantillon de femmes fertiles.

b. Forces de l'étude

Les questionnaires sont globalement bien remplis, avec peu de données manquantes. Le taux de retour est bon. Cela est probablement dû à ce type de patiente qui est en demande de soins et plutôt bien « disciplinée ». Cela nous permet de penser la possibilité de mettre en place le deuxième volet de l'étude. De plus, les résultats nous confortent dans l'intérêt de nous pencher sur cette population concernant les TCA, avec la nécessité de tenter de faire un diagnostic, afin d'évaluer un taux de diagnostics positifs plutôt que de dépistages positifs. Enfin, ces résultats cultivent notre curiosité à caractériser cette population de femmes selon la présence ou non d'un TCA.

2.2 Etude monocentrique, transversale, contrôlée, non randomisée, portant sur le désir d'enfant et les troubles des conduites alimentaires d'une population de femmes infertiles du service de BMDR du CHU de Nantes

2.2.1 Justification de la recherche

Comme cela a été décrit au début de ce travail, les notions de désir d'enfant et de représentations maternelles semblent primordiales à aborder dans la prise en charge globale des femmes souffrant d'infertilité, mais également de TCA, intégrant tous les enjeux conflictuels réactivés au moment de la maternité. Pourtant, peu de travaux ont porté sur ce sujet.

Ainsi, nous avons proposé dans les suites de la première étude, un deuxième volet axé sur le désir d'enfant et les TCA auprès de femmes infertiles, afin d'actualiser les données épidémiologiques, mais également de mieux caractériser cette population particulière de patientes. Cette étude nous a également permis d'évaluer la fréquence de TCA diagnostiqués dans cette population.

2.2.2 Hypothèses et objectifs

a. Hypothèses de travail

Hypothèse principale

Nous supposons que le désir d'enfant des femmes consultant pour une AMP et souffrant d'un TCA est plus ambivalent que celui des femmes qui ne souffrent pas d'un TCA

Hypothèses secondaires

- 1) Nous supposons que le profil clinique des femmes consultant pour une AMP est différent selon qu'elles souffrent ou non d'un TCA, en termes de dysmorphophobie, de sexualité, de niveau d'anxiété et de dépression, et de qualité de vie.
- 2) Nous supposons que le taux de fréquence de femmes souffrant ou ayant souffert de TCA est supérieur dans cette population par rapport à la fréquence des TCA dans la population générale décrite dans la littérature.

b. Objectifs

Objectif principal

Evaluer le désir d'enfant d'une population de femmes consultant pour une AMP, selon qu'elles présentent ou non un TCA

- Critère de jugement principal

Le désir d'enfant a été évalué à l'aide d'un auto-questionnaire (FZK = Fragebogen zum Kinderwunsch) de 20 questions. A partir de ce questionnaire, nous calculons un score global, puis un score pour chacune des trois dimensions suivantes : **(i)** l'amélioration de l'estime de soi, **(ii)** la stabilisation émotionnelle, **(iii)** l'ambivalence.

Objectifs secondaires

- 1) Caractériser le profil clinique des femmes consultant pour infertilité selon qu'elles ont ou non un TCA, en termes de :
 - Dismorphophobie
 - Sexualité
 - Niveau d'anxiété et de dépression
 - Qualité de vie
- 2) Estimer la prévalence des TCA vie-entière diagnostiqués dans une population de femmes infertiles
 - Critères de jugement secondaire :
 - 1) Le score au Body Shape Questionnaire (BSQ) permet d'évaluer la dysmorphophobie. La sexualité est évaluée à l'aide du Questionnaire d'Histoire Sexuelle (QHS). L'anxiété et la dépression sont évaluées grâce au questionnaire Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Enfin, le questionnaire FertiQol international permet l'évaluation de la qualité de vie.
 - 2) En cas de suspicion d'un TCA passé ou actuel par la passation de l'auto-questionnaire (antécédent de TCA, IMC le plus bas depuis la puberté, IMC actuel et dépistage des TCA par le SCOFF), nous avons procédé à un rappel téléphonique afin de confirmer ou non le diagnostic à l'aide d'un entretien structuré (MINI).

2.2.3 Population étudiée

a. Description de la population

L'étude a porté sur les patientes ayant un désir de grossesse et consultant dans le service de BMDR de Nantes pour une AMP dans le cadre d'une infertilité. Les inclusions ont été réalisées du 1^{er} janvier au 31

décembre 2014. Le nombre de sujets nécessaires a été déterminé en se basant sur le critère principal, et notamment sur le score d'ambivalence du questionnaire de désir d'enfant. Il était attendu un score plus élevé de 20% chez les femmes présentant un TCA par rapport aux autres sur ce score. Le score attendu dans le groupe sans TCA a été considéré comme équivalent à celui de la population générale (donnée la littérature : 14.2 points) soit un différentiel attendu de 2.8 points ($14.2 \times 20\%$) entre les deux groupes. L'écart-type attendu dans l'échantillon sur ce score a été évalué à 4.25 (donnée de la littérature). En outre, la détermination du nombre de sujets nécessaires a été faite avec un risque de première espèce de 5% et une puissance de 90%. Enfin, la prévalence des TCA dans une population infertile est estimée entre 15% et 40% des femmes. Nous avons choisi comme hypothèse un rapport de 6 femmes sans TCA pour 1 femme avec TCA (14%, déséquilibre le plus défavorable). Ces hypothèses ont donné une estimation du nombre de sujets nécessaires à 203 patientes (29 femmes avec TCA et 174 sans TCA). Nous avons proposé la règle suivante pour le nombre de sujets nécessaires : au moins 203 patientes avec au minimum 30 patientes ayant un TCA, permettant une plus large palette de tests statistiques pour comparer les deux groupes (ceux-ci étant alors définis comme des « grands échantillons » au sens statistique).

b. Critères d'inclusion

- Femme
- Majeure
- Vivant en couple
- Infertile (critères de l'OMS)
- Consultant dans le Service de BMDR pour une AMP
- Ayant une bonne compréhension du français, sachant lire et écrire
- Acceptant de participer à l'étude

c. Critères d'exclusion

- Grossesse au moment de l'évaluation (méthode d'AMP ayant réussi)
- Infertilité exclusive du conjoint
- Troubles des fonctions supérieures (troubles cognitifs sévères ou confusion) ou psychotiques (hallucinations, syndrome délirant) pouvant interférer avec l'étude
- Majeure protégée (tutelle, curatelle)

2.2.4 Méthodologie de l'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique, transversale, non randomisée, contrôlée (= comparaison de deux groupes en fonction de la présence ou non d'un TCA).

d. Procédure

Le protocole a été approuvé par le Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS), la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés), et le CPP (Comité de Protection des Personnes) (Annexe 5).

Les praticiens du service de BMDR, à qui une fiche concernant la procédure (Annexe 6) avait été remise, ont procédé aux inclusions.

Les patientes consultant dans le service de BMDR du CHU de Nantes et éligibles selon les critères d'inclusion se sont vues proposer la participation à l'étude après une information claire de la part du praticien hospitalier. Après avoir lu la note d'information qui lui était remise (Annexe 7), chaque patiente a acté son accord par la signature du consentement, dont elle a gardé un exemplaire. Le praticien hospitalier lui a alors remis le livret d'auto-questionnaires (concernant le désir d'enfant, les TCA, la dysmorphophobie, la sexualité, la qualité de vie, l'anxiété et la dépression) et une enveloppe préaffranchie permettant le retour. Cet auto-questionnaire (Annexe 8) comprenait le recueil de :

- Données socio-démographiques : âge, situation familiale, niveau d'études, activité professionnelle, catégorie socio-professionnelle.
- Données sur les conduites alimentaires et données pondérales : dépistage des TCA (questionnaire SCOFF), histoire pondérale (poids actuel, poids minimal et maximal depuis la puberté, poids idéal), taille, IMC, antécédent de suivi pour un TCA, antécédent d'aménorrhée ou de dysménorrhée.
- Données sur le désir d'enfant
- Données sur la dysmorphophobie
- Données sur un éventuel trouble anxieux ou dépressif
- Données sur la qualité de vie
- Données sur la sexualité

De plus, la patiente, avec le médecin, a complété le formulaire d'inclusion et le formulaire de contact dans lequel elle a précisé son numéro de téléphone ainsi que les jours et heures souhaités pour un rappel téléphonique. En effet, la patiente a été informée de l'éventuel rappel téléphonique en cas de suspicion d'un TCA antécédent ou actuel, selon les critères suivants :

- Dépistage positif au test SCOFF

- IMC le plus bas (depuis la puberté ou actuel) inférieur ou égal à 18.5 kg/m²
- Antécédent de suivi pour un TCA

Le rappel téléphonique permettait de faire un entretien structuré court afin de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'un TCA actuel ou passé. Si le diagnostic était confirmé, je conseillais à la patiente d'échanger avec le médecin de la reproduction ou son médecin généraliste à ce sujet. L'entretien téléphonique a été privilégié à un entretien *de visu* pour diminuer au maximum les contraintes pour les patientes et améliorer la faisabilité de l'étude.

Un cahier d'observation (CRF) a été créé pour chaque patiente (Annexe 9).

Toutes les données ont été recueillies via les questionnaires (auto-questionnaires ou entretien structuré). Un codage des patientes a été réalisé afin d'anonymiser les données. Il s'agit de la seule information qui figure sur le cahier d'observation et le cahier d'auto-questionnaires permettant de les rattacher à la patiente.

Chaque semaine je passais dans le service de la reproduction pour récolter les questionnaires retournés par les patientes et pour faxer les feuilles d'inclusion au Département Promotion.

e. Description des outils d'évaluation

SCOFF (Garcia et al., 2010; Luck et al., 2002; J. F. Morgan et al., 1999; Perry et al., 2002)

Précédemment décrit.

FertiQoL International (Boivin et al., 2011)

Précédemment décrit.

Questionnaire sur le désir d'avoir un enfant « Fragebogen zum Kinderwunsch », FKW (Hölzle & Wirtz, 2001)

Il permet d'identifier les attentes et les appréhensions liées à la grossesse, l'accouchement et la parentalité. Il utilise 20 questions qui sont cotées de 1 (pas du tout) à 5 (très). Ce questionnaire permet d'évaluer le désir d'enfant selon 3 dimensions : **(i)** l'amélioration de l'estime de soi (items 1, 3, 5, 6, 11, 18, 19), **(ii)** la stabilisation émotionnelle (items 10, 12, 13, 14, 15, 20), et **(iii)** l'ambivalence (concernant la parentalité, le partenaire, la carrière professionnelle), (items 2, 4, 7, 8, 9, 16, 17). Un score global est également calculable en additionnant les scores concernant les deux premières dimensions avec le score inversé de la troisième dimension (= ambivalence). Ce questionnaire est uniquement disponible en allemand. Nous avons effectué une traduction qui a été vérifiée et corrigée par une germanophone. Cependant, cette validation en langue française n'a pas été validée. Par ailleurs, le questionnaire a été utilisé en population de femmes infertile (T. Wischmann et al., 2001), mais n'a jamais été utilisé pour des patientes souffrant de TCA.

Body shape questionnaire (BSQ) (Cooper, Taylor, Cooper, & Fairbum, 1987) (Rousseau et al., 2005)

Le BSQ est un auto-questionnaire unidimensionnel de 34 items cotés en six points, permettant de mesurer les préoccupations concernant le poids et la forme du corps. Il inclut des items relatifs à la préoccupation excessive centrée sur le poids et la silhouette, l'embarras en public, l'interdiction de certaines activités et l'exposition de son propre corps, et les sensations de grosseur éprouvées après avoir mangé.

Le score est compris entre 34 et 204 et peut être interprété à l'aide des valeurs seuils suivantes :

- < 80 : pas de préoccupation concernant le poids ou la forme du corps
- 80-110 : préoccupation faible concernant le poids ou la forme du corps
- 111-140 : préoccupation modérée concernant le poids ou la forme du corps
- > 140 : préoccupation marquée concernant le poids ou la forme du corps

Le BSQ est un outil largement utilisé au niveau international dans les recherches sur les TCA et a été validé en français avec de bonnes qualités métrologiques (Rousseau et al., 2005). A l'instar de Cooper et al., les auteurs ont utilisé l'Eating Disorder Inventory (EDI) afin de s'assurer de la validité concourante avec le BSQ. Les auteurs ont procédé à une analyse factorielle en composante principale qui suggère une solution à 4 facteurs : (i) évitement et honte sociale de l'exposition du corps, (ii) insatisfaction corporelle par rapport aux parties inférieures du corps, (iii) usage de laxatifs et de vomissements pour réduire l'insatisfaction corporelle, (iv) cognitions et comportements inadaptés afin de contrôler le poids.

Les auteurs ont conclu que le BSQ permet d'explorer le rôle d'une préoccupation excessive de l'apparence du corps dans le développement, le maintien et le traitement des TCA.

Questionnaire d'histoire sexuelle (QHS) (Schover, Friedman, Weiler, Heiman, & LoPiccolo, 1982)

Ce questionnaire permet d'évaluer les problèmes de désir, ainsi que les autres problématiques sexuelles de couple associées à la baisse du désir. La diversité des questions permet d'étudier la sexualité sur un plan quantitatif (par la fréquence des rapports) et sur un plan qualitatif (par les questions portant sur la satisfaction générale apportée par les rapports sexuels). Le questionnaire permet également de rechercher une diminution de la libido. Les autres problèmes sexuels pouvant être à l'origine d'une diminution de la quantité et de la qualité des rapports sexuels sont également recherchés. Nous avons utilisé la version courte de 28 questions dont une est réservée aux hommes. Il s'agissait alors de faire passer 27 questions. Les questions à choix multiples ont un nombre d'options de réponse qui varie avec des échelles de réponses différentes. Une des principales limites de ce questionnaire pour la recherche est l'absence d'un score global fiable et validé qui permettrait de mesurer les différences concernant la sexualité de façon générale entre deux groupes ou à travers le temps. Ainsi, un nouveau système de score a été développé pour générer un seul score : « fonctionnement sexuel global » (Davis, Yarber, Bauserman, Schreer, & Davis, 2004). Ce score s'appuie sur seulement 12 items des 27. Ces items ont été sélectionnés car

ils représentent des domaines variables de la fonction sexuelle: fréquence des activités sexuelles, désir sexuel, capacités d'excitation et orgasmiques. Pour 6 questions sur les 12, une réponse telle que « je n'ai jamais essayé » est cotée comme donnée manquante (alors que dans le questionnaire elle correspond au score maximum). Au total, nous obtenons un score entre 0 et 1. Un plus faible score indique un meilleur fonctionnement sexuel.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (Zigmond & Snaith, 1983)

Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation de la symptomatologie anxieuse et dépressive, composée de 14 questions. Elle permet de diagnostiquer les troubles anxieux et dépressifs chez les patientes hospitalisées pour des affections somatiques. Elle a été validée aussi bien dans le dépistage des patients anxieux ou déprimés, que dans le suivi de ces patients afin d'apprécier leurs changements d'état. Cet auto-questionnaire évalue le niveau actuel de la symptomatologie dépressive et anxieuse en ne prenant pas en compte les symptômes somatiques. La version française de cette échelle a fait l'objet de travaux de validation (Razavi, Delvaux, Farvacques, & Robaye, 1989).

Nous pouvons interpréter chacune des dimensions (anxiété et dépression) à l'aide des valeurs-seuils suivantes :

- Score ≤ 7 : pas de symptomatologie
- $8 \leq \text{score} \leq 10$: symptomatologie douteuse
- Score ≥ 11 : symptomatologie certaine

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Lecrubier et al., 1997)

Le MINI est un entretien clinique structuré visant au diagnostic des troubles mentaux de l'axe 1 (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles liés à l'usage de substance, syndrome psychotique, TCA), basé sur le DSM-IV. Pour l'anorexie mentale, 3 des 4 critères du DSM-IV doivent être présents. Pour la boulimie nerveuse, les 5 critères du DSM-IV doivent être présents.

L'hyperphagie boulimique, initialement non évaluée par le MINI, a été insérée. Le premier critère est identique à celui de la boulimie nerveuse (épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée). La distinction avec la boulimie nerveuse se fait principalement par l'absence de comportements compensatoires. La distinction des troubles sub-syndromiques reste en pratique très difficile à faire avec seulement le MINI.

2.2.5 Analyses statistiques

Des analyses descriptives de l'échantillon global et également de la distribution dans les deux groupes constitués selon la présence ou non d'un TCA vie-entière diagnostiqué ont été réalisées pour l'ensemble des variables recueillies (analyses univariées exploratoires).

Concernant les variables quantitatives, nous avons relevé la moyenne et l'écart-type. Des comparaisons de moyennes entre les deux groupes ont été effectuées (Test de Wilcoxon du fait d'un effectif $n < 30$ pour le groupe avec un TCA actuel ou passé diagnostiqué).

Concernant les variables qualitatives, la répartition des patientes dans la population totale, puis selon chacun des groupes, a été étudiée et représentée sous forme de pourcentages. Ceux-ci ont été comparés selon chacun des groupes à l'aide du test du χ^2 ou du test de Fisher selon les effectifs (si $n < 5$ dans l'une des modalités).

Des modèles multivariés ont ensuite été appliqués sur l'ensemble des sujets inclus. L'ensemble des critères de jugement (principal ou secondaires) était de nature continue. Nous avons donc effectué des régressions linéaires pour expliquer ces critères par la présence ou non de TCA. Des ajustements ont été réalisés sur d'autres variables (IMC, âge, anxiété, dépression...). Certains critères de jugements ont pu aussi donner lieu à des seuils, cela a permis de créer des groupes de patients. L'appartenance à ces groupes a pu être modélisée par des régressions logistiques et expliquée par la présence ou non de TCA, en ajustant les résultats avec des covariables (IMC, âge...). Nous avons testé l'association entre les potentielles covariables et la variable à expliquer à l'aide de modèles univariés. Ainsi, nous avons sélectionné les variables à inclure dans notre modèle multivarié, en prenant en compte un seuil de significativité de 0.25. Nous avons ensuite construit notre modèle multivarié en incluant les variables explicatives sélectionnées, puis nous avons procédé à une sélection pas à pas descendante manuelle afin de ne conserver que les variables significatives au seuil alpha de 0.05.

Un taux de prévalence des TCA actuels ou passés diagnostiqués a été estimé à l'aide d'un intervalle de confiance à 95%. Le nombre de sujets nécessaires a été calculé à 203. Concernant les tests comparatifs, le seuil de significativité alpha était de 0.05.

Les analyses ont été effectuées avec le logiciel Stata v13 (Stata Corp, College Station, Texas, 2014).

2.2.6 Résultats

« Je vous arrête tout de suite, je n'ai pas de problème de poids ou d'alimentation, mais c'est lié au stress. »

« Je vois le Dr D. pour des problèmes d'infertilité mais je pense que c'est lié à mon manque d'estime et à un problème par rapport à mon corps. »

« Au début de mes crises de boulimie, j'ai vu une diététicienne, et elle me l'a dit, quand ça va pas mon refuge c'est la bouffe. »

« J'ai beaucoup perdu suite à un choc émotionnel, là je suis dans une bonne période. »

- Quelques réflexions de la part des patientes pour lesquelles un diagnostic de TCA passé ou actuel a été fait lors du rappel téléphonique -

a. Description socio-démographique de l'échantillon

Soixante-et-onze patientes ont été incluses dans l'étude et 60 femmes (soit 85%) ont renvoyé leur questionnaire. Des comparaisons détaillées entre les patientes qui n'ont pas retourné leur questionnaire et celles qui l'ont fait n'ont pas pu être réalisées. Nous n'avons également pas pu effectuer de comparaisons entre les femmes qui ont accepté l'inclusion et celles qui l'ont refusée. Nous savons qu'une des onze patientes qui n'ont pas renvoyé le questionnaire a finalement refusé de participer à l'étude trouvant l'auto-questionnaire trop intime et difficile. Il s'agissait d'une patiente ayant des troubles alimentaires encore actifs.

Sur les 60 patientes, 19 ont été rappelées par téléphone (soit 32%) et un diagnostic de TCA actuel ou passé a été fait pour 10 (soit 17 %) :

- Cinq patientes (8%) avaient un antécédent d'AN et une patiente (2%) souffrait actuellement d'AN.
- Deux patientes (3%) avaient un antécédent de BN et une patiente (2%) souffrait actuellement de BN.
- Une patiente (2%) avait un antécédent d'hyperphagie.

Les patientes étaient âgées de 23 à 40 ans (âge moyen et médian de 32 ans). Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative concernant les données socio-démographiques selon la présence ou non de TCA (Tableau 6). Nous avons retrouvé peu de données manquantes.

Variables	DM	Total N=60 N (%) ou M (+/- ET)	Diagnostic TCA positif N=10	Diagnostic TCA négatif N=50	p-value
Age	0	32 (+/-4)	31 (+/-4)	32 (+/-4)	0.399°
Enfants	0				
<i>non</i>		43 (72%)	8 (80%)	35 (70%)	0.709*
<i>oui</i>		17 (28%)	2 (20%)	15 (30%)	
<i>Avec le conjoint actuel ?</i>	0	15 (88%)	1	14	0.228*
<i>AMP ?</i>		7 (41%)	0	7	0.331*
Temps de suivi pour infertilité 1 ^{ère} consultation	0	4 (6%)	0 (0%)	4 (8%)	0.509*
<i>< 1 an</i>		16 (27%)	1 (10%)	15 (30%)	
<i>De 1 à 2 ans</i>		16 (27%)	4 (40%)	12 (24%)	
<i>> 2 ans</i>		24 (40%)	5 (50%)	19 (38%)	
Nombre d'années de scolarité	6				0.642*
<i><12 ans</i>		42 (70%)	3 (30%)	9 (18%)	
<i>>12 ans</i>		12 (30%)	6 (60%)	36 (72%)	
Statut professionnel actuel	1				
<i>Active</i>		53 (88%)	9 (90%)	44 (88%)	1*
<i>Inactive</i>		7 (12%)	1 (10%)	6 (12%)	

Tableau 6: Description des caractéristiques socio-démographiques de la population totale et comparaison selon le diagnostic de TCA (positif ou non)

N : Effectif ; M : Moyenne ; ET : Ecart-Type ; DM : Données Manquantes ; p-value° : Test de Wilcoxon ; p-value*: Test de Fischer

b. Description des caractéristiques pondérales de l'échantillon

Nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative entre les deux groupes distincts selon la présence ou non de TCA, concernant la plupart des variables pondérales (Tableau 7). De façon logique, nous retrouvons un pourcentage plus important de dépistages positifs au test SCOFF ($p < 0.001$), mais également de patientes avec un antécédent d'IMC inférieur ou égal à 18.5 kg/m^2 , dans le groupe de femmes avec un diagnostic de TCA vie-entière positif comparé au groupe de femmes sans TCA actuel ou passé.

Comme représenté sur la figure 3, trois patientes de l'échantillon (soit 5%) ont notifié avoir déjà été prises en charge pour des TCA (anorexie et/ou boulimie) et l'une d'entre elles présente un TCA à type de BN actuel au moment de l'étude. Sept patientes (soit 12%) ont eu un dépistage positif de leur TCA par le test SCOFF. Un diagnostic de TCA actuel ou passé a été confirmé pour 6 d'entre elles, parmi lesquelles 50% ($n=3$) ont un TCA actuel (dont 1 anorexie, 2 boulimies) et l'autre moitié ($n=3$) a un TCA passé (dont 2 anorexies et 1 hyperphagie).

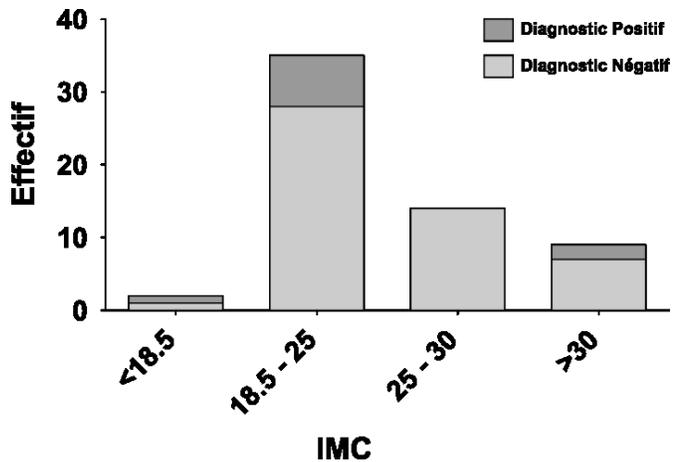


Figure 3 : Effectifs de patientes selon la classe d'IMC et le diagnostic d'un TCA

IMC : Indice de Masse Corporelle en kg/m^2

Variables	DM	Total N=60 N (%) ou M (+/- ET)	Diagnostic TCA positif N=10	Diagnostic TCA négatif N=50	p-value
IMC minimum	2	20.3 (+/-3.4)	19.4 (+/-5.1)	20.5 (+/-2.9)	0.060°
IMC maximum	0	26.2 (+/-6.3)	25.6 (+/-7.9)	26.3 (6.1)	0.321°
IMC actuel	0	24.4 (+/-5.38)	23.3 (+/-6.9)	24.6 (+/-5.1)	0.113°
IMC idéal	0	21.8 (+/-2.9)	21.5 (+/-4.6)	21.8 (+/- 2.4)	0.127°
Différence entre IMC actuel et IMC minimum	2	4.0 (+/-3.6)	3.9 (+/-3.3)	4.1 (+/-3.7)	0.959°
Différence entre IMC actuel et IMC maximum	0	-1.8 (+/- 1.95)	-2.4 (+/-2.0)	-1.6 (+/-1.94)	0.394°
Différence entre IMC maximum et IMC minimum	2	5.8 (+/-4.7)	6.2 (+/-3.8)	5.7 (+/-4.9)	0.333°
ATCD de spanioménorrhée ou d'aménorrhée	0				
<i>oui</i>		25 (42%)	6 (60%)	31 (62%)	0.294*
<i>non</i>		35 (58%)	4 (40%)	19 (38%)	
ATCD IMC < ou = 18.5	0				
<i>oui</i>		19 (32%)	7 (70%)	12 (24%)	<0.01*
<i>non</i>		41 (68%)	3 (30%)	38 (76%)	
IMC actuel < ou = 18.5	0	2 (3%)	1 (10%)	1 (2%)	0.308*
IMC actuel >18.5 et<25	0	35 (58%)	7 (70%)	28 (56%)	0.499*
IMC actuel >25 et <30	0	14 (23%)	0 (0%)	14 (28%)	0.054*
IMC actuel >30	0	9 (15%)	2 (20%)	7 (14%)	0.637*
Test de dépistage SCOFF					
<i>Positif</i>	0	7 (12%)	6 (60%)	1 (2%)	<0.001*
<i>Négatif</i>		53 (88%)	4 (40%)	49 (98%)	

Tableau 7: Description des caractéristiques pondérales de la population totale et comparaison selon le diagnostic de TCA (positif ou non)

N : Effectif ; M : Moyenne ; ET : Ecart Type ; DM : Données Manquantes ; IMC= Indice de Masse Corporelle en kg/m² ; ATCD= Antécédent
p-value° : Test de Wilcoxon ; p-value* : Test de Fischer ; En gras : significatif au seuil alpha = 0.05

c. Le désir d'enfant

Lors des analyses univariées, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative concernant le score global et chacune des dimensions du questionnaire sur le désir d'enfant, selon la présence ou non d'un diagnostic de TCA actuel ou passé (Tableau 8).

Variables	DM	Total N=60 M (+/- ET)	Diagnostic TCA positif N=10	Diagnostic TCA négatif N=50	p-value
Score global	0	34.7 (+/- 6.9)	36.0 (+/-5.9)	34.4 (+/-7.1)	0.525
Estime de soi	0	27.7 (+/-5.4)	28.1 (+/-5.3)	27.6 (+/- 5.4)	0.728
Stabilisation émotionnelle	0	20.9 (+/-3.2)	22.1 (+/-3.3)	20.7 (+/-3.2)	0.204
Ambivalence	0	13.9 (+/- 4.3)	14.2 (+/-6.0)	13.9 (+/-4.0)	0.992

Tableau 8: Analyses univariées concernant le désir d'enfant

N : Effectif ; M : Moyenne ; ET : Ecart Type ; DM : Données Manquantes

p-value : Test de Wilcoxon

Nous avons ensuite sélectionné des covariables d'ajustement en nous basant sur des critères cliniques et sur des analyses univariées qui ont testé l'association entre chaque covariable et le désir d'enfant. Le tableau 9 présente les résultats pour le score global de désir d'enfant et chacune des trois dimensions. Après ajustement, nous n'avons pas pu mettre en évidence d'association significative entre la présence d'un TCA et le désir d'enfant (score global et trois dimensions). Néanmoins certaines informations doivent être soulignées.

Tout d'abord, concernant le score global de désir d'enfant. Plus l'IMC actuel est élevé, plus le score est élevé, de façon significative ($p < 0.001$). Cette variable explique 16% de la variance (R^2 ajusté = 0.16).

L'ambivalence est significativement associée au score de dysmorphophobie : plus celui-ci est important, plus la patiente est ambivalente quant à son désir d'enfant ($p < 0.001$). De même, plus l'IMC actuel est faible, plus la patiente est ambivalente quant à son désir d'enfant ($p = 0.003$). Ces deux variables expliquent 21% de la variance (R^2 ajusté = 0.21).

Le score de dysmorphophobie est également lié aux deux autres dimensions : un score élevé est associé significativement à « un désir d'enfant pour une stabilisation émotionnelle » ($p = 0.002$), et à « un désir d'enfant pour l'estime de soi » ($p = 0.001$). De plus, la dimension « stabilisation émotionnelle » dans le désir d'enfant est associée significativement à la qualité de vie au niveau émotionnel : plus la qualité de vie est bonne au niveau émotionnel, moins ce désir d'enfant vise à répondre à une stabilisation émotionnelle ($p = 0.022$).

Donc, les préoccupations corporelles semblent être une notion liée au désir d'enfant et notamment à notre variable d'intérêt « l'ambivalence ». De plus, nous retrouvons également une association avec l'IMC actuel. Ainsi, même si notre variable « diagnostic positif de TCA » ne ressort pas comme significative dans nos analyses, nous retrouvons des variables en lien avec les troubles alimentaires.

Variables	Coefficient β	SE	P-value	[IC-95%]
Score globale (R² ajusté = 0.16)				
IMC actuel	0.5	0.2	<0.001	[0.20 - 0.80]
Ambivalence (R² ajusté = 0.21)				
Score dysmorphophobie	0.10	0.02	<0.001	[0.04 - 0.10]
IMC actuel	-0.30	0.10	0.003	[-0.60 - -0.10]
Stabilisation émotionnelle (R² ajusté = 0.27)				
Score dysmorphophobie	0.04	0.01	0.002	[0.02 - 0.07]
Qualité de vie « émotionnelle »	-0.20	0.10	0.022	[-0.30 - -0.02]
Estime de soi (R² ajusté = 0.15)				
Score dysmorphophobie	0.10	0.02	0.001	[0.03 - 0.10]

Tableau 9: Analyses multivariées concernant le désir d'enfant

TCA : Troubles des Conduites Alimentaires ; IMC : Indice de Masse Corporelle en kg/m²

SE : Standard Error ; [IC-95%] : Intervalle de Confiance à 95%

R² ajusté : Coefficient de corrélation multiple ajusté (=Pourcentage de la variance expliquée par les covariables)

d. L'anxiété et la dépression (Tableau 10)

L'anxiété

Nous avons retrouvé un score global d'anxiété significativement plus élevé dans le groupe de patientes chez lesquelles était diagnostiqué un TCA actuel ou passé ($p < 0.05$). Par contre, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative concernant le pourcentage de patientes dans chacune des classes symptomatiques de l'anxiété (c'est à dire « pas de symptôme », « symptomatologie douteuse », « symptomatologie certaine »). Cependant, même si cela n'est pas significatif, nous remarquons une fréquence deux fois plus importante de patientes avec une symptomatologie anxieuse certaine dans le groupe « diagnostic TCA positif ».

La dépression

Nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative concernant le score global de dépression. Par contre, une différence significative était retrouvée concernant le pourcentage de patientes dans chacune des classes symptomatiques de la dépression ($p < 0.05$). Nous remarquons une fréquence plus importante de symptomatologie douteuse de dépression parmi les patientes chez lesquelles était diagnostiqué un TCA (actuel ou passé).

Globalement, nous pouvons remarquer que la symptomatologie anxieuse semble être plus fréquente dans cette population de femmes infertiles, et d'autant plus si la patiente souffre de TCA, que la symptomatologie dépressive.

Variables	DM	Total N=60 N (%) ou M (+/- ET)	Diagnostic TCA positif N=10	Diagnostic TCA négatif N=50	p-value
Score global Anxiété (/ 21)	0	9.0 (+/- 4.0)	11.2 (+/-4.0)	8.5 (+/-3.8)	<0.05°
<i>Score <=7</i>	0	20 (33%)	2 (20%)	18 (36%)	0.288*
<i>8<=score<11</i>	0	18 (30%)	2 (20%)	16 (32%)	
<i>Score>=11</i>	0	22 (37%)	6 (60%)	16 (32%)	
Score global Dépression (/21)	0	3.9 (+/-3.1)	5.1 (+/-3.0)	3.7 (+/-3.1)	0.125°
<i>Score <=7</i>	0	52 (87%)	7 (70%)	45 (90%)	<0.05*
<i>8<=score<11</i>	0	5 (8%)	3 (30%)	2 (4%)	
<i>Score>=11</i>	0	3 (5%)	0 (0%)	3 (6%)	

Tableau 10: Description des caractéristiques anxio-dépressives de la population totale et comparaison selon le diagnostic de TCA (positif ou non)

N : Effectif ; M : Moyenne ; ET : Ecart Type ; DM : Données Manquantes

p-value° : Test de Wilcoxon ; p-value* : Test de Fischer ; En gras : significatif au seuil alpha = 0.05

Score<=7 : pas de symptomatologie ; 8<=score<11 : symptomatologie douteuse ; Score >=11 : symptomatologie certaine

Un ajustement avec certaines variables qui seraient des potentiels facteurs de confusion nous semblait intéressant. Il s'agit par exemple de la durée du suivi. En effet, les soins dispensés dans un service de la reproduction peuvent entraîner des éléments anxieux et dépressifs, d'autant plus si la durée du suivi et donc des procédures est longue. De plus, des TCA peuvent entraîner un état dépressif ou anxieux mais également être la conséquence d'éléments anxio-dépressifs, par exemple dans les suites d'un long traitement dans un service de la reproduction. Après ajustement avec les potentiels facteurs de confusion et les variables sélectionnées avec nos analyses univariées, nous avons obtenu les résultats présentés dans les tableaux 11 et 12.

Variables	Coefficient β	SE	P-value	[IC-95%]
HAD dépression	0.5	0.1	<0.001	[0.3 - 0.8]
Âge	-0.2	0.1	0.030	[-0.3 - -0.2]
Qualité de vie émotionnelle	-0.3	0.1	<0.001	[-0.5 - -0.2]

Tableau 11: Analyse multivariée concernant l'anxiété

TCA : Troubles des Conduites Alimentaires ; IMC : Indice de Masse Corporelle en kg/m²

SE : Standard Error ; [IC-95%] : Intervalle de Confiance à 95% ; En gras : significatif au seuil alpha = 0.05

Variables	Coefficient β	SE	P-value	[IC-95%]
HAD anxiété	0.4	0.1	<0.001	[0.2 - 0.5]
Qualité de vie « Esprit-corps »	-0.2	0.1	0.001	[-0.3 - -0.1]

Tableau 12: Analyse multivariée concernant la dépression

TCA : Troubles des Conduites Alimentaires ; IMC : Indice de Masse Corporelle en kg/m²

SE : Standard Error ; [IC-95%] : Intervalle de Confiance à 95% ; En gras : significatif au seuil alpha = 0.05

e. La qualité de vie

Globalement, nous observons que les moyennes des scores de chaque dimension du questionnaire sur la qualité de vie sont toujours inférieures dans le groupe de patientes souffrant de TCA actuels ou anciens (Tableau 13).

Au travers des analyses univariées, nous avons mis en évidence un score de qualité de vie significativement plus faible parmi les patientes souffrant ou ayant souffert de TCA concernant spécifiquement les dimensions « vie émotionnelle » et « Esprit-Corps ».

Variables	DM	Total N=60 M (+/- ET)	Diagnostic TCA positif N=10	Diagnostic TCA négatif N=50	p-value
A (/ 4)	0	2.9 (+/-0.7)	2.7 (+/-0.8)	3.0 (+/-0.7)	0.341
B (/ 4)	0	2.9 (+/-0.7)	2.6 (+/-0.5)	3.0 (+/-0.7)	0.067
« Vie émotionnelle » (/24)	0	12.6 (+/-5.5)	7.0 (+/-4.3)	13.7 (+/-5.1)	<0.001
« Esprit-Corps » (/24)	0	15.9 (+/-5.3)	10.7 (+/-4.7)	17.0 (+/-4.7)	<0.001
« Relationnel » (/24)	0	18.0 (+/- 4.4)	15.6 (+/-4.4)	18.52 (+/-3.6)	0.076
« Social » (/24)	0	15.7 (+/-5.3)	12.3 (+/- 6.9)	16.4 (+/-4.7)	0.052

Tableau 13: Représentation des scores au questionnaire FertiQol sur la qualité de vie selon les différentes dimensions et selon le diagnostic de TCA

N : Effectif ; M : Moyenne ; ET : Ecart-Type ; DM : Données Manquantes

p-value : Test de Wilcoxon, En gras : significatif au seuil alpha = 0.05

A : quel est votre état de santé d'après vous ? ; B : Etes-vous satisfaite de votre qualité de vie ?

Après ajustement avec les variables préalablement sélectionnées, nous avons obtenu pour chacune des quatre dimensions les résultats présentés dans le Tableau 14.

La dimension « vie émotionnelle » a 60% de sa variance ($R^2 = 0.6$) expliquée par le score d'anxiété, le score de dépression, le diagnostic positif d'un TCA, la dimension « stabilisation émotionnelle » concernant le score sur le désir d'enfant. Toute variable étant égale par ailleurs, plus la patiente est anxieuse, moins sa qualité de vie au niveau émotionnel est bonne ($p = 0.001$). Cette dimension de la qualité de vie est également diminuée avec un score de dépression élevé ($p = 0.042$), la présence d'un TCA ($p = 0.003$), et un score élevé concernant la recherche de « stabilisation émotionnelle » dans le désir d'enfant ($p = 0.013$).

La dimension « Esprit-corps » de la qualité de vie a un lien significatif avec les TCA dont le diagnostic positif diminue la qualité de vie sur cette dimension ($p < 0.001$). De même, un âge élevé ou un score d'anxiété élevé sont significativement associés à une moins bonne qualité de vie sur le plan « Esprit-corps » (respectivement $p = 0.009$ et $p < 0.001$). Par contre, le fait d'avoir déjà eu un enfant semble avoir un impact positif sur cette dimension de la qualité de vie ($p = 0.016$). Ces variables expliquent 55% de la variance de la dimension « Esprit-corps » de la qualité de vie.

Les deux autres dimensions sont significativement associées avec le score de dépression. En effet, un score élevé de dépression est en lien avec une qualité de vie moins bonne sur le plan « relationnel » ($p = 0.001$) et sur le plan « social » ($p < 0.001$).

Donc, la qualité de vie de ces patientes en demande de soin pour leur infertilité est liée à un état anxio-dépressif. Les TCA semblent plus spécifiquement liés aux dimensions « vie émotionnelle » et « Esprit-corps », indépendamment d'un état anxio-dépressif.

Variables	Coefficient β	SE	P-value	[IC-95%]
Qualité de « vie émotionnelle » (R^2 ajusté = 0.60)				
Score d'anxiété	-0.6	0.2	0.001	[-0.8 - -0.3]
Score de dépression	-0.4	0.2	0.042	[-0.80 - -0.01]
TCA	-4.0	1.3	0.003	[-6.5 - -1.5]
Désir d'enfant pour la « stabilisation émotionnelle »	-0.4	0.1	0.013	[-0.7 - -0.1]
Qualité de vie « Esprit-corps » (R^2 ajusté = 0.55)				
TCA	-5.0	1.2	<0.001	[-7.5 - -2.5]
Avoir au moins un enfant	2.7	1.1	0.016	[0.5 - 4.9]
Âge	-0.3	0.1	0.009	[-0.5 - -0.1]
Score d'anxiété	-0.8	0.2	<0.001	[-0.8 - -0.2]
Qualité de vie « relationnelle » (R^2 ajusté = 0.16)				
Score de dépression	-0.5	0.1	0.001	[2.9 - 16.3]
Qualité de vie « sociale » (R^2 ajusté = 0.37)				
Score de dépression	-1.0	0.2	<0.001	[-1.4 - -0.7]

Tableau 14: Analyses multivariées de la qualité de vie des femmes infertiles

TCA : Troubles des Conduites Alimentaires ; IMC : Indice de Masse Corporelle en kg/m^2

SE : Standard Error, [IC-95%] : Intervalle de Confiance à 95%, En gras : significatif au seuil $\alpha = 0.05$

R^2 ajusté : Coefficient de corrélation multiple ajusté (=Pourcentage de la variance expliquée par les covariables)

f. La dysmorphophobie

Nous avons tout d'abord procédé à des analyses univariées comparant le score global de dysmorphophobie, puis les scores des quatre facteurs selon le diagnostic de TCA. Le Tableau 15 montre une différence significative pour chacune de ces comparaisons avec une insatisfaction majeure dans le groupe de patientes souffrant de TCA passés ou actuels, hormis pour le facteur « évitement et honte sociale de l'exposition du corps ».

Variables	DM	Total N=60 M (+/- ET)	Diagnostic TCA positif N=10	Diagnostic TCA négatif N=50	p-value
Score dysmorphophobie	0	73.0 (+/-28.6)	94.0 (+/- 37.9)	68.8(+/-24.7)	<0.05
Evitement et honte sociale de l'exposition du corps	0	14.8 (+/-7.2)	18.5 (+/-9.5)	14.0 (+/- 6.5)	0.182
Insatisfaction concernant les parties inférieures du corps	0	28.2 (+/- 11.0)	35.2 (+/-14.5)	26.8 (+/-9.7)	<0.001
Usage de laxatifs et vomissements	0	3.6 (+/-1.3)	4.7 (+/- 2.1)	3.3 (+/- 0.9)	<0.001
Cognitions et comportements inadaptés	0	12.0 (+/- 5.1)	15.7 (+/- 6.2)	11.2 (+/- 4.6)	<0.001

Tableau 15: Analyses univariées concernant le score de dysmorphophobie globale et des quatre facteurs

N : Effectif ; M : Moyenne ; ET : Ecart Type ; DM : Données Manquantes

p-value : Test de Wilcoxon

Après avoir procédé à ces analyses univariées, nous avons réalisé des analyses multivariées afin d'ajuster sur les potentiels facteurs de confusions (Tableau 16). Ainsi, nous avons fait une régression linéaire pour expliquer le score global de dysmorphophobie (ou chaque facteur) en fonction du TCA et des covariables sélectionnées.

La présence d'un TCA est associée à un score global de dysmorphophobie plus élevé ($p < 0.001$), ainsi qu'à un score plus élevé de chacune des quatre dimensions. L'IMC actuel est lié positivement également au score global ($p < 0.001$) et aux quatre dimensions de la dysmorphophobie. Il est retrouvé un lien significatif entre l'ambivalence du désir d'enfant et la dysmorphophobie. Plus le désir d'enfant est ambivalent, plus le score évaluant globalement la dysmorphophobie est élevé ($p < 0.001$). Un score élevé d'ambivalence dans le désir d'enfant est également mis en lien avec un score élevé « d'évitement et honte sociale de l'exposition du corps » ($p = 0.005$), « une insatisfaction concernant les parties inférieures du corps » ($p < 0.001$) et « des cognitions et comportements inadaptés » ($p = 0.001$). Le fait de rechercher une « stabilisation émotionnelle » dans le désir d'enfant est retrouvé positivement associé au score global de dysmorphophobie ($p = 0.011$) et aux dimensions « insatisfaction concernant les parties inférieures du corps » ($p = 0.009$) et « cognitions et comportements inadaptés » ($p = 0.014$). Le score global de dysmorphophobie a plus de la moitié de sa variance

expliquée par les variables : TCA, IMC actuel, ambivalence du désir d'enfant et recherche de « stabilisation émotionnelle » dans le désir d'enfant ($R^2=0.54$).

Donc, nous retrouvons de nouveau que l'ambivalence du désir d'enfant semble être significativement liée aux préoccupations corporelles.

Variables	Coefficient β	SE	P-value	[IC-95%]
Score dysmorphophobie (R^2 ajusté = 0.54)				
TCA	25.3	6.6	<0.001	[12.0 – 38.5]
IMC actuel	2.9	0.5	<0.001	[1.9 – 3.8]
Ambivalence du désir d'enfant	2.2	0.6	<0.001	[1.1 – 3.4]
Désir d'enfant pour la « stabilisation émotionnelle »	2.1	0.8	0.011	[0.5 – 3.8]
Evitement et honte sociale de l'exposition du corps (R^2 ajusté = 0.54)				
TCA	5.7	1.7	0.002	[2.2 - 9.0]
IMC actuel	0.9	0.1	<0.001	[0.7 - 1.2]
Ambivalence du désir d'enfant	0.4	0.1	0.005	[0.1 – 0.7]
Insatisfaction concernant les parties inférieures du corps (R^2 ajusté = 0.49)				
TCA	7.9	2.8	0.006	[2.9 - 16.3]
IMC actuel	0.9	0.2	<0.001	[0.4 - 1.3]
Ambivalence du désir d'enfant	0.9	0.2	<0.001	[0.4 - 1.4]
Désir d'enfant pour la « stabilisation émotionnelle »	0.9	0.3	0.009	[0.2 - 1.6]
Usage de laxatifs et vomissements (R^2 ajusté = 0.34)				
TCA	1.2	0.4	0.003	[0.4-1.9]
IMC actuel	0.10	0.03	0.039	[0.003 – 0.100]
Satisfaite de sa qualité de vie	-0.6	0.2	0.005	[-1.1 – -0.2]
Désir d'enfant pour « l'estime de soi »	0.10	0.02	0.024	[0.01 – 0.10]
Cognitions et comportements inadaptés (R^2 ajusté = 0.45)				
TCA	4.2	1.3	0.003	[1.5 - 6.9]
IMC actuel	0.3	0.1	0.001	[0.2 - 0.6]
Ambivalence du désir d'enfant	0.4	0.1	0.001	[0.2 - 0.7]
Désir d'enfant pour la « stabilisation émotionnelle »	0.4	0.2	0.014	[0.1 - 0.8]

Tableau 16: Analyses multivariées concernant le score global de dysmorphophobie et les scores des quatre facteurs selon le diagnostic de TCA

TCA : Troubles des Conduites Alimentaires ; IMC : Indice de Masse Corporelle en kg/m^2

SE : Standard Error; [IC-95%] : Intervalle de Confiance à 95% ; En gras : significatif au seuil $\alpha = 0.05$

R^2 : Coefficient de corrélation multiple ajusté (=Pourcentage de la variance expliquée par les covariables)

g. La sexualité

Comme expliqué dans la partie méthodologie, nous avons calculé un score avec seulement une partie des items du questionnaire (= 12 items). De plus, pour la moitié des items (=6), la réponse « je n'ai jamais essayé » cotée alors « 6 », a été remplacée par une donnée manquante.

Ainsi sur les 60 questionnaires, seulement 20 ont permis le calcul du score (les autres ayant trop de données manquantes), dont 5 patientes souffrant ou ayant souffert de TCA. Nous remarquons un meilleur fonctionnement sexuel global chez les patientes sans TCA (Tableau 17 : score plus proche de 0). Parmi les patientes avec TCA, le score des patientes boulimiques est plus proche de celles qui n'ont pas de TCA, les patientes anorexiques ayant un score plus élevé en lien avec un moins bon fonctionnement concernant leur vie sexuelle. Néanmoins, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative, et ces différences restent minimales.

Variables	Diagnostic négatif de TCA N = 15	Diagnostic positif de TCA N= 5	p-value
Score histoire de vie sexuelle	0.49	0.52	0.34*

Variables	Diagnostic négatif de TCA N = 15	Anorexie N= 3	Boulimie N= 2	p-value
Score histoire de vie sexuelle	0.49	0.55	0.48	0.66°

Tableau 17 : Score au questionnaire d'histoire de vie sexuelle sur 12 questions, selon la présence ou non d'un diagnostic positif de TCA

TCA : Trouble des Conduites Alimentaires

* : Test de Wilcoxon ; ° : ANOVA

Un plus faible score indique un meilleur fonctionnement sexuel

Au regard des questions pour lesquelles il y a pas ou peu de données manquantes, nous remarquons quelques différences concernant l'histoire de vie sexuelle entre le groupe de femmes souffrant ou ayant souffert de TCA et le groupe de femmes sans TCA. Ces résultats sont descriptifs et nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative.

Tout d'abord, les patientes du groupe « TCA » ont des rapports ou activités sexuelles avec leur partenaire environ 1 fois par semaine, versus deux fois par semaine pour le groupe « sans TCA ». Concernant les femmes avec un TCA, celles souffrant plutôt d'anorexie ont des rapports ou activités sexuelles avec leur partenaire environ 1 fois par semaine versus en moyenne trois fois par semaine pour les patientes souffrant plutôt de boulimie. Globalement, ces patientes souhaiteraient un rapport sexuel supplémentaire par semaine. Les patientes se masturbent en moyenne moins d'une fois par mois quel que soit le groupe. Les patientes sans TCA et celles du groupe « anorexie » disent ressentir un désir sexuel deux fois par semaine, alors que celle du

groupe boulimie ont répondu en moyenne 3 à 4 fois par semaine. Le score de satisfaction concernant la relation sexuelle avec leur partenaire est plus élevé chez les patientes sans TCA comparées aux patientes avec TCA. En comparant trois groupes (« AN » versus « BN » versus « pas de TCA »), nous avons mis en évidence une différence significative ($p < 0.05$) : les femmes sans TCA sont plus satisfaites de leur relation sexuelle avec leur partenaire que les femmes souffrant ou ayant souffert de BN, qui elles-mêmes sont plus satisfaites que celles souffrant ou ayant souffert d'AN.

2.2.7 Discussion et limites

L'objectif principal de cette étude a été d'évaluer le désir d'enfant d'une population de femmes consultant pour une AMP selon qu'elles présentaient ou non un TCA. Secondairement, nous avons souhaité caractériser le profil clinique des femmes consultant pour infertilité selon la présence ou non d'un TCA en termes de dysmorphophobie, de sexualité, de niveau d'anxiété et de dépression, et de qualité de vie. Enfin, nous avons estimé la prévalence du diagnostic des TCA vie-entière dans cette population de femmes infertiles.

La prévalence des TCA vie-entière pour les femmes est estimée dans la littérature entre 1 à 4% (Hoek & van Hoeken, 2003; Hudson et al., 2007). Dans notre étude, 17 % des participantes ont les critères pour un TCA passé ou actuel, correspondant donc à plus de quatre fois la prévalence estimée dans les études en population générale. Nous remarquons que 8% des patientes ont rencontré les critères pour un épisode passé d'AN et 2% un épisode actuel. La prévalence vie-entière de femmes souffrant d'AN est estimée de 0.3% à 4.3% (Smink, van Hoeken, & Hoek, 2012). Donc, notre étude relève une prévalence pour l'AN au moins deux fois plus importante que dans la population générale.

La prévalence vie-entière de femmes souffrant de BN est estimée à environ 2% si l'on tient compte des nouveaux critères du DSM-5 (Smink et al., 2012; Smink, van Hoeken, & Hoek, 2013).

Dans notre étude, nous retrouvons une prévalence vie-entière de BN de 5%, donc plus de deux fois plus importante que dans la population générale.

Notre estimation de la prévalence vie-entière de l'hyperphagie est de 2%. Elle se rapproche de celle estimée dans des études récentes. Cependant, l'hyperphagie étant une entité à part entière depuis très récemment, peu d'études la prenant en compte existent (Smink et al., 2013).

Peu d'éléments sont connus concernant la distribution des TCA atypiques (TCANS) dans la population générale. Il s'agit d'une catégorie très hétérogène dont la prévalence varie considérablement suivant les études. Avec les nouveaux critères du DSM-5, la proportion de TCANS devrait diminuer (Smink et al., 2013).

Nos résultats concernant la prévalence de TCA dans la population spécifique de femmes consultant pour infertilité sont assez proches, en partie, de la littérature à ce sujet ; notamment de l'étude de Freizinger et al. qui trouvaient 20.7% de TCA vie-entière dont 8.53% pour un diagnostic passé d'AN, 2.4% pour un diagnostic

passé de BN (pas de diagnostic actuel et BN ou AN) (Freizinger et al., 2010). A la différence de notre étude, les auteurs ont recherché un diagnostic vie-entière de TCANS incluant l'HB. Ils ont retrouvé une prévalence de TCANS vie-entière de 9.7%, dont 8.5% concernait une HB (Freizinger et al., 2010).

Bien que la moyenne de l'IMC dans notre étude ne diffère pas entre les groupes avec ou sans TCA et que 70% du groupe TCA rapporte un IMC normal (entre 18.5 et 24.9), il est possible que les IMC des participantes aient été plus bas au début de leur prise en charge pour une aide à la procréation. En effet, plus des deux tiers de notre population étudiée est pris en charge depuis plus de un an au Centre de la Reproduction. Les traitements de l'infertilité peuvent avoir contribué à une augmentation de leur poids sans que les patientes n'augmentent leur prise calorique. De même, le fait qu'elles aient été informées par les médecins du service sur la nécessité de s'alimenter correctement a peut être modifié leur comportement alimentaire.

Nous retrouvons dans notre étude peu de femmes en sous-poids. Par contre, 23% de femmes étaient en surpoids (IMC entre 25 et 29.9) et 15% de femmes étaient obèses (IMC>30). Parmi les femmes diagnostiquées positivement pour un TCA, 20% étaient obèses. Le surpoids des femmes entraîne une sécrétion de GnRH altérée, une diminution de la synthèse hépatique de la *sex-hormone-binding globulin* (SHBG), une augmentation d'androgènes ovariens et surrénaliens, une hypersécrétion de LH et une résistance à l'insuline (Talmor & Dunphy, s. d.; Wang, Davies, & Norman, 2000).

Il n'existe pas à notre connaissance d'étude dans la littérature concernant le désir d'enfant dans une population de femmes infertiles selon la présence ou non d'un TCA.

L'équipe allemande de Wischmann s'est intéressée à la population de femmes infertiles, concernant notamment le désir d'enfant. Plusieurs de ses études utilisent le questionnaire FKW. Cependant, la présence ou non de TCA n'a jamais été prise en considération et les études ont consisté à décrire les caractéristiques psychosociales de couples infertiles en les comparant avec des couples fertiles, notamment au sujet du désir d'enfant. Les différentes études n'ont pas pu mettre en évidence de différence significative (T. Wischmann, Scherg, Strowitzki, & Verres, 2009; T. Wischmann et al., 2001).

Une autre équipe allemande a étudié les motivations psychologiques concernant le souhait d'avoir un enfant parmi des étudiants, en prenant en considération des femmes ayant des TCA. Le questionnaire LKM (« the Leipzig questionnaire on motives for having a child ») a été utilisé. Il est composé de 20 items sur les motivations individuelles en faveur ou contre la réalisation de leur souhait d'enfant. Il y a un score global et quatre scores sur les dimensions suivantes : (i) le désir pour la stabilisation émotionnelle, (ii) la peur des contraintes personnelles, (iii) le désir d'une reconnaissance sociale, (iv) la peur des contraintes financières. Les échelles (i) et (iii) représentent les motivations positives, alors que les échelles (ii) et (iv) décrivent les préoccupations et les peurs centrées sur le fait d'avoir son propre enfant. Cette étude a montré que les

femmes anorexiques ont significativement un plus faible désir d'enfant que les étudiants sans TCA ou les femmes boulimiques (Aschenbrenner, Aschenbrenner, Kirchmann, & Strauss, 2005).

Dans notre étude, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative entre les deux groupes (avec ou sans TCA) concernant le désir d'enfant, et plus précisément concernant l'ambivalence, la dimension qui nous intéressait tout particulièrement. Cependant nous avons retrouvé une association entre le désir d'enfant, et notamment l'ambivalence de ce désir, et la dysmorphophobie ainsi que l'IMC actuel qui sont des variables importantes concernant les femmes souffrant de TCA. D'après notre étude, plus la patiente a des préoccupations corporelles (= un score de dysmorphophobie élevé) ou encore un IMC bas, plus son désir d'enfant est ambivalent.

Nous retrouvons une symptomatologie anxieuse plus présente que la symptomatologie dépressive, et ces symptômes anxieux semblent être majoritaires dans le groupe de femmes avec un TCA diagnostiqué. D'après la littérature, les femmes infertiles ont plus tendance à avoir un diagnostic psychiatrique que les femmes fertiles (S Fassino et al., 2002; Stoléru et al., 1996; T. Wischmann et al., 2001). Dans une étude récente au sujet des comorbidités psychiatriques chez des patients infertiles, les auteurs ont retrouvé des différences significatives entre des sujets infertiles et des sujets contrôles fertiles concernant des troubles psychiatriques lors de leur première consultation dans un centre de la reproduction. Il était retrouvé plus de troubles anxio-dépressifs et de HB dans la population de femmes infertiles (Sbaragli et al., 2008).

L'infertilité semble avoir un lien avec la qualité de vie des femmes. Celle-ci est définie par l'OMS comme « les perceptions des individus concernant leur situation dans un contexte culturel et des systèmes de valeur dans lesquels ils vivent ». (« The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL) », 1995). Plusieurs études dans la littérature rapportent l'incidence défavorable de l'infertilité sur la santé mentale et sociale (Ragni et al., 2005; Rashidi et al., 2008; Verhaak et al., 2006), et l'évaluation de la qualité de vie et de son évolution est devenue importante dans la prise en charge de ces patientes. De plus, les TCA sont associés avec une morbidité physique et psychosociale (C. Fairburn & Harrison, 2003). La présence d'un TCA a un impact important sur la qualité de vie, et tout particulièrement sur la santé psychologique. Cette constatation persiste même dans le cadre de TCA sub-cliniques, avec atteinte de la qualité de vie qui semble augmenter parallèlement à l'augmentation des symptômes de TCA (Jenkins, Hoste, Meyer, & Blissett, 2011). De façon intéressante, notre étude a tenté de faire un lien entre la qualité de vie, l'infertilité et les TCA. Nous n'avons pas retrouvé d'autres études qui ont exploré cela dans la littérature. Nous avons pris en compte l'anxiété et la dépression qui impactent fortement la qualité de vie de manière générale, comme cela est retrouvé dans la littérature mais également dans notre étude. En effet, nous avons montré une association significative entre un état anxio-dépressif élevé et une moins bonne qualité de vie. Nous avons pu mettre en

évidence le lien entre un TCA et la qualité de vie de ces femmes infertiles, indépendamment d'un état anxio-dépressif, en insistant tout particulièrement sur les dimensions « vie émotionnelle » et « esprit-corps ».

L'évaluation de la sexualité dans cette population semble importante, puisque très intriquée avec les notions de fertilité/infertilité, mais également avec les TCA. Il est décrit quatre types d'interactions entre la sexualité et l'infertilité, selon la séquence chronologique suivante : (i) un trouble sexuel à l'origine de l'infertilité, (ii) un trouble sexuel comme la conséquence de l'infertilité (l'annonce d'une infertilité peut effectivement avoir un impact sur la sexualité du couple), (iii) l'influence des traitements d'AMP sur la sexualité (l'hyperstimulation ovarienne chez la femme peut entraîner des effets secondaires tels que les bouffées de chaleur, les troubles de l'humeur, des céphalées, une prise de poids ou encore des douleurs pelviennes), et (iv) les effets de la persistance de l'infertilité malgré les traitements sur la sexualité (T. H. Wischmann, 2010). L'hypothèse a été faite que les dysfonctions sexuelles seraient majoritairement « cachées » et que finalement une partie des infertilités dites « inexplicables » et traitées en tant que telles, pourraient en fait être attribuées à une dysfonction sexuelle (T. H. Wischmann, 2003, 2010).

La sexualité est également une question majeure pour des patientes souffrant de TCA, et l'altération de la sexualité chez les femmes souffrant de TCA, en termes quantitatif et qualitatif, a été largement décrite dans la littérature, comme nous avons pu précédemment l'exposer. Notre étude a mis en évidence que la satisfaction concernant la relation sexuelle avec leur partenaire est plus importante chez des patientes sans TCA. Parmi les patientes souffrant de TCA, celles avec une AN actuelle ou passée sont moins satisfaites de leurs relations sexuelles. Nous n'avons pas réussi à mettre en évidence de différence significative concernant les autres données du QHS. Cela peut être expliqué par le manque de puissance du fait d'un très faible échantillon (20 patientes) notamment pour calculer le score global qui ne comprend que 12 des 27 items de ce questionnaire. Néanmoins, cette étude préliminaire nous donne quelques pistes à explorer dans d'autres études. Avant cela, il semblerait important de prendre en compte que le taux de prévalence des troubles sexuels dans cette population peut varier de façon importante selon les outils de mesure utilisés. Le choix du questionnaire est primordial. Celui que nous avons utilisé ne semble a posteriori pas vraiment adapté puisque aucun score global ne peut être calculé. D'autres questionnaires retrouvés dans les études peuvent être intéressants, comme le questionnaire « Female Sexual Function Index – FSFI » (Wylomanski et al., 2014). Par ailleurs, les études sur la sexualité sont connues pour être peu fiables du fait du biais de rappel, mais surtout à cause de la tendance des patients à donner des réponses « désirables sur le plan social » (Furukawa, Patton, Amato, Li, & Leclair, 2012). C'est pourquoi il est important de préciser au patient que les résultats de l'étude n'influenceront en aucun cas l'offre d'AMP qui peut lui être proposé.

Notre étude a des limites. Tout d'abord, concernant la méthodologie, il s'agit d'une étude transversale, donc nous ne pouvons pas faire de lien causal. Une étude cas-témoin aurait été une alternative intéressante du

fait d'une pathologie (TCA) considérée rare, avec une population d'intérêt réduite et une durée entre l'exposition au facteur de risque et de la maladie plutôt longue. Bien entendu, l'étude de cohorte prospective sur un large échantillon permettant des évaluations régulières serait idéale pour pouvoir établir un lien causal. Mais ce type d'étude demande une organisation et des moyens très importants.

Concernant la procédure, nous rencontrons très probablement un biais de recrutement puisque toutes les femmes n'ont pas été incluses systématiquement. Les inclusions dans un service extérieur à celui qui propose l'étude sont plus difficiles. De plus, le service de BMDR présente déjà beaucoup de documents aux patientes (autres études ou documents dans le cadre de leur protocole d'AMP), ce qui ralentit les inclusions. Par ailleurs, une étude multicentrique aurait permis un recrutement plus large, mais elle est plus difficilement réalisable.

Nous n'avons pas recueilli les données qualitatives et quantitatives concernant les patientes refusant de participer à l'étude, et notamment leur motif de refus, l'IMC et les caractéristiques socio-démographiques.

Concernant l'échantillon, nous avons eu moins d'inclusions qu'escomptées et nous sommes donc face à un petit échantillon, notamment pour le groupe de femmes avec TCA. Ainsi, nous ne pouvons pas prétendre approcher une prévalence des TCA juste. La petite taille du groupe de patientes diagnostiquées pour un TCA nous incite à regrouper les différents types de TCA alors qu'il aurait été tentant de séparer les TCA restrictifs versus les TCA boulimiques/hyperphagiques. De plus, nous manquons très probablement de puissance, ce qui explique notre incapacité lors de certaines analyses à mettre en évidence une différence significative. Par ailleurs, les résultats ne sont pas extrapolables à toutes les femmes souffrant d'infertilité, puisque notre étude a lieu dans un centre spécifique à Nantes. Notre groupe est très homogène, et notamment en ce qui concerne la durée de suivi dans le service de BMDR. Le biais de désirabilité sociale n'est pas négligeable dans cette population de femmes qui est tout particulièrement en attente d'aide de la part des médecins et qui souhaite donc montrer une « bonne image » d'elle-même afin de justifier qu'elle peut bénéficier de l'aide proposée. Enfin, le déni des troubles et le besoin de maîtrise des patientes notamment anorexiques d'une part, et le sentiment de honte souvent associé aux symptômes boulimiques d'autre part, sont des freins majeurs à l'efficacité des auto-questionnaires ou des entretiens structurés.

Concernant l'auto-questionnaire, certaines questions manquent : l'activité physique hebdomadaire, la prise de traitement médicamenteux, la consommation de toxiques (OH, tabac, ...), la nature et le type d'infertilité (primaire ? secondaire ?), les antécédents de fausses couches, GEU, IVG. Par ailleurs, la définition du temps de suivi pour infertilité serait à revoir et à homogénéiser. Globalement, les questionnaires sont assez intimes, et peuvent être difficiles notamment quand les TCA sont encore actifs. C'est le cas d'une femme qui a, après l'inclusion, refusé de renvoyer son questionnaire prétextant une trop grande difficulté à le remplir dans un contexte de TCA encore très actifs. Par ailleurs, les patientes connaissent la possibilité d'un rappel téléphonique et cela pourrait potentiellement influencer sur leurs réponses.

Concernant le rappel téléphonique avec un entretien structuré (MINI), nous n'avons pas pu faire de diagnostic des TCA atypiques / sub-cliniques. De plus, nous avons été confrontés à plusieurs reprises à une intuition clinique de TCA pour des patientes non diagnostiquées ainsi par le MINI. La tentation d'extrapoler notre entretien téléphonique avec d'autres questions plus ouvertes ou de proposer un entretien clinique de visu n'a pas été possible. Cet entretien structuré a l'avantage d'avoir une durée de passation brève, mais il ne permet pas d'évaluer la sévérité du trouble ou le retentissement.

Par ailleurs, le désir étant de l'ordre de l'inconscient, il s'agissait d'un projet bien ambitieux que de vouloir « percer les secrets » du désir d'enfant et encore plus de l'ambivalence de ce désir à travers un questionnaire afin de pouvoir procéder à une certaine quantification. En outre, la part du déni, d'autant plus chez les patientes avec des TCA, ainsi que la désirabilité sociale retrouvée, aussi bien chez les femmes infertiles que chez les femmes souffrant de TCA, sont des freins majeurs à l'évaluation du désir d'enfant. Il aurait pu être intéressant d'associer des questions ouvertes.

Néanmoins, notre étude présente des forces. Tout d'abord, concernant l'échantillon, 85% des questionnaires ont été retournés. Ils sont globalement bien remplis et nous avons peu de données manquantes. Les patientes étaient d'accord pour le rappel téléphonique.

Cette étude complète la littérature qui est peu abondante au sujet de la prévalence des TCA dans une population de femmes infertiles, et notamment en France. De plus, nos résultats concernant la prévalence des TCA sont globalement en accord avec ce que rapporte la littérature et montre une prévalence plus importante de TCA dans une population de femmes infertiles que dans la population générale. Les TCA peuvent être à l'origine, au moins en partie, de l'infertilité, mais également être aggravés par une grossesse. Cela nous encourage à être attentifs au dépistage et diagnostic des TCA chez les femmes consultant pour infertilité.

Concernant le rappel téléphonique, nous avons pris en compte aussi bien le test de dépistage, que les antécédents de TCA et l'histoire pondérale (IMC actuel, le plus bas, le plus haut et idéal depuis la puberté) pour décider de procéder au rappel téléphonique.

Nous nous sommes intéressés au désir d'enfant, à la dysmorphophobie et à la sexualité, éléments essentiels dans cette problématique de TCA et d'infertilité. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'autres études qui prenaient en compte à la fois les TCA et l'infertilité dans le désir d'enfant. De plus, des résultats intéressants ressortent de nos analyses. En effet, nous avons mis en évidence l'association entre le désir d'enfant et les préoccupations corporelles. Celles-ci peuvent être intéressantes à évaluer et à considérer au-delà d'un éventuel TCA, lors d'une consultation pour une AMP. De plus, les TCA ont un impact négatif sur la qualité de vie de ces femmes infertiles. Nous n'avons pas pu faire les analyses escomptées concernant la sexualité, néanmoins les premiers résultats montrent l'intérêt de prêter attention à cette notion chez les

femmes infertiles, et d'autant plus si elles présentent un TCA de type AN restrictive, tout en étant vigilant quant au biais de désirabilité sociale.

Nos données nous conduisent à recommander la recherche d'un TCA actuel ou passé lors de l'évaluation initiale de ces patientes consultant pour une AMP, afin de prévoir des soins adaptés à la fois de l'infertilité, mais également des TCA et des troubles psychiques associés. Au-delà de ce diagnostic de TCA, interroger sur le désir d'enfant et sur les préoccupations corporelles semble pertinent. Le travail conjoint des médecins de la reproduction et des psychiatres prend ici tout son sens.

3. Une réalité clinique

Après une première méthode consistant à étudier une population de femmes infertiles consultant au centre de la reproduction de Nantes, nous vous proposons une deuxième méthode consistant à changer d'angle de vision et à analyser la réalité clinique et singulière des patientes souffrant de TCA, rencontrées par l'intermédiaire de leurs soins concernant leurs symptômes alimentaires. Cela nous permettra d'élaborer une réflexion sur leur symptôme ou « non-symptôme » infertilité, sur leur désir d'enfant mais également sur les enjeux d'une grossesse et de la maternité, non dissociables de ces questions d'infertilité et de désir d'enfant.

Pour cela, nous allons présenter les vignettes cliniques de quatre patientes : Nathalie, Sophie, Sonia, Adeline. Ces quatre femmes ont en commun une histoire de TCA entremêlée avec l'expression, à un moment donné, d'un désir d'enfant, et pour trois d'entre elles à une grossesse. Néanmoins, leurs trajectoires sont très différentes, et c'est bien cette diversité clinique à laquelle nous nous trouvons confrontés au quotidien dans l'exercice de la psychiatrie. Il nous semblait alors intéressant de rapporter ces vignettes cliniques qui peuvent illustrer certains éléments cliniques et psychopathologiques que nous allons ensuite discuter.

Ces patientes ont toutes été suivies dans le service d'Addictologie du CHU de Nantes qui se compose, pour la prise en charge spécifique des TCA, de :

- L'Espace Barbara, regroupant un centre de consultations et un hôpital de jour
- L'unité d'hospitalisation Lou Andréas-Salomé (LAS) proposant notamment des hospitalisations « conventionnelles », « bilan » (= 5 jours pour faire un bilan global des TCA et ensuite proposer des soins), et « séquentielles ».

Par ailleurs, bien que notre propos soit centré sur l'avant-conception et sur la place et le sens que l'on peut donner à ce symptôme infertilité dans un désir d'enfant, il nous semblait intéressant de réfléchir autour de ces femmes fertiles puisque les éléments cliniques et psychopathologiques discutés peuvent se rencontrer bien sûr sans provoquer d'infertilité. Néanmoins, il persiste des enjeux autour de la naissance de l'enfant. Celle-ci peut apaiser ou non les conflits psychiques, les réactiver ou pas.

De plus, cela nous permet d'extrapoler notre propos à la notion de grossesse et guérison dans les TCA.

3.1 Sophie

*« Je ne suis pas profondément persuadée par le fait que je voulais un enfant,
Mais je n'ai jamais pu être sûre du fait que je n'en voulais pas. »*

Sophie est une jeune femme de 34 ans lorsque je la rencontre à l'Espace Barbara où elle bénéficie d'un suivi par la psychologue depuis plus de deux années pour des troubles des conduites alimentaires. Elle a volontiers accepté cette première rencontre, et celles qui vont suivre, dans le cadre de mon travail de thèse. Sophie paraît plus jeune que son âge. Elle est de taille moyenne avec des vêtements qui ne laissent pas vraiment deviner ses formes. Son visage est doux, ses cheveux châtain et ses yeux clairs. Elle parle avec une voix douce, maintenant une intonation plutôt constante.

Quelques éléments biographiques :

Sophie est la deuxième d'une fratrie de 3. Elle a vécu avec ses parents à Orléans jusqu'à leur divorce, à la suite duquel elle a suivi sa mère dans le sud-est de la France. Elle avait alors 15 ans. Ses parents n'ont pas refait leur vie. Sophie a fait des études supérieures à Lyon. Actuellement, « *l'essentiel* » de sa famille vit à Lyon. Cela concerne sa mère et sa fratrie. Son père habite Marseille. Elle ne le voit pas souvent. Auparavant, quand sa grand-mère paternelle était encore vivante, son père faisait beaucoup d'aller-retour à Orléans pour la voir, et en profitait pour rendre visite à sa fille. Son père a un cancer de la prostate dont les périodes de traitement l'affaiblissent. Sophie s'entend très bien avec sa famille. Elle se dit plus proche de sa mère avec qui elle a habité après le divorce de ses parents, néanmoins ils sont « *aussi importants l'un que l'autre* » pour elle. Elle décrit sa mère comme étant « *très impliquée dans son rôle de mère, qui s'est sacrifiée pour ses enfants* ». Sophie peut alors se projeter en tant que mère et affirmer une distanciation qu'elle souhaiterait prendre dans son propre rôle, elle ne se voit pas comme sa propre mère car « *les enfants, ce n'est pas un sacerdoce* », il est « *important pour les enfants d'avoir une vie à soi, sinon c'est trop lourd à supporter pour les enfants quand ils sont la seule raison d'être de leurs parents* », faisant ainsi le lien avec ce qu'elle a pu ressentir de sa propre mère, et clamant une « *trop grande responsabilité* » qu'elle s'est sentie porter. « *J'aurais été plus légère, à vivre ma vie à moi, de savoir que pour ma mère, ça se passait bien de son côté aussi* ». Sa mère a eu des difficultés professionnelles. Elle a arrêté de travailler pour élever ses enfants puis elle a eu des difficultés à retrouver un travail, et ce fut plutôt des emplois précaires. Son père également a « *beaucoup misé sur ses enfants* ». Néanmoins, malgré certaines « *erreurs* », Sophie dit que « *ses parents sont de bons parents* ». Elle s'interroge sur ce qu'elle « *renverrait à un enfant si sa vie consistait à l'attendre au retour de l'école, ce serait le vide total* », parlant de « *jeu de miroir* ».

Ses grands-parents sont tous décédés. Sophie était plus proche de ses grands-parents maternels (qui habitaient Lyon) que ses grands-parents paternels, bien qu'elle habitait près de chez eux à Orléans. Elle conclura sur le fait que « *c'est une question d'implication de la part des grands-parents, pas une question de distance* ». Elle a rencontré Alban, son ami actuel, lors d'un voyage en Espagne, puis l'a ensuite rejoint pour vivre avec lui, il y a plus de dix ans. Ils ont vécu jusqu'en 2008 à Orléans, mais ils ne souhaitent pas y rester. Leur choix s'est porté sur Nantes où ils avaient des amis. « *Lyon était une alternative* », mais son ami ne le souhaitait pas vraiment. Sophie nous évoque la crainte d'Alban concernant « *l'emprise de la famille* » de Sophie. Actuellement, après avoir connu beaucoup de périodes de chômage, Sophie travaille en mission d'intérim en tant qu'employée administrative.

Concernant ses antécédents personnels :

- TCA à type d'anorexie restrictive. Sophie relate deux épisodes de TCA que nous allons ensuite développer : l'un à l'adolescence (pendant 1 an), le second a débuté en 2011 et est toujours d'actualité.
- Co-addictions :
 - Tabac
 - Cannabis : Initialement utilisation à visée récréative et festive entre amis (« mélanges » avec l'alcool), mais rapidement utilisation à visée anxiolytique, notamment consommation seule le soir, à visée d'endormissement, ou encore « *pour s'ouvrir l'appétit* » dernièrement, « *quand elle était à un poids critique, pour se détendre, manger quelque chose* ». Sophie a arrêté le cannabis dès le projet de stimulation ovarienne, suite à une demande par la gynécologue. Cela a été bien vécu et coïncidait avec le début de son travail, ce qui lui permettait donc d'avoir une meilleure concentration.
- Troubles du sommeil à visée d'endormissement. Elle précise avoir « *toujours eu du mal à s'endormir* ».
- Sophie n'a jamais pris de traitement antidépresseur, elle est très réticente vis-à-vis des traitements psychiatriques.

Concernant les antécédents familiaux,

- Il n'y a pas de problème de poids ou de TCA dans la famille de Sophie, « *bien au contraire* », elle les décrit comme des « *gens qui aiment bien manger* ».
- Son père a fait plusieurs dépressions. Lors de la première, Sophie n'était pas née. La deuxième a eu lieu au moment de la séparation d'avec sa femme. Il a été traité par des antidépresseurs. Sophie le décrit comme quelqu'un de plutôt sociable.

- Sa mère est plutôt solitaire et anxieuse avec un manque de confiance en elle. Elle a, selon Sophie, eu des « *états de déprime* », mais n'a jamais été traitée pour une dépression. Elle a beaucoup de migraines. Elle prend régulièrement du Lexomil.
- Sa petite sœur a également fait une dépression pour laquelle elle a été traitée.

Nous retraçons son histoire des troubles des conduites alimentaires.

Sophie explique avoir « *toujours eu une alimentation déséquilibrée, particulière* » depuis son enfance, « *même bébé* » d'après ce que sa famille lui rapporte. Elle n'aimait pas la viande mais ses parents la forçaient à en manger et Sophie pouvait rester deux heures à table après tout le monde. Devant une « *incapacité à exprimer différemment* » ses ressentis, elle dit « *utiliser son corps pour se défouler avec, montrer son désaccord* ». Elle évoque le souvenir qu'elle n'aimait pas aller à la cantine en maternelle, et que « *plutôt que de hurler* », elle vomissait tous les jours à la cantine, ce qu'elle qualifiera de « *caprice* ».

Sophie relate « *une première phase* » de troubles alimentaires à l'âge de 15 ans, alors qu'elle était en seconde. Elle parle de cette « *année particulière qui coïncidait avec le divorce de ses parents* », durant laquelle elle a ressenti un « *sentiment de vide* », et « *un désir de ne pas communiquer avec les autres* ». Ainsi, elle n'allait plus à la cantine du lycée le midi, mettait en place divers « *stratagèmes* » pour « *esquiver* » les repas de famille, et ne voyait finalement plus l'intérêt de s'alimenter, puisque cela est pour Sophie synonyme « *d'énergie* » et qu'elle ne savait pas comment utiliser cette énergie. Elle a alors débuté une période de restriction alimentaire sans crise de boulimie. « *Le sentiment de satiété et d'avoir trop mangé l'a toujours dérangée* », et elle n'a « *jamais été attirée par des aliments gras ou lourds* ». Sophie a ressenti une perte de poids dans ses vêtements (puisque elle ne se pesait pas) et elle a eu une aménorrhée secondaire. Son entourage, notamment ses parents, s'en sont rendus compte mais sans s'inquiéter franchement. « *Ils étaient plus sur leurs soucis à eux* » et puis « *voilà c'est l'adolescence, parfois ça arrive* ». Sophie peut néanmoins dire qu'au-delà d'un processus adolescent, elle avait très probablement été déprimée durant cette année. Cependant, aucun soin n'a été entamé. L'année suivante, après le déménagement d'Orléans à Lyon, Sophie s'est sentie dans « *un bon état d'esprit* », elle a pu nouer quelques relations amicales et « *passer à autre chose* ». Cependant une « *alimentation déséquilibrée* », selon ses termes, a persisté, notamment lorsqu'elle a pris une certaine autonomie dans un logement seule.

Le second « *épisode très aigu* » a débuté il y a cinq ans, l'année qui a suivi son déménagement à Nantes, à l'âge de 30 ans. Sophie se dit « *encore dans la gestion de cet épisode* ». Elle décrit un début quasi-similaire au premier épisode : « *un sentiment de vide et une insatisfaction de sa vie en général* ». Cela a été accentué par le manque de confiance en elle assez permanent avec « *une incapacité à prendre les choses en main pour changer ce qui ne la satisfaisait pas* ». De plus, ses relations avec les autres devenaient compliquées,

tout particulièrement celles avec son conjoint. Elle a alors de nouveau restreint son alimentation et perdu beaucoup de poids pour atteindre 36 kg, soit un IMC de 14 kg/m². Elle a cette fois-ci pu quantifier sa perte de poids grâce à la balance offerte par sa sœur pour « *la motiver à reprendre du poids* », mais qui a eu un tout autre effet : débiter un contrôle pondéral intensif (sa sœur « *ne pouvait pas le savoir* »). Sophie ne s'est pas vraiment inquiétée jusqu'à ce qu'elle arrête de prendre sa contraception orale dans un objectif de grossesse et qu'elle constate une aménorrhée secondaire. Elle a alors consulté son médecin généraliste, qui a procédé à des bilans complémentaires endocrinologiques. Au total, il s'agissait d'une aménorrhée fonctionnelle d'origine hypothalamique secondaire à la dénutrition. C'est ainsi que le médecin généraliste lui a conseillé de consulter à l'Espace Barbara pour ses TCA. Sophie a mis quelques mois avant de ressentir un épuisement, et une impression de « *s'enfoncer, de ne pas réussir à inverser la tendance elle-même* », et de finalement prendre rendez-vous au centre Barbara. En parallèle, elle a rencontré une gynécologue qui l'a dirigée vers une nutritionniste, demandant une reprise de poids avant tout essai de traitement de son aménorrhée. Sophie rapporte également un autre épisode d'aménorrhée lors d'« *une période de déprime* », vers l'âge de 23 ans, constatée à l'arrêt de la pilule (sans objectif de grossesse), les règles sont revenues spontanément au bout de six à huit mois.

Depuis, Sophie a repris du poids et a fait beaucoup d'efforts alimentaires, même si actuellement l'alimentation reste clairement une préoccupation, quelque chose qui n'est pas « *naturelle* » pour elle. Sophie ne rapporte pas de franche préoccupation corporelle.

Son conjoint « *est au courant des troubles alimentaires sans l'être* », selon elle. Sophie a été obligée de lui parler de dépression, car il avait vu les courriers du service d'addictologie. Il n'a jamais été directement au courant, même lorsqu'il y avait un risque d'hospitalisation. Il a alors pu dire à ce moment-là « *ce n'est pas comme si tu étais anorexique et que tu devais te faire hospitaliser* ». Par contre, sa mère et sa fratrie sont au courant. Sa famille a même été à des réunions d'information à ce sujet à Lyon « *pour essayer de comprendre* ». Ils se sont vraiment inquiétés à une période où Sophie était très amaigrie et ne mangeait plus. Bien que Sophie ne le souhaitait pas, sa famille en a parlé à son conjoint pour qu'il soit vigilant, sous la forme de reproches surtout, qu'Alban aurait mal pris. Sophie évoque que « *la période très aigue* » est arrivée après le décès du père de son conjoint. Elle dit ne pas s'être sentie légitime à ce moment-là pour évoquer ses problèmes avec lui.

Sophie confie sa recherche addictive de cet « *état de sous-alimentation, quand le cerveau se met au ralenti et dans un état second, à certains moments quand j'étais à un poids très faible, parfois j'avais l'impression de friser un petit peu la folie* ». Elle dit également avoir recherché l'association de la dénutrition avec le cannabis, « *c'est une déconnexion que je recherchais et très tôt je l'ai faite, sorte de fuite, je n'étais pas bien, je recherchais à être moins en prise avec des choses insatisfaisantes car le cerveau fonctionne au ralenti* ». Sophie décrit cette

« *impression d'être clairvoyante, un peu comme sous une drogue* », avec une impression de maîtrise et de contrôle. Elle conclut « *avoir toujours eu une attirance pour les drogues* ».

Ne trouvant pas de travail à Nantes, Sophie a cherché à Lyon et a trouvé un CDD qui avait de grande chance de devenir par la suite un CDI. Initialement, c'était une bonne nouvelle, et son conjoint avait envisagé de la rejoindre. Elle a donc habité chez sa mère pendant plusieurs mois, dans l'optique de trouver un appartement pour elle et son conjoint, mais elle a vite compris qu'il ne la rejoindrait pas. Elle a abordé clairement le sujet avec lui en décembre et elle a alors pris la décision de rentrer à Nantes à la fin de son contrat. Sophie fait le lien avec la mère de son conjoint qui habite Angers et qui vit seule depuis le décès de son mari quelques années auparavant. « *Cela complique le couple* », « *il culpabilise de la laisser seule* », « *je me suis dit le jour où j'ai appris le décès du père d'Alban, qu'il ne serait pas grand-père alors que je pense qu'il aurait été un chouette grand-père* ». La mère d'Alban peut tenir un discours tel que « *si vous avez des enfants et que vous partez, je ne les verrais pas* ». Les deux familles ne se connaissent pas, cela a été initialement une volonté de la part du couple.

Sophie raconte les 9 mois passés chez sa mère chez qui habite également sa petite sœur. Elle qualifie cette période de « *mieux-être* ». A Lyon, elle a des amis et sa famille, envie d'en profiter « *avec les parents qui vieillissent* ». Concernant ses troubles alimentaires, Sophie dit que « *forcément chez sa mère ça allait mieux* ». « *Sa mère et sa sœur la connaissent* » à ce sujet, les repas « *se prennent en commun et sont plus structurés* » comparés au « *rythme décousu avec des mauvaises habitudes* » qu'elle et son conjoint ont pris. D'ailleurs, la courbe pondérale l'illustre : Sophie a repris du poids lors du séjour chez sa mère, qu'elle a tout de suite reperdu dès son retour à Nantes.

L'éloignement de sa famille est difficile à vivre.

Le projet d'enfant

Sophie s'est souvent demandée si « *elle était faite pour avoir des enfants* », faisant le lien avec son aménorrhée qui a duré beaucoup plus longtemps lors du deuxième épisode de TCA. « *Moi j'avais en fait très envie de ce voyage (= 3 mois en Asie), donc je me disais qu'après j'en aurais sans doute envie (= des enfants), donc très vite en m'installant à Nantes j'y ai pensé* ». Sophie parle de la préparation durant 4 ans de CE voyage, période durant laquelle elle « *n'était pas non plus attirée par la maternité* ». Elle évoque à plusieurs reprises ses « *regrets* » d'avoir autant attendu car « *le temps tourne* », et « *plus on attend, plus cela complique les choses* ». Sophie a donc attendu un long moment avant d'arrêter sa contraception, avant ce « *n'était pas le bon moment* » invoquant surtout des raisons professionnelles. De plus, à cette période les relations avec son ami étaient un peu conflictuelles et Alban n'était pas particulièrement convaincu par ce projet d'enfant. Elle l'a informé de l'arrêt de sa pilule, en lui laissant la semaine où elle allait voir sa famille à Lyon, pour réfléchir au projet d'enfant. C'était pour elle le bon moment, car elle venait de terminer son contrat de travail et elle

n'avait pas d'autre opportunité à ce moment-là. A son retour, elle a dû relancer le sujet, et il lui a répondu « *c'est toi qui vois* ». Cette « *position non tranchée qui manque d'enthousiasme l'a beaucoup déçue* ». « *On avait besoin d'un projet commun et c'en était un* ».

Ce projet a finalement été « *chamboulé* » par le décès brutal du père d'Alban « *Il n'y avait plus de projet* ».

Désir d'enfant

Même si « *elle n'est pas profondément persuadée par le fait qu'elle voulait un enfant, elle n'a jamais pu être sûre du fait qu'elle n'en voulait pas* ». Sophie pense que « *dans l'histoire d'un couple, cela doit être une belle phase, une belle étape* ». Elle se demande si son désir ne vient pas du fait qu' « *elle n'arrive pas à donner un sens à sa vie car c'est difficile de donner seule un sens à sa vie, les autres sont très importants, alors pourquoi pas un enfant* ». Elle nous fait part de sa difficulté à se projeter avec un enfant verbalisant la « *peur de ne pas être à la hauteur, de ne pas pouvoir le gérer ou être assez forte pour le gérer* ». Elle garde alors l'espoir d'améliorer son estime de soi grâce à un enfant, d'avoir « *une vie normale* » en se défocalisant de ses préoccupations centrées sur elle-même, mais également d'améliorer ses relations avec les autres (« *les adoucir, être plus tolérante et compréhensive* »), ce qui lui semble plus facile de faire avec un enfant. Ne pas avoir d'enfant « *risque de générer de l'aigreur* ». Beaucoup dans son entourage lui ont dit que « *ça donne de l'énergie que l'on ne pensait pas pouvoir avoir* ». Dans le discours de Sophie, on note beaucoup d'ambivalence concernant ce désir, avec sans cesse un balancement entre sa vie professionnelle et un bébé, ses valeurs auxquelles elle aspire et un bébé « *est ce que l'on peut avoir un enfant dans la société actuelle ?* », sa vie à Nantes ou à Lyon...

Sophie avait parlé de son projet d'enfant à sa mère quand elle a arrêté la pilule, mais il s'agit d'un sujet que sa mère avait déjà abordé car elle est « *plutôt dans l'idée d'avoir des enfants pas trop tard* ».

Projection dans la grossesse

« *Me projeter enceinte me faisait peur, quand j'ai pris les rendez-vous pour l'aide à la procréation, j'étais angoissée à l'idée que ça pouvait marcher* ».

Sophie n'a pas d'appréhension quant aux changements corporels. Elle évoque les expériences positives et négatives autour d'elle à ce sujet, notamment celles de sa mère et de sa belle-sœur qui ont très bien vécu leurs grossesses. Elle est plutôt préoccupée par les risques liés au bébé, concernant l'alimentation (le développement cérébral...) et met un point d'honneur à apporter un équilibre alimentaire à son bébé afin d'éviter toute carence. Sophie a pris la décision de « *se contraindre* » à avoir une alimentation équilibrée, même si « *elle ne pourra pas être complètement détachée de tout ça* ».

Au bout de 45 minutes d'entretien, Sophie m'annonce sur un ton mêlant hésitation et retenue que la dernière stimulation ovarienne aurait probablement fonctionné, puisqu'elle a fait le matin même un prélèvement sanguin montrant une élévation des Béta HCG. Elle est plutôt prudente et dans l'attente d'une confirmation. Elle confie alors qu' « *elle s'était dit que si ça ne marchait pas cette fois-là elle ne continuerait pas le traitement, du fait de l'instabilité de son couple, donc maintenant elle mise beaucoup sur la suite pour voir si ça va apaiser les choses ou pas* ». Elle « *aurait préféré un autre état d'esprit, néanmoins, ils sont toujours ensemble avec son conjoint et il y a toujours des sentiments* ». On peut comprendre la précaution de Sophie car on lui a expliqué qu'elle devrait confirmer la viabilité de l'embryon par une prise de sang dans une semaine. Elle évoque également le lien avec le traitement hormonal « *lourd* », rendant les « *humeurs difficiles à gérer* » en plus de son « *problème de fond, le trouble alimentaire* ».

Projection dans la maternité

Sophie confie avoir une « *source d'angoisse supplémentaire* » concernant notamment son avenir, mais « *pense que ça la forcera à avoir une joie de vivre qu'elle n'a pas pour le moment* », « *l'aider à la retrouver car à la base elle est quelqu'un de joyeux* ». Sophie pense que « *son équilibre passera par un enfant* ».

J'ai revu Sophie lors d'un second entretien après la première échographie. Elle m'apprend qu'elle attend des jumeaux. Elle y avait pensé, ayant été prévenue que c'était l'un des risques des traitements par stimulation. En sachant que ce risque était plus important au début du traitement par stimulation, Sophie et son conjoint ont attendu un mois avant d'avoir des rapports non protégés.

Même si « *ce n'était pas forcément souhaité au départ, le plus important est que les jumeaux aillent bien* ». Elle m'explique qu'en ce début de grossesse, elle a beaucoup de symptômes (nausées et fatigue), ceci étant pour elle un signe que la grossesse se développe bien.

Nous revenons sur ses relations de couple, et Sophie me dit que suite à l'annonce de la grossesse il y a eu « *beaucoup de tiraillements* » et de conflits entre eux. Elle qualifie cela comme étant « *décevant et douloureux* » car elle aurait aimé le vivre autrement. Elle m'explique que le principal sujet de discorde a été « *une absence de réaction de la mère d'Alban à l'annonce de la grossesse* », ce qu'elle a reproché à Alban qui l'a mal pris. Sophie reproche également à sa belle-mère le fait qu'il n'y ait pas eu le changement de ville qu'elle souhaitait avec son conjoint « *quelque-part, le choix entre sa mère et moi à ce moment-là, c'est sa mère qui l'a emporté* ». Elle va jusqu'à évoquer la possibilité d'une séparation, qui serait néanmoins « *problématique avec des jumeaux s'ils ne vivent pas au même endroit* ».

L'annonce à sa propre famille a suscité des réactions enthousiastes qui ont rassuré Sophie.

Au niveau alimentaire, Sophie essaie de diversifier son alimentation. Elle est gênée par les nausées du soir. Elle dit faire beaucoup d'efforts car « *elle ne voudrait pas que des problèmes viennent de son comportement à elle* ».

Elle maintient son abstinence en cannabis, et elle a beaucoup diminué sa consommation de tabac. Pour le moment, le changement corporel visible concerne sa poitrine. Elle ne semble pas angoissée à ce sujet.

Lors du troisième entretien, Sophie approche les trois mois de grossesse. Les nausées et la fatigue persistent. Avec son ami, les relations se sont un peu apaisées « *on a mis de côté les trucs qui fâchent* ». Sa principale préoccupation à ce moment-là est la prévision d'un court séjour sur Lyon et Marseille pour voir sa famille, mais l'organisation est difficile avec son travail. Elle évoque de nouveau son projet « *de ne pas faire sa vie sur Nantes* ».

Sophie revient sur ses problèmes de couple qui ont débuté au retour de leur voyage, à l'installation sur Nantes, trouvant qu'il y avait « *peu de perspectives stimulantes* », « *avec une peur de se poser quelque part* », d'ailleurs Sophie a « *mis longtemps à défaire son sac* ». Elle qualifie cette grossesse de « *deuxième chance pour son couple* ». Nous abordons la question de la sexualité sur laquelle Sophie ne s'étend pas soulignant qu'il « *n'y a jamais eu de problème de ce côté-là, hormis lors des périodes très tendues* ».

Sophie n'a toujours pas de changement corporel très visible pour le moment « *ce qui l'inquiétait presque* », « *elle a hâte que cela commence un peu pour se rassurer* ». Elle a rencontré sa nutritionniste qui l'a rassurée quant à son alimentation. Sophie dit constater que la grossesse l'aide concernant ses troubles alimentaires car elle a un objectif et elle veut faire au mieux pour ses enfants. Elle s'inquiète cependant déjà du post-partum, me posant à plusieurs reprises des questions médicales à ce sujet.

Par ailleurs, Sophie est préoccupée concernant son conjoint qui n'est toujours pas au courant de ses troubles alimentaires. Elle « *n'a pas voulu à ce moment-là l'inquiéter* » et elle avait peur que cela génère une surveillance plus importante de sa part. « *La dépression c'est plus commun aujourd'hui et même si ça peut aussi conduire à la mort, l'anorexie aurait pu faire peur à Alban car il y a un côté morbide plus prononcé, c'est cyclique, comme si ce sera toute ma vie en arrière fond en permanence* ». Elle réfléchit cependant à la possibilité de lui évoquer un jour.

3.2 Adeline

« Quand tu seras mieux, tout ira bien, tu as tout pour être heureuse, un travail, un homme qui t'aime, avec qui tu pourras avoir des enfants »

Adeline est une patiente de 29 ans lorsque nous la rencontrons à l'unité Lou Andréas-Salomé pour la prise en charge hospitalière de ses troubles des conduites alimentaires.

Adeline avait déjà rencontré un des médecins du service il y a quelques années pour la même problématique mais elle avait, au bout de quelques consultations, arrêté le suivi dans le service d'addictologie du CHU de Nantes.

Voici pour commencer quelques éléments recueillis dans son dossier concernant cette première prise de contact.

Adeline a alors 25 ans lors de son premier entretien avec l'un des médecins du service. Elle dit avoir *« pris RDV car son petit ami menaçait de la quitter sinon »*. Elle explique alors avoir commencé un régime Dukan quelques mois auparavant, avec sa mère qui souhaitait également perdre du poids. Adeline avait un poids à la limite basse (IMC à 19 kg/m²), mais souhaitait perdre deux ou trois kilos car elle *« ne voulait pas voir les 50 kilos »*. Elle a commencé à perdre un peu de poids, et *« se sentant beaucoup mieux »*, elle a poursuivi son amaigrissement jusqu'au poids de 36 kilos correspondant à un IMC à 14 kg/m². Elle voit maintenant *« une image dans la glace qu'elle ne reconnaît pas »*. Elle décrit des TCA à type d'anorexie avec vomissements après avoir mangé des *« aliments trop lourds, culpabilisants »*.

Quelques éléments biographiques rapportés lors de ce premier entretien

Adeline a une petite sœur de sept ans sa cadette. Son père est paysagiste et il a deux frères et une sœur. Sa mère est préparatrice en pharmacie et elle est issue d'une famille nombreuse avec quatorze frères et sœurs. Adeline décrit un lien très complice avec sa mère, dont elle est proche et qu'elle décrit comme étant *« très famille, fratrie »*.

Du côté de la famille paternelle, les grands-parents se sont séparés alors que le père d'Adeline venait d'avoir 18 ans. La grand-mère paternelle est partie avec les deux plus jeunes. Le grand-père est décédé il y a plus de 20 ans.

Du côté de la famille maternelle, il s'agit comme précisé plus haut d'une famille nombreuse. Adeline explique que sa grand-mère *« voulait beaucoup d'enfants »*. Le grand-père est décédé d'un cancer du foie (la mère d'Adeline avait alors 16 ans).

Adeline a un petit ami, Melvin, depuis l'âge de 16 ans, qui travaille comme pompier. Jusqu'à il y a cinq ans, elle vivait toujours chez ses parents puisque Melvin travaillait à Bordeaux. Néanmoins, c'est à cette période qu'ils

décidèrent de prendre un appartement ensemble puisque Melvin s'est rapproché de la région Nantaise pour son travail. Adeline a pu évoquer « *une rivalité de Melvin avec sa mère* » (= mère d'Adeline), celle-ci se sentant comme une « *mauvaise mère* ». D'après Adeline, elle semble s'effacer devant les remarques de Melvin qui dit que Adeline « *a souvent été la mère de sa mère* », « *j'ai toujours été là pour épauler la grande famille et ma mère a souvent été là pour épauler ses frères et sœurs* », confie Adeline.

Adeline a entrepris des études de puériculture.

Ce premier entretien permet de pointer la gravité de la situation. S'en suivent plusieurs entretiens durant plusieurs mois pendant lesquels la situation stagne. Adeline se voit proposer une hospitalisation à plusieurs reprises, ce qu'elle refuse catégoriquement arguant sa formation qui lui tient à cœur et le fait que son petit ami ne le supporterait pas. L'été de la même année, ce dernier menace de la quitter. Il a été jusqu'à proposer un « *contrat de poids* » sous la forme de « *tu prends un kilo sinon je te quitte* ». Cependant, malgré l'insistance du médecin, Adeline refuse toujours des soins plus intensifs allant jusqu'à s'opposer clairement fin 2011 en arrêtant le suivi puisque « *tout va mieux* » selon elle. Malgré tout, les symptômes se poursuivent et des crises de boulimie nocturnes avec vomissements sont venues compléter le tableau.

Durant les trois années qui ont suivi, Adeline a entamé d'autres soins avec principalement « *des médiations autour du corps* », de l'hypnose. Elle a pu reprendre du poids du fait d'un « *essai de rediversification, mais elle s'interdisait quand même plein de choses* ».

Fin 2014, Adeline débute un suivi psychiatrique libéral à Nantes. Elle est également titularisée dans le centre où elle travaille en tant que puéricultrice, ce qu'elle attendait pour débiter les soins hospitaliers, dit-elle.

Adeline reprend alors contact avec le service d'Addictologie demandant une hospitalisation. Elle ne souhaite initialement pas revoir le médecin rencontré quelques années auparavant, mais elle le reverra tout de même en consultation avant d'acter l'hospitalisation. Par contre, à sa demande, ce ne sera pas le médecin responsable d'Adeline durant son hospitalisation.

Je rencontre Adeline dès son premier jour d'hospitalisation. Elle se présente de taille moyenne, très maigre (IMC = 12.4), maigreur qu'elle montre puisqu'elle s'habille avec des leggings et des robes ou tuniques très près du corps. Sa peau est plutôt claire, ses cheveux teints blonds coupés au carré, ses yeux clairs et son visage marqué par une parotidomégalie. Elle est toujours maquillée et avec un parfum fleuri assez caractéristique qui embaume la salle d'entretien. Elle porte des « *bijoux fantaisies* » bien visibles. Sa chambre est également très vite investie avec beaucoup de décorations, photos... Elle a toujours « *son petit carnet de bord* » avec elle lorsque nous la rencontrons en entretien afin de noter les éléments qu'elle considère importants.

Lors de ce premier entretien, elle est sub-logorrhéique et paraît anxieuse. « *Je suis malade, j'ai rencontré un médecin il y a quelques années qui m'a dit que je n'allais pas réussir à faire ma formation, que j'allais avoir l'Allocation Adulte Handicapée, résultat j'ai réussi ma formation de puéricultrice* ». Elle dit que cet épisode est encore trop douloureux pour elle, que c'est pour cela qu'elle ne souhaite pas revoir ce médecin. « *Je suis arrivée à épuisement* », « *je suis plus déprimée car je me dis qu'il est temps de m'arrêter* ». C'est son « *conjoint qui a tiré la sonnette d'alarme concernant la perte de poids* ».

Une des principales raisons qu'elle met en avant initialement concernant sa demande d'hospitalisation est son « *projet de vie de famille avec son conjoint, son envie d'autre chose* », « *avant j'étais contre tout* ». Mais elle a rencontré une ancienne collègue de sa mère qui « *s'en est sortie en venant ici et a eu des enfants et va bien à l'heure actuelle, ça a été le déclic* ».

Concernant les TCA :

Adeline n'a « *jamais été une grosse mangeuse* », et ce depuis l'enfance, contrairement à sa sœur qui, elle, « *mange bien* » et n'a pas de trouble alimentaire. Adeline souffre de TCA depuis cinq ans. Il s'agissait initialement d'une restriction alimentaire pure avec une éviction de nombreux aliments. Environ un an plus tard, sont apparues des crises de boulimie avec vomissements qui sont les symptômes prédominants actuellement.

Adeline parle d'une recrudescence des troubles alimentaires globalement depuis six mois, et depuis trois mois, les crises de boulimie se sont intensifiées. Elles ont lieu la nuit avec des vomissements spontanés. Son « *conjoint n'est pas au courant* », elle « *fait des crises quand il dort, pourtant les toilettes sont très proches* » mais « *il a le sommeil lourd* ». Elle précise un peu plus loin « *je lui en ai parlé seulement il y a deux semaines* ». Elle verbalise de la honte, « *pourquoi je suis comme ça ?* ».

Il y a également une prise de laxatifs quotidienne, jusqu'à 4 par jour. On ne relève pas d'hyperactivité physique. Elle présente une aménorrhée secondaire depuis quatre ans. Elle nous précise avoir néanmoins « *quelques saignements lors de chocs émotionnels* ».

Depuis six mois, elle « *refuse de se peser, et notamment devant son conjoint qui lui a demandé plusieurs fois* ». Son poids actuel de 31.4 kilos (IMC = 12.4 kg/m²) est finalement son poids le plus bas.

Contexte de la perte de poids (six mois auparavant) selon elle :

- Sa sœur Juliette se fait battre par son petit-ami et « *est tombée enceinte puis s'est faite avortée* », « *ça agace* » Adeline, « *moi je ne vais pas faire un enfant pour faire un enfant* ». Elle aurait beaucoup aidé sa sœur quand elle a révélé que son compagnon la battait, il y a eu intervention de la police. Ses parents ont également soutenu sa sœur. Actuellement, elle serait séparée de son ami mais Adeline « *en doute* », ce qu'elle n'a pas dit à ses parents pour ne pas les inquiéter.

- Sa grand-mère paternelle est décédée en juin 2013 « d'un problème pulmonaire » et un an plus tard, elle a eu « *peur de perdre sa grand-mère maternelle qui avait les mêmes symptômes* ».
- Il était question de se « *séparer* » de ses parents (moins leur téléphoner...)

Antécédent psychiatriques et addictologiques :

Un suivi ambulatoire concernant ses TCA.

Pas de co-addiction

Concernant ses antécédents médico-chirurgicaux,

A 20 mois, elle a eu une arthrite aiguë du genou droit suite à un panaris lors d'une infection à staphylocoque. Elle évoque la nécessité de prothèse de genou plus tard. Son genou est actuellement « *déformé* » et la « *complexe* », sa « *cuisse gauche est plus grosse* » puisqu'elle a compensé la droite. A ce moment-là, elle a donc été hospitalisée pour la prise en charge de l'arthrite pendant que sa mère était également à l'hôpital pour une pyélonéphrite, « *l'histoire se répète, je suis hospitalisée ici et mon père est hospitalisé le même jour pour une prothèse du genou* » (effectivement le jour de son hospitalisation son père se faisait opérer du genou).

Adeline nous relate également un grave accident de voiture de ses parents. La mère d'Adeline était alors enceinte d'elle (6 mois de grossesse).

Concernant ses relations, son entourage :

En parlant de son compagnon, Melvin, Adeline confie « *je vis pour notre histoire à tous les deux, il y a deux mois, il m'a dit qu'on allait peut être se séparer* ». Ce début d'année est marqué par le nouveau travail de Melvin cette fois-ci sur Nantes même, actant le début d'une vie commune réelle.

J'ai une « *famille super* » précisera-t-elle initialement.

« *Avant je prenais tout le monde sous mon aile* » (petite sœur, grand-mère maternelle) « *maintenant j'ai décidé de me reposer* », elle « *veut se recentrer sur son propre couple* » et « *être un peu égoïste* », « *ne plus m'oublier comme j'ai pu le faire* ». Puis de façon assez détachée initialement, tel un cheveu sur la soupe, elle confie d'elle-même l'inceste d'un oncle maternel à l'âge de 13 ans (« *une fois* »). Elle nous explique le procès contre son oncle alors qu'Adeline avait 16/17 ans « *car il a fait ça sur d'autres personnes* » notamment une demi-sœur de la fille de sa femme (issue d'une première union, mais considérée comme une cousine par Adeline). Sa famille maternelle lui a demandé de témoigner en faveur de son oncle car elle ne croyait pas les accusations de la jeune fille. Adeline a refusé et elle s'est alors autorisée à révéler l'inceste subi. Un autre oncle a également fait savoir que lui-même avait été attouché par son frère. Mais il n'y a pas eu de franche réaction. Et finalement l'oncle n'a pas été condamné.

Adeline a ressenti une culpabilité pour sa cousine. Elle ajoute concernant son oncle abuseur : *« quand j'étais plus jeune, il avait des réactions bizarres avec moi, je l'ai dit à mes parents mais c'était dur à entendre »*.

Concernant le déroulement du début de l'hospitalisation :

Lors de la semaine de séparation conventionnelle (= pas de visite ou d'appel de la part de l'entourage qui peut tout de même contacter les soignants pour prendre des nouvelles), Adeline verbalise une difficulté de séparation d'avec son conjoint.

Elle nous lira une lettre écrite à sa tante maternelle, dont elle est très proche, *« pour nous montrer qu'elle peut exprimer de l'émotion »*. En fait, la lettre est assez longue et factuelle, dénuée d'émotions, axée sur son désir de famille à fonder, avec un enfant (le répète plusieurs fois). On se retrouve ici, et de façon assez constante avec Adeline, dans le discours de l'Autre. Durant cette semaine de séparation, son conjoint nous interpelle fréquemment avec des questions assez précises et centrées notamment sur les vomissements (vomit-elle encore ? Combien de fois ? Quand ? Comment ?). Il ne comprend pas qu'on ne puisse pas lui donner tous ces détails.

Ce début d'hospitalisation est marqué par des préoccupations somatiques importantes au premier plan (question de la sonde nasogastrique, bilan biologique perturbé et surveillé très régulièrement), mais aussi par la poursuite des vomissements qu'Adeline qualifie de *« régurgitations »* spontanées, ajoutant qu'il y a une amélioration depuis l'hospitalisation car elle *« arrive à s'arrêter alors qu'avant ça durait jusqu'à ce qu'elle ne puisse plus vomir »*.

Après cette semaine de séparation, ont lieu les retrouvailles en deux temps.

Le premier entretien est un entretien de couple. Melvin confie avoir mal vécu la semaine de séparation. Il a alors vu ses beaux-parents *« j'ai toujours ce détachement vis à vis de sa mère (= mère d'Adeline), mais j'avais envie d'avoir des nouvelles de son père qui sortait de son opération »*. Il insiste auprès d'Adeline *« il faut que tu te bouges, prends du poids, sinon tu vas avoir la sonde »*. Il ne comprend toujours pas pourquoi on ne peut pas tout lui dire, répondre à toutes ses questions à propos d'Adeline, ce qui semble le mettre furieusement en colère puisqu'ils ont pour habitude de *« tout se dire »*. Cette incompréhension persiste malgré nos explications quant à l'intimité de sa compagne et au secret médical.

Dans un second temps, nous rencontrons les parents d'Adeline. Ils expriment avoir été inquiets pour leur fille, verbalisant une séparation difficile. A l'évocation de la mort risquée par Adeline du fait de son état de santé précaire, ils précisent qu'ils ont eu *« peur de perdre leur fille, ils la pensaient déjà morte »*, seulement la mère *« ne pouvait pas la contraindre »*, *« j'avais peur qu'elle m'en veuille »* dit-t-elle, elle *« n'a rien pu faire sans qu'Adeline ne soit d'accord »*.

A l'évocation de l'inceste amenée volontairement par Adeline, sa mère semble émue « *c'est mon frère, pour moi, mes frères et mes sœurs c'est tout, on est très proches* ». Le père exprime ne pas avoir réellement compris. Il redemande des explications à Adeline qui précise que c'étaient des attouchements, alors qu'elle dormait chez son oncle dans une chambre d'amis. Le père paraît alors « rassuré » : « *ah bon que des attouchements ?* ». Néanmoins, Adeline ajoute que cela aurait pu aller plus loin si elle ne l'avait pas vivement arrêté. Elle évoque également certains comportements inadaptés que son oncle avait eus à son égard étant petite. Sa mère précise qu'effectivement Adeline lui en avait parlé. La sœur d'Adeline, elle, aurait réussi à repousser son oncle bien avant d'éventuelles attouchements. Adeline ajoute que si elle n'en a pas parlé à son père c'est parce qu'il aurait pu « *aller lui casser la figure* » (ce qu'il a failli faire au petit copain de sa sœur quand il a appris pour les violences... Mais « *heureusement* » il a appelé la gendarmerie pour intervenir). Son père renchérit « *effectivement, ça ne se serait pas passé comme ça* » s'il avait su pour Adeline. La famille semble marquée par la loi du silence. La mère évoque les révélations « *lors de repas de famille* », de sa propre sœur qui a subi l'inceste de la part de leur père « *on a tous voulu la faire taire car elle en voulait à notre mère* », « *on en a voulu à ma sœur* », « *en plus ça ne servait à rien d'en reparler, mon père était mort* ».

La mère conclut par « *on oublie* » parlant des abus qu'elle a également subis à l'adolescence de la part du mari d'une de ses sœurs dont elle gardait régulièrement les enfants chez eux. Elle continue d'ailleurs à voir son beau-frère. Elle en avait parlé à sa mère « *mais rien n'a été fait* ». Adeline exprime de la colère, de la haine concernant les non-dits. Elle se sent coupable concernant sa cousine qui a dénoncé les abus du même oncle qui a abusé d'elle : elle a perdu le procès et s'est faite éjecter de la famille. Adeline relate également des repas de famille (nombreux repas, et nombreuses personnes lors de ces repas) où elle était obligée de dire bonjour à son oncle. Elle s'est autorisée lors des derniers repas à l'ignorer, ce qui lui a valu quelques remarques de la part de sa tante étonnée.

Adeline se pose alors la question de la protection des autres : ses petits cousins (ont-ils vécu la même chose ?), sa sœur, sa tante (femme de l'oncle abuseur apparemment non au courant... avec qui elle s'entend très bien, « *qui est super* », qui s'est beaucoup occupée d'elle quand elle était petite), comment arrêter la répétition transgénérationnelle ?

Suite à ces révélations, les parents semblent prendre en compte « *l'ampleur de la situation* » et ils projettent d'en parler à l'oncle qui doit venir manger chez eux le lendemain soir. Cela soulage Adeline qui précise que « *Melvin aussi sera soulagé* ». Le week-end après l'entretien avec les parents a été difficile pour Adeline. Suite à l'évocation des incestes à sa famille, sa mère lui a fait des reproches au téléphone « *nous avons l'habitude de laver notre linge sale en famille* », lui reprochant d'avoir brisé cette loi du silence. Finalement, ils n'en ont pas parlé à l'oncle. La mère a dit qu'elle souhaite en parler à son frère, mais seule. Cela a entraîné Adeline à écrire une longue lettre à sa mère pour exprimer ses ressentis par rapport ses réactions, avec un discours très centré

sur ce qu'elle dénonce. Suite à cela, elle se présente en demande de prendre plus de distance vis-à-vis de ses parents.

Dans les suites, Adeline a beaucoup de difficultés à manger, ne prend pas tous les compléments alimentaires, vomit, s'hyperactive. Elle verbalise un « *cerveau déconnecté et en même temps quand il se reconnecte c'est dur de penser* ». Elle nous parle de la lettre écrite à sa mère que Melvin a postée, elle dit également avoir « *accepté* » la proposition de Melvin de ne pas avoir de nouvelles de ses parents dans les jours à venir. Son conjoint reste, quant à lui, « *sa bouffée d'oxygène* ». Elle commence à parler de la « *transparence* » qui reviendra dans plusieurs entretiens, « *je veux qu'on travaille dans la transparence* », « *être transparente avec vous* », « *je ne suis pas qu'un poids* ». Elle est sans cesse en demande de soins de la part de l'équipe soignante. Elle justifie ses vomissements durant l'hospitalisation par une souffrance intolérable dans les moments où elle se retrouve seule, tel un sentiment d'abandon.

Adeline nous reparlera de son « *projet de famille avec un enfant dans 1 ou 2 ans* ». « *Quand ça ira mieux dans tous les sens du terme* » « *aussi bien là (montrant sa tête) que dans le corps* », précisant au sujet de la grossesse que « *la transformation du corps aussi ça s'accompagne* ». Elle met « *sa vie professionnelle entre parenthèses, entre guillemets* ».

Adeline revient sur le courrier envoyé à sa mère. Celle-ci l'a contactée par téléphone, elle compte répondre également à son courrier. « *Elle a vu mon oncle toute seule, dans un endroit bien neutre pendant deux heures. Elle lui a dit, il a admis, ma mère lui a dit que ce ne sera plus jamais comme avant* ». Adeline ajoutera « *cela est rassurant pour moi* » et « *mon père veut une discussion avec moi car le jour de l'entretien il s'est rendu compte qu'il n'était pas au courant de tout et ça lui a fait du mal* ».

Nous évoquons la question de la protection d'elle-même dont elle a des difficultés à se rendre compte. Les symptômes qu'elle montre mettent beaucoup de distance avec les autres, cela empêche de parler d'autre chose.

Le cadre de soin « ordinaire » ne nous semble finalement pas suffisamment contenant et adapté pour Adeline. En effet, plusieurs semaines après le début d'hospitalisation, nous faisons le constat qu'Adeline a pris peu de poids, restant dans une précarité somatique, poursuivant d'importants vomissements. Son « système/tube digestif » prend finalement toute la place lors des entretiens et lors des réunions cliniques d'équipe. Au sein de l'équipe justement, les avis sont partagés, voire opposés. Certains expriment leur impression d'être dans l'emprise, d'autres d'être maltraitants en lui demandant plus qu'elle ne pourrait faire. Ainsi, un plan de soin particulier à Adeline et très contenant est mis en place. De plus, nous instaurons des rencontres plus régulières avec Melvin et également avec ses parents.

Lors des entretiens avec Melvin, celui-ci évoque l'importante place prise par la maladie dans leur vie. Il est même incapable de décrire le caractère d'Adeline avant la maladie, alors qu'elle se décrit comme étant gentille, persévérante et courageuse. Melvin exprime son inquiétude quant à l'évolution de la maladie et donne l'exemple d'une connaissance « *qui a eu quatre enfants mais qui n'est pas guérie pour autant* ». Adeline paraît très affectée par ces propos et insiste sur la différence entre les personnes.

Lors d'un entretien avec les parents, Juliette, la sœur d'Adeline, est présente. C'est l'occasion de reparler de la situation d'emprise de Juliette avec son petit ami. Adeline verbalise être fatiguée d'avoir aidé sa sœur dans cette situation et ne pas supporter qu'elle ait menti ou fait des cachoteries. Cependant, elle ne fait aucun parallèle avec sa propre situation d'emprise avec la maladie. Elle n'entend pas que Juliette était très présente pour elle au début de la maladie, elle dit ne pas s'en souvenir. Une rivalité déniée entre les sœurs est palpable tout au long de l'entretien. « *Ma sœur elle va trop loin* » dira Adeline dans un autre entretien familial sans la présence de sa sœur ; laquelle ira le plus loin ? Elle nous fait également part de la jalousie de sa sœur envers elle, qui a mieux réussi professionnellement parlant, qui est celle dont la famille demande des nouvelles, qui a toujours été plus fine... On note une pointe d'agressivité « *elle a récupéré des habits à moi que je ne mets plus mais de toute façon elle ne rentrera pas dedans* ».

Les entretiens familiaux sont également l'occasion de revenir sur l'histoire du couple parental et sur leur projet de vie, de famille, Adeline était une enfant désirée. A six mois de grossesse, le couple a eu un grave accident de voiture générant d'importantes angoisses de mort. Sa mère nous confie penser que la surprotection qu'elle a mise en place dès la naissance d'Adeline pourrait venir de là. Elle a toujours eu peur pour ses filles et tout particulièrement pour Adeline, qui a subi beaucoup de moqueries durant l'enfance, notamment à cause de son genou. Le père d'Adeline précise qu'« *elle a toujours eu besoin de sa mère* », la comparant à sa sœur plutôt indépendante. Il ajoute qu'à « *partir du moment où sa femme est devenue mère, elle a arrêté d'être femme* », ce qu'il a pu lui reprocher à plusieurs reprises, lui-même ayant du mal à trouver sa place. La mère et la fille décrivent une relation quasi anaclitique. Madame fait le rapprochement avec sa relation à sa propre mère. Adeline a un caractère très proche de celui de sa mère alors que Juliette semble plutôt ressembler à son père. Alors que la maladie était déjà très active, Adeline et sa mère se sont affairées ensemble à l'écriture du mémoire de fin d'étude d'Adeline qui a, à ce moment-là, réussi à emporter sa mère avec elle dans le déni de sa maladie. Cependant, c'est à cette période qu'Adeline et Melvin décident d'emménager ensemble, même si actuellement Adeline convient que ce n'était pas la période la plus opportune puisqu'elle était très prise par son mémoire. Sa mère nous confie qu'elle non plus « *n'était pas prête pour le départ d'Adeline, cela a été très difficile, elle aurait préféré qu'elle reste avec elle, pour s'occuper d'elle, notamment concernant sa maladie* ».

D'ailleurs, Adeline a encore beaucoup d'affaires chez ses parents, une pièce entière. Ce départ un peu précipité d'Adeline de chez ses parents fait écho à la mère concernant son propre départ de chez sa mère lorsque celle-ci a dû retourner vivre chez l'un de ses fils. Il n'y avait alors plus de place pour la mère d'Adeline qui a été contrainte d'aller vivre avec son petit-ami du moment, l'actuel père d'Adeline.

Lorsqu'Adeline est arrivée chez Melvin, celui-ci a eu l'impression que les parents d'Adeline « *déposaient le paquet* », sous-entendu Adeline et sa maladie, « *pour qu'il s'en occupe* ». Les relations complexes entre Melvin et la mère d'Adeline persistent alors qu'il semble bien s'entendre avec le père.

Au fil des semaines, Adeline s'apaise et avance tout doucement jusqu'à atteindre l'état physique et psychique permettant de remettre en place une prise en charge « ordinaire » avec un contrat de soins.

Lors des entretiens, elle évoque de nouveau les projets d'achat de maison et de maternité avec Melvin, qui sont en suspens depuis le début de la maladie, mais qu'elle définit comme « *quelque chose dont ils ont réellement envie tous les deux* ». Cependant, elle nous confie que Melvin semble se poser beaucoup de questions à ce sujet du fait de la maladie d'Adeline. Lors des entretiens, même au bout de plusieurs mois d'hospitalisation, Adeline persiste dans le discours de l'Autre. Elle veut nous donner « les bonnes réponses », socialement acceptables, « normales ». Alors que l'avancée et la prise de poids lui ont permis de commencer à prendre des permissions, rapidement Adeline perd du poids compromettant les permissions suivantes. Elle verbalise alors que « *lors de la dernière permission, elle aurait pu passer pour quelqu'un de normal* », « *que dès qu'elle prend du poids tout fout le camp* ». Pour la première fois, elle évoque sa peur de prendre du poids, « *si elle retrouve un IMC normal, elle n'aura plus le droit de rechuter* ». En effet, tout le monde « *aimerait que ça aille plus vite alors qu'elle a besoin de temps* ». On lui dit « *quand tu seras mieux, tout ira bien, tu as tout pour être heureuse, un travail, un homme qui t'aime, avec qui tu pourras avoir des enfants* ». Adeline ajoute « *mais je n'arrive pas à être heureuse* », se reprenant assez rapidement comme pour se justifier « *une vie normale, un enfant, un mariage, j'ai vraiment l'impression de le vouloir* ».

3.3 Nathalie

*« Je voudrais accoucher et que tout soit terminé ;
Pas qu'on n'en parle plus car le bébé je le veux, je le désire,
Mais la grossesse est trop compliquée pour moi.
J'aurais voulu un deuxième bébé sans avoir la grossesse, si ça avait été possible. »*

Nathalie est une patiente de 34 ans en janvier 2015 lorsque je la rencontre dans le groupe parentalité de l'Espace Barbara. Elle a une petite fille qui approche les trois ans et elle est enceinte de son deuxième enfant. Cette deuxième grossesse semble plus compliquée que la première. Nathalie acceptera volontiers de partager son expérience des troubles des conduites alimentaires et de la grossesse au cours d'un entretien filmé.

Avant de détailler cet entretien centré sur le désir d'enfant et la grossesse, revenons sur l'histoire de Nathalie collectée à travers les soignants qui se sont occupés d'elle et à travers les éléments du dossier.

Nous sommes huit années plus tôt lorsque Nathalie, 26 ans, est adressée pour une consultation dans le service d'addictologie du CHU de Nantes par la psychiatre qui la suit au centre médico-psychologique depuis six mois. Nathalie semblait plutôt réticente à cette consultation.

Mode de vie et entourage :

Nathalie est la seconde d'une fratrie de trois (deux frères de 4 et 2 ans ses aînés avec qui elle a de bons rapports).

Elle est issue d'un milieu social modeste. Son père a un frère et une sœur. Ses grands-parents paternels sont toujours en vie. Sa mère a deux frères et une sœur. Nathalie est très proche de sa grand-mère maternelle. Son grand-père maternel est décédé quelques mois après la naissance de Nathalie.

Après des études d'Agent Territorial Spécialisé des Ecoles Maternelles (ATSEM), Nathalie s'est beaucoup investie dans son travail.

L'histoire de Nathalie est marquée par l'inceste de la part de son père depuis ses six ans jusqu'à l'âge de treize ans. Trois ans plus tard, Nathalie portait plainte, ce que sa mère ainsi que la famille de son père (hormis la grand-mère paternelle) lui reprocheront, induisant un sentiment de culpabilité chez Nathalie. Elle a principalement eu le soutien de son éducatrice. Suite à la plainte, elle a été placée en foyer pendant un an, puis elle s'est installée seule dans un appartement. Les liens avec sa famille seront à ce moment-là partiellement rompus. Deux ans après les aveux, la plainte a été classée sans suite « faute de preuve ».

Antécédents psychiatriques avant ses premiers soins dans le service d'addictologie pour ses TCA:

- Une hospitalisation en psychiatrie suite à une intoxication médicamenteuse volontaire à l'âge de 19 ans,
- Agoraphobie,
- Malaises ou douleurs abdominales dans les moments de forte angoisse,
- Co-addiction : Tabac

Concernant ses TCA :

A l'âge de treize ans, coïncidant à l'arrêt des abus sexuels de la part de son père, Nathalie a initié des restrictions alimentaires, c'était « *un refus de manger, mais cela n'a pas été reconnu comme de l'anorexie au début car je pensais que c'était plutôt un refus de tout ce qui était arrivé durant mon enfance* », dira-t-elle a posteriori. Trois ans plus tard, coïncidant au dépôt de plainte et au placement en foyer, sont apparues des crises de boulimie avec vomissements. Nathalie n'a pas bénéficié de prise en charge de ses TCA (« stables ») avant l'âge de 26 ans quand les symptômes se sont acutisés sur un mode plutôt restrictif (qualitativement et quantitativement). Elle explique alors avoir débuté un régime un an auparavant car « *elle se trouvait trop grosse* », entraînant une perte de 10 kilos. Elle pèse alors 48 kg pour 1.62m (soit un IMC de 16.9 kg/m²). Nathalie présente une hyperactivité physique notable. Une aménorrhée secondaire est rapportée depuis six mois. Il y a de nouveau des vomissements depuis deux mois. On note également une consommation de 2 à 4 laxatifs par jour (DULCOLAX) depuis six mois. Les préoccupations corporelles sont intenses, et le regard de l'autre est très présent dans son discours. Nathalie précise qu'elle n'a « *pas envie qu'on la voit car elle a l'impression que les personnes savent ce qui s'est passé avec son père* ».

Nathalie est sujette à de fortes obsessions alimentaires ainsi qu'à de nombreux rituels (lorsqu'elle quitte son domicile notamment). Elle se pèse de façon compulsive, jusqu'à 20 fois par jour.

D'un point de vue thymique, elle se présente au début de sa prise en charge ambulatoire des TCA, plutôt ralentie au niveau psychomoteur. Elle évoque une asthénie avec clinophilie, une aboulie, une anhédonie, une douleur morale depuis deux mois avec des troubles du sommeil à type d'endormissement pour lesquels elle prend un somnifère. Elle verbalise des idées noires, voire suicidaires, surtout en lien avec une prise de poids. Elle peut avoir des gestes auto-agressifs comme se frapper la tête ou se cogner le ventre, exprimant un certain soulagement ensuite. L'antidépresseur mis en place sera rapidement arrêté par Nathalie qui met en avant la prise de poids. Au fil des premières consultations, elle est très ambivalente concernant les soins, et refuse toute proposition d'hospitalisation. Six mois plus tard, elle accepte une hospitalisation bilan qui se termine par une hospitalisation à la demande d'un tiers dans un service de psychiatrie où elle passe 10 jours avant de revenir à l'unité Lou Andréas-Salomé.

Les soins se poursuivront en Hôpital de jour à l'Espace Barbara, durant lesquels Nathalie, d'apparence fermée, voire hostile, supporte difficilement les temps de relaxation, « *ne supportant pas qu'on la touche ou l'approche* ».

Dans un discours empreint de colère contre son père, sa mère, la justice, Nathalie revendique la reconnaissance de sa souffrance « *ma mère fait semblant de ne rien voir, de ne pas constater que tout ça est lié à l'agression* », arguant que les TCA sont le « *témoignage de sa souffrance (inceste) que sa mère ne veut pas reconnaître* », résistant au changement car « *ce serait reconnaître qu'elle ne souffre plus, qu'elle oublie l'inceste* ». Elle a l'impression que « *son corps ne lui appartient plus mais à son père* ». Au fil de plusieurs entretiens avec sa mère, celle-ci évoque sa culpabilité quant à son défaut de protection de sa fille tout en expliquant sa difficulté à la croire lors du dépôt de plainte (et encore maintenant ?). Nathalie verbalise alors être soulagée d'avoir eu la certitude que sa mère était au courant.

Dans un contexte d'amaigrissement majoré avec un IMC à 14 kg/m², elle accepte une nouvelle hospitalisation à LAS il y a quelques années. Cette hospitalisation, d'une durée de deux mois, permet une reprise d'un rythme alimentaire avec une diversification alimentaire, une amélioration thymique, une poursuite d'un traitement par EMDR (axé sur le traumatisme de l'inceste), et une reprise du travail à la sortie. Les soins se sont poursuivis en consultation simple, Nathalie ne souhaitant pas de prise en charge en HDJ du fait de sa reprise de travail. A la sortie de l'hospitalisation, elle exprime un sentiment ambivalent concernant sa mère, ressentant à la fois de la colère envers elle et la peur que sa mère ne veuille plus la voir. Devant la persistance des symptômes et de la situation familiale complexe, une thérapie mère-fille a été proposée. La présence du tiers a permis à Nathalie de « *lui dire des choses importantes pour la première fois* », la protégeant du risque de rupture définitive des liens, ce qu'elle pouvait craindre. Le début de la prise en charge familiale, qui a délié la parole de Nathalie avec sa mère, favorisant leur complicité, a été marqué par une recrudescence des symptômes alimentaires. Nathalie alternait entre des semaines restrictives et des semaines avec des crises de boulimie purgatives, avec recrudescence également des automutilations et de l'hyperactivité physique « *ça avance avec ma mère, je ne peux pas faire avancer les deux en même temps* ».

Courant 2010, devant l'ambivalence marquée de Nathalie quant aux soins, une pause de plusieurs mois a été faite dans la prise en charge.

Lors de la reprise des soins, Nathalie n'a plus de crise de boulimie, ni d'usage de méthode purgative (vomissement ou laxatif). Elle a rencontré un petit ami avec qui elle a ensuite emménagé, de façon concomitante à l'arrêt de la thérapie avec sa mère « *on a retrouvé des relations mère-fille, c'est la juste distance psychique* ». Quelques mois après l'emménagement, elle apprend sa grossesse, désirée.

Concernant le désir d'enfant et l'évolution des troubles alimentaires durant cette première grossesse

Nathalie avait évoqué pour la première fois l'envie de fonder une famille, il y a cinq ans, dans une période plutôt stable avec une perspective d'embauche en CDI, s'autorisant ainsi à penser des projets d'avenir. Cela avait été renforcé par l'annonce de la future paternité de son frère. Elle souhaitait « *sa propre vie à elle, ne pas oublier le passé mais aller de l'avant* ». Cependant, les troubles alimentaires étaient toujours très actifs, et Nathalie était plutôt centrée sur son travail de thérapie avec sa mère.

Moins de deux ans plus tard, elle rencontre son mari actuel et même si les TCA se poursuivent a minima, Nathalie se sent plus sereine. Dans un contexte de désir d'enfant au sein de son couple, Nathalie arrête de prendre une contraception orale et est enceinte très rapidement « *à sa grande surprise* » puisqu'elle connaissait les risques de difficulté à procréer du fait des troubles alimentaires. La famille est heureuse de l'annonce de cette grossesse. Nathalie n'avait pas de franche appréhension car ses troubles alimentaires étaient plutôt stables (poids à la limite basse). Il y avait une crainte de la prise de poids, mais sans envahissement majeur. Dans ce contexte de grossesse, le suivi en addictologie s'est intensifié.

Cette **première grossesse** se déroule plutôt bien et Nathalie exprime apprécier la grossesse. Elle rapporte quelques nausées durant les quinze premiers jours. Elle « *a fait très attention durant cette grossesse, avec un contrôle alimentaire permanent, une tendance à la restriction* ». Les dernières semaines sont vécues un peu plus difficilement avec une intensification des restrictions et une recrudescence de la dysmorphophobie. Nathalie prendra 8 kg et elle accouchera sans encombre à terme d'une petite fille « *son souhait, donc un pur bonheur* ». Elle rapporte le post-partum comme une période plus compliquée où « *elle a perdu pied* ». Elle « *a vite voulu perdre le poids qu'elle avait pris, les formes prises ne lui plaisaient pas* », elle en perdra en fait deux fois plus, dans un contexte de reprise d'hyperactivité physique intense. L'allaitement de sa fille se passe bien, mais elle doit arrêter « *à contre cœur* » au bout de 4 mois dans un contexte d'asthénie intense et d'insuffisance de lait. La diversification des aliments se déroule également bien. Elle décrit les premières relations avec son bébé comme étant bonnes, cependant cette relation devient rapidement « *fusionnelle* », avec des difficultés de séparation. Nathalie reprend son travail. Mais au fil du temps, il y aura une recrudescence de ses symptômes alimentaires avec une dysmorphophobie majeure. Elle rapporte lors d'une consultation : « *J'avais hâte de vous voir, je ne peux en parler à personne, je me trouve énorme* ». Nathalie se présente envahie par des pensées angoissantes qui sont plus importantes lorsqu'elle tente de faire moins d'hyperactivité physique (pendant les périodes de vacances par exemple, durant lesquelles elle fait moins le ménage). Elle tente d'imposer une orthodoxie alimentaire à son mari et sa fille avec une « *perte de repère* » et une difficulté à se représenter ce qu'est le « *trop* » et le « *pas assez* », lui donnant « *l'impression de ne pas être une bonne mère* ». Elle confie que depuis qu'elle est maman, « *le passé refait surface* », « *comment lui dire les choses plus tard ?* ». Cela s'intensifie avec la perspective de mariage qui entraîne un rapprochement avec ses parents et une tentative de

« normalisation » des relations avec son père, se sentant ainsi sous son « emprise ». Un traitement antidépresseur à visée anxiolytique sera mis en place, en plus de la psychothérapie individuelle.

Suite au mariage qui s'est bien déroulé, soulageant ainsi Nathalie, son mari a évoqué l'idée d'un deuxième enfant, mais Nathalie « ne se sentait pas prête à affronter une deuxième grossesse, et surtout les changements corporels induits ».

Concernant la deuxième grossesse

Finalement, quand « sa fille a commencé à marcher et parler », Nathalie pense que « ça passe tellement vite » et commence à envisager un deuxième enfant.

Après l'arrêt de la contraception orale, Nathalie a des cycles menstruels irréguliers et plusieurs mois s'écoulent avant qu'elle ne soit enceinte. Elle a même consulté un médecin, pensant que cela pouvait venir de ses TCA, que « c'était de sa faute ». Les relations dans le couple sont plus tendues, et le désir de Nathalie est plus ambivalent qu'à la première grossesse.

Elle apprend sa grossesse et ses premières réflexions sont « ce n'est pas la grossesse rêvée », « elle est beaucoup plus compliquée même si mon mari comme moi on la désirait cette deuxième grossesse, je ne pensais pas que ce serait si compliqué de reprendre du poids ». « J'ai regardé des photos de la période quand j'étais enceinte de la première grossesse, je n'avais pas envie de revenir comme ça. La première finalement c'était une découverte alors que là je sais le poids et les formes que je peux prendre, ça m'inquiète beaucoup plus ».

Nathalie doit rester alitée au début de sa grossesse du fait des contractions. Elle décrit cette période comme empreinte d'angoisse de mort concernant son bébé, avec toutefois l'appréhension de sa grossesse « peur de prendre du poids, de ne pas réussir à faire face à deux enfants et de les aimer tous les deux, de délaisser sa première fille ».

Les quatre premiers mois de grossesse sont marqués par des nausées et vomissements spontanés intenses (jusqu'à une dizaine de fois par jour). « Je me posais la question de savoir si c'était des vomissements de ce qu'on appelle nausées et vomissements pendant la grossesse ou si c'était inconsciemment que j'avais déjà peur de prendre du poids ». Dans ce contexte, Nathalie perd du poids « rassurée que ça ne se voit pas et qu'elle arrive à tout contrôler », malgré les inquiétudes de son médecin et de son mari. Une fois les vomissements résolus, Nathalie commence à reprendre du poids et ce sera « encore plus compliqué car tout le monde commençait à me dire que ça se voyait et pour moi ce n'était pas bien, je voulais le cacher le plus longtemps possible, que ça se voit le moins possible ». Nathalie est rapidement envahie par des ruminations centrées sur son ventre avec « un sentiment de honte » et une tendance à s'isoler chez elle pour éviter toute réflexion, mais ne s'apaisant pas pour autant puisque les ruminations persistaient. Elle a donc des préoccupations toute la journée, avec une tendance à l'hyperactivité physique entre les siestes, puisqu'elle est très fatiguée, afin de « dépenser son énergie, s'occuper l'esprit dans un objectif de perdre du poids ». Sa fille passe la plupart de ses

journées chez l'assistante maternelle. Durant le groupe parentalité, elle verbalise ses difficultés à gérer à la fois sa grossesse et sa fille en bas-âge. Celle-ci manifeste des symptômes anxieux, probablement en lien avec la grossesse de sa maman, avec notamment des insomnies d'endormissement et des réveils nocturnes très fréquents qui conduisent Nathalie et son mari à consulter le médecin généraliste. Par ailleurs, les symptômes obsessionnels de Nathalie s'intensifient à cette période particulièrement angoissante. Elle fait part de son rangement intensif de sa maison avec, en plus du contrôle alimentaire, un contrôle de l'organisation de la maison, allant jusqu'à surveiller sa fille pour qu'elle sorte seulement un jeu à la fois et lui apprenant fermement à le ranger avant d'en sortir un autre. Les interactions et la rencontre avec sa petite fille autour du jeu sont particulièrement mises à mal, Nathalie se disant peu disponible psychologiquement.

Lorsque je la rencontre, elle débute son septième mois de grossesse, et il persiste cette même difficulté à « se regarder, s'habiller, sortir de chez elle », avec l'appréhension du regard des gens. Elle a pris 4 kg jusqu'à présent, « là ce n'est pas moi, je ne me reconnais pas, j'ai beaucoup de mal ».

Elle distingue le désir d'enfant du désir de grossesse :

« J'aurais voulu un deuxième bébé sans avoir la grossesse si ça avait été possible. Je le dis souvent à mon conjoint, vivement que ça se termine, qu'on n'en parle plus, pour retrouver mon corps d'avant, me retrouver moi. Je voudrais avoir accouché et que tout soit terminé, pas qu'on n'en parle plus car le bébé je le veux, je le désire, mais la grossesse est trop compliquée pour moi, pour moi ce n'est pas que du bonheur ».

Pour autant, il semble que la projection dans le post-partum ne soit pas si simple :

« L'après-grossesse me fait très peur, déjà avec un deuxième comment réussir à tout gérer, chez moi il faut que le ménage soit fait et il va falloir que je retrouve vite ma ligne d'avant, il faudra que j'arrive à gérer tout ça ».

Nathalie conclut notre entretien sur l'aide nécessaire apportée par l'hôpital de jour, sa sage-femme et son médecin traitant, et sur quelques mots concernant ce que lui a apporté la maternité :

« J'ai ma propre famille maintenant, devenir maman c'est génial, par rapport à mon passé je trouve que j'ai beaucoup avancé, heureusement qu'ils sont là, je m'accroche beaucoup à eux, ma fille, mon mari, des fois je pourrais perdre pied ».

3.4 Sonia

« En général, les troubles alimentaires, ce sont plus des problèmes d'ado. Ce qui pourrait être des problèmes pour mes nièces, finalement c'est moi qui avais ça. J'ai fait une crise d'adolescence à 30 ans, en retard. Et là je suis maman, j'ai passé un cap. Ce sont mes enfants et le fait d'être maman, qui m'ont aidée »

Sonia est une femme de 39 ans lorsqu'elle accepte de me rencontrer pour témoigner de son expérience concernant son désir d'enfant et la grossesse, dans le contexte de ses troubles alimentaires. Elle est alors suivie depuis 9 ans dans le service d'addictologie de Nantes. Les consultations sont actuellement très espacées puisque suite à ses deux grossesses, *« tout cela est derrière elle »*, c'est d'ailleurs pour cela qu'elle arrive maintenant à en parler, m'expliquera-t-elle. *« Tout cela »*, ce sont les symptômes alimentaires à type de boulimie purgative avec des préoccupations alimentaires importantes entraînant des répercussions sur sa vie. Effectivement, les symptômes se sont amendés et Sonia a enfin *« trouvé son équilibre »* entre son travail et sa vie personnelle. Elle maintient néanmoins des entretiens deux fois par an dans le service d'Addictologie de Nantes. Sonia est une femme de taille moyenne, fine, avec des cheveux longs en queue de cheval sur un visage aux traits fins. Elle parle d'une voix douce avec des mots précautionneusement choisis. Elle se décrit comme quelqu'un de perfectionniste, aimant le contrôle, la planification, la maîtrise.

Lors de cet entretien mais également à travers le dossier, nous pouvons restituer le parcours de Sonia.

Éléments biographiques

Sonia est la troisième d'une fratrie de 4, avec une sœur de six ans son aîné (maman de deux adolescentes), un frère de un an et demi son aîné, et une petite sœur qui est née alors que Sonia avait 11 ans. Elle a eu *« une enfance agréable et une adolescence sans problème, sans jamais poser de souci à ses parents »*. Sa mère, assistante de direction des ressources humaines, est décrite comme *« une mère protectrice mais pas très chaleureuse »*, et qui n'aime pas cuisiner. Elle a souvent dit à Sonia qu'elle *« avait tendance à être comme son papa, à prendre du poids assez rapidement, à ne pas avoir la peau aussi douce qu'elle mais plutôt rêche comme son papa »*, et cela renforçait le sentiment de Sonia de *« ne pas avoir envie de grossir »*. Son père, cadre dans une entreprise, était souvent en déplacement durant l'enfance de Sonia. Il est décrit comme un *« bon vivant »*. Sonia est plus proche de son papa depuis sa plus tendre enfance, ce que sa mère aurait reproché à son père pendant le divorce en lui disant *« avec TA fille »*. Sonia garde finalement l'image d'une mère autoritaire, avec *« beaucoup de caractère et d'emprise »* (*« qui crie et nous dispute »*), à qui elle a eu pendant

de longues années des difficultés à dire non, à s'opposer. Son père est décrit comme étant plus « câlin », plus maternant.

Sonia a passé le Baccalauréat à 18 ans. Cette année a aussi été l'année de séparation de ses parents. Sa mère, ayant rencontré quelqu'un d'autre, est partie avec sa petite sœur. « *Elle a fait le choix de partir avec ma sœur plus jeune que moi, par contre elle ne s'est pas posée la question pour mon frère et moi. Ma sœur aînée était autonome. C'est mon père qui a dû gérer pour mes études, la voiture...* » dira-t-elle, revendiquant un sentiment d'abandon. Sonia a tout de même maintenu un contact avec sa maman par l'intermédiaire de sa sœur qui venait un week-end sur deux chez leur père.

Il s'agit d'une période difficile pour Sonia qui sera impliquée dans le conflit parental, en étant surtout la confidente de son père. Elle a également pris les fonctions de sa mère, en s'occupant de l'intendance de la maison et de la préparation des repas.

Sonia a pris un appartement en colocation avec son frère et fera ses études à Nantes. Puis, elle a rencontré son premier compagnon avec qui elle s'est installée à Agen. Ils ont partagé sept années de vie commune. Cette période a été marquée par le décès de la grand-mère maternelle de Sonia, d'une évolution rapide d'un cancer des ovaires, personnage important à ses yeux, qui avait le souci de réunir la famille, qui aimait faire la cuisine, ce qu'elle a pu transmettre à Sonia.

Après plusieurs tentatives, elle a réussi un concours de l'administration. Ce sera également la période de séparation d'avec son ami après avoir appris qu'il avait une liaison. La relation n'était de toute façon pas très satisfaisante, m'expliquera-t-elle tout en illustrant avec les remarques sur son poids qu'il pouvait lui faire. Elle est alors retournée vivre chez son père à l'approche de la trentaine, pendant plusieurs années « *pour ne pas être seule* ». Elle a mis tout de même une année avant d'acter une rupture définitive d'avec son compagnon. Dans les suites de cette rupture, elle a rencontré Thomas, son conjoint actuel. Elle a également acheté seule un appartement, se retrouvant pour la première fois à vivre seule (puisque son ami est régulièrement en déplacement).

Ils ont acheté leur maison quelques années plus tard, « *un engagement rassurant, pour avoir une vie normale de famille* », puis se sont mariés.

Antécédents personnel ?

Pas d'antécédent particulier, pas de coaddictions

Antécédents familiaux ?

Pas d'antécédent de TCA

Concernant ses TCA avant ses grossesses :

Même si Sonia a toujours été à un poids « normal », elle avait pour habitude de faire des régimes régulièrement depuis ses 18 ans, surtout en période estivale, avec une restriction des quantités, une suppression des graisses et viandes et parfois un saut des repas. La perte de poids était alors de « quelques kilos » et objectivée par les vêtements.

Elle situe le début de ses troubles alimentaires l'été de la rupture définitive d'avec son premier compagnon. Cela faisait plus d'un an qu'elle était retournée vivre chez son père, qui au même moment a rencontré une nouvelle compagne, « *j'avais l'impression d'être moins utile à quelqu'un* » exprimerait Sonia. Son régime estival « habituel » lui a apporté une satisfaction personnelle et la perte de poids, entraînée par une restriction alimentaire, ne s'est pas arrêtée « *je commençais à me plaire de plus en plus maigre et je suis descendue à 42 kg* » (IMC=17.3 kg/m², pour un IMC de forme = 19.8 kg/m²). Elle a rencontré Thomas quand elle pesait son poids minimal. Trois mois après le début de ses restrictions, alors qu'elle emménageait seule dans son nouvel appartement, Sonia a débuté des crises de boulimie avec initialement une compensation par de l'hyperactivité physique (course 5 heures par semaine), puis avec des vomissements « *pour ne pas grossir, et éviter ce sentiment de mal-être avec l'estomac gonflé, j'ai vite compris le système des vomissements* ». Elle ne partageait pas cela avec son conjoint, « *c'était mon moment à moi* », « *la semaine, je faisais ce que je voulais* ». Les crises pouvaient débuter dès son retour du travail à 18h00 jusqu'à 22h00. Elles étaient empreintes de beaucoup de plaisir « *quand j'étais dans mes crises, il ne fallait pas qu'on me dérange* ». Il n'y avait pas par ailleurs de prise de laxatif ou de diurétique. L'hyperactivité physique a disparu depuis l'« efficacité » des vomissements. Sonia parvenait à se maîtriser le week-end quand son conjoint était là pour qu'il ne se doute de rien. Ce dernier s'est rendu compte au bout de quelques années des troubles de Sonia, pendant des vacances. Il la alors poussé à consulter le médecin généraliste. C'est ainsi qu'elle rencontre pour la première fois un psychiatre du service d'addictologie, il y a 9 ans. Sa demande sera alors une « *méthode choc et rapide* ». Elle semble très ambivalente concernant les soins, surtout influencée par son petit ami. Sa sœur a contacté rapidement ses parents pour les informer. « *Et là les deux qui ne se parlent pas, ne s'apprécient pas, ils ont débarqué un soir, j'ai trouvé ça fort, qu'ils prennent sur eux pour moi. Maman m'a même dit 'il faut absolument que tu fasses quelque chose car tu veux avoir des enfants et ça peut compromettre tes chances d'avoir des enfants'* ». « *Ma maman voulait carrément m'hospitaliser, moi je ne voulais pas, j'étais encore dans le déni* ».

Il est rapporté dans le dossier une période d'aménorrhée de deux ans, mais lors de mon entretien avec Sonia elle ne s'en souvient pas et précise avoir toujours eu des cycles réguliers « *je pense que ça m'aurait alerté* ».

Le début des soins est marqué par cette ambivalence dans les soins avec beaucoup de rationalisations, et une position d'impuissance des médecins.

Petit à petit, Sonia met en lumière des objectifs de changements : le désir grossesse, le traitement de ses dents usées par les vomissements (pose de facettes), son mariage (ne veut pas « *ressembler à un squelette, ni vomir le jour de son mariage* », ce qui est également une demande de son fiancé avec qui elle a passé une sorte de « contrat de poids »).

Concernant son désir d'enfant

Sonia l'évoque initialement lorsqu'elle parlera de son premier compagnon. « *Ce n'était pas quelqu'un qui me correspondait, je ne voulais pas d'enfant avec lui donc c'est un signe. Alors que j'ai toujours voulu des enfants, je n'étais pas prête à sauter le pas avec lui, je ne voulais pas des enfants qui lui ressemblent physiquement* ». Sonia confie avoir « *toujours voulu des enfants* » puisqu'elle se sent bien avec eux. Elle s'est occupée de sa petite sœur car elle avait 11 ans quand elle est née, puis de ses neveux et nièces. Elle « *ne se voyait pas sans enfant* », souhaitant un « *schéma classique, un mari, une maison, des enfants* ».

Il est retrouvé dans le dossier une première évocation de son désir d'enfant au début de son suivi dans le service, Sonia pouvant dire « *je ne serais plus tournée sur ma petite personne si j'ai un enfant* ». Elle avait à ce moment-là pris rendez-vous chez un gynécologue car elle présentait des cycles irréguliers, mais elle semblait plutôt réticente à évoquer ses TCA avec lui. Elle retrouve finalement des cycles réguliers après une reprise de poids. Ce désir de grossesse et d'enfant a été l'une des motivations aux soins, motivation qui a germé petit à petit puisque initialement Sonia était empreinte d'une forte ambivalence.

Sonia n'a jamais pris la pilule, elle a toujours utilisé des préservatifs ou une « *méthode naturelle* ». Cette « *méthode naturelle* » étant peu fiable, elle a appris qu'elle était enceinte de Thomas mais elle a fait le jour même une fausse-couche spontanée. « *J'ai pas été enceinte très longtemps ! Ça ne m'a pas gênée la fausse couche car je n'étais pas prête dans ma tête, je voulais me marier avant* ». Quelques temps plus tard, Sonia s'est mariée et là « *le projet c'était d'avoir un enfant* », « *tout est bien tombé car si on calcule ça s'est fait une semaine après le mariage, comme je le voulais* ». Durant les sept années de vie commune avec son premier compagnon en utilisant la même méthode de contraception qu'avec Thomas, Sonia n'a jamais eu de début de grossesse, « *elle n'a pas laissé s'installer quoi que ce soit* » dira-t-elle.

Lorsque l'on parle actuellement d'une description de ce que pouvait être son désir d'enfant, Sonia fait rapidement le lien avec son besoin de se sentir utile et moins seule.

Concernant ses grossesses, et l'évolution de ses TCA pendant celles-ci,

Sonia ne décrit pas d'appréhension des changements corporels pour chacune de ses grossesses. Elle rapporte même une amélioration des troubles « *pour moi les grossesses ont été le moment où je devais bien manger pour le bébé* ».

Au début de sa première grossesse, Sonia faisait quelques crises de boulimie avec vomissements, mais cela s'est estompé car « *elle avait peur que ça fasse mal au bébé* ». Elle a pris au maximum neuf kilos, et surtout au niveau du ventre. Elle a été inquiète initialement pour son bébé, mais elle a rapidement pu être rassurée par le bon déroulement de sa grossesse avec un bébé « *dans les normes* », laissant apparaître néanmoins une peur « *qu'il soit trop gros et que ça présage d'une obésité future* ». Le premier accouchement par voies naturelles s'est bien passé. Le post-partum a été plus difficile. Elle se rappelle avoir ressenti beaucoup d'émotions, mais elle rapporte aussi des éléments de culpabilité. Son père lui a immédiatement fait remarquer que le bébé, Antoine, était petit (2.3 kg), en lui conseillant de « *surtout bien manger* ». « *Je me suis dit que c'était de ma faute* ». Elle a pu à ce moment-là bénéficier d'un entretien avec la psychologue de la maternité, ce qui l'a apaisée.

Durant l'allaitement, elle a pris de la poitrine et des hanches, ce qu'elle a mal supporté. L'allaitement l'a également aidée à manger sainement car cela pouvait avoir des conséquences sur le bébé.

Les relations à sa mère se sont modifiées « *elle était présente mais ça faisait presque trop d'un coup. Pendant des années, j'avais été sans elle et là d'un coup elle était un peu trop présente* », ce qu'elle n'a pu dire à sa mère sur le moment.

Après l'allaitement, les crises de boulimie avec vomissements ont recommencé, moins intenses qu'en pré-partum. Sonia avait pris une année de congé parental, et son mari avait recommencé ses déplacements, « *elle avait alors du temps* » et a pu reprendre ses crises lors de « *moments à elle notamment pendant la sieste du bébé* ». Il persistait une certaine ambivalence quant au changement.

Sonia a ensuite repris le travail, mais assez rapidement, son mari souhaitait un autre enfant. C'était également le désir de Sonia, mais elle ne sentait pas prête à recommencer une grossesse si rapidement, elle « *commençait tout juste à souffler* ». Comme le couple continuait sur le même « *mode de contraception* », une grossesse a de nouveau débuté. Ce début de grossesse correspond avec des soins dentaires (pose de facettes) qui lui ont permis d'être plus à l'aise dans la relation aux autres, et également de se mettre une contrainte pour éviter les vomissements.

Le début de cette deuxième grossesse a été plus difficile que la première du fait de nausées et vomissements gravidiques « *je n'en perçois que les aspects négatifs* ». Sonia supportait difficilement de « *donner cette image sans énergie* » à son petit garçon, de « *se priver de moments avec lui* », mettant en lumière un surinvestissement d'Antoine avec des difficultés de séparation, mais il lui était également insupportable de ne pas tout maîtriser.

Cependant, une fois le premier trimestre passé, les nausées se sont apaisées et la grossesse s'est bien déroulée. Elle a pris 7 kilos. Au niveau alimentaire, il n'y a pas eu de crise de boulimie « *pas le temps* » dira-t-

elle, entre son travail et son petit garçon. Elle n'a pas non plus eu de franche préoccupation corporelle. L'accouchement d'une petite fille de 3 kilos s'est bien passé.

Depuis cette deuxième grossesse menée à terme, il y a eu quelques rares épisodes de crises de boulimie avec vomissements, « *ça se compte sur les doigts d'une main* ». Sonia explique ne pas avoir le temps avec ses deux enfants, et surtout ne pas souhaiter que son petit garçon se rende compte de quelque chose. De plus, ses préoccupations ont changé. Actuellement, la priorité de Sonia est que ses enfants mangent équilibré et sainement. Elle leur prépare alors des petits plats en faisant également attention aux quantités, et elle mange comme eux. Ses priorités ont changé également. Sonia a pu trouver d'autres sources de plaisir, notamment ses enfants. Elle se dira « moins égoïste, moins centrée sur elle ». Finalement « *la grossesse a comblé quelque chose, avant les troubles alimentaires venaient pour combler le vide avec un remplissage de l'estomac, alors que pendant la grossesse, le ventre est plein de bonnes choses. Ce sont maintenant les enfants qui comblent le vide* ».

Sonia décrit sa relation à ses enfants comme étant « *fusionnelle* », surtout avec Antoine, elle « *se sent utile* ». Ses relations à sa mère se sont modifiées depuis qu'elle est elle-même maman. « *La relation s'est un peu inversée, j'ai pris du caractère, maman fait attention à ce que je dis, si je ne suis pas d'accord je le dis, elle me craint parfois* ». Elle s'est également affirmée au sein de son couple.

Elle n'exclut pas une troisième grossesse car « *elle a du mal à mettre une croix sur la grossesse et l'allaitement qui sont des moments tellement forts et pendant lesquels elle se sent bien* ».

Sonia a maintenant « *l'impression que c'est fini, elle n'a plus de crise de boulimie ni de vomissement, elle mange comme tout le monde* ». Il n'y a pas d'obsession ou d'insatisfaction corporelle. Elle garde néanmoins une vie très ritualisée.

4. Réflexions cliniques et psychopathologiques au sujet de l'infertilité et de la maternité chez des patientes souffrant de troubles des conduites alimentaires

Il existe des éléments psychopathologiques plus prégnants, sinon spécifiques, concernant d'une part les TCA, et d'autre part l'infertilité.

Notre propos est au carrefour de ces deux problématiques – TCA et infertilité - et il est difficile d'envisager l'une et l'autre distinctement, tant certaines hypothèses psychopathologiques se recoupent. De plus, il est particulièrement compliqué d'« extraire » de l'ensemble des œuvres, concernant notamment les théories psychanalytiques, ce qui concerne ces deux problématiques. Néanmoins, nous allons développer ce qui nous semble éclairer en partie les problématiques que nous rapportons, pour ensuite proposer une lecture psychopathologique de nos vignettes cliniques. Les éléments psychodynamiques que nous allons décliner peuvent évidemment se rencontrer sans provoquer d'infertilité. La naissance de l'enfant peut alors apaiser ou non les conflits que l'on va décrire, les réactiver ou pas.

4.1 Une identification impossible à la mère ?

*« Ma mère et moi, on est comme des vases communiquant,
Tout ce qui la touche me touche, et tout ce qui me touche la touche »*

Une patiente boulimique purgative

« Mais un bébé, cela n'existe pas ! »

Winnicott

Cette formule prononcée par Winnicott, lorsqu'il a souhaité introduire l'idée de disjonction impossible entre le bébé et les soins maternels, résume de façon provocatrice un concept tout à fait novateur à cette époque, même si Freud avait déjà décrit la notion d'un stade primitif nourrisson-soins maternels (S. Freud, 1911).

Le nourrisson est initialement dépendant vis-à-vis de l'objet maternel. Pour Freud, le narcissisme primaire désigne de façon générale le premier narcissisme, celui de l'enfant qui se prend lui-même comme objet d'amour avant de choisir des objets extérieurs (Laplanche & Pontalis, 2007). C'est une période décrite comme anobjectale, celle des autoérotismes singuliers. L'instauration du narcissisme primaire, dans les échanges précoces du bébé avec sa mère est déterminante pour accéder à une relation d'objet total et à la fonction dépressive au sens kleinien. Corcos nous rappelle que « le développement des autoérotismes du

nourrisson a pour fonction essentielle de libérer le sujet de sa dépendance à l'objet primaire maternel (...). Leur activité constitue un auxiliaire psychique de l'autoconservation. » (Corcos, 2010). Le narcissisme secondaire désigne un retournement sur le moi de la libido, retirée de ses investissements objectaux. Le narcissisme primaire selon Freud fait plutôt référence au corps, tandis que le narcissisme secondaire, lui, fait plutôt référence à la psyché. Dans la conception lacanienne, le narcissisme est décrit par le stade du miroir. C'est un stade qui se définit par rapport à autrui, à un moment où l'enfant peut constituer son moi comme unité psychique corrélativement à la constitution corporelle. Il s'agit d'un stade évolutif, avec un point d'honneur mis sur le symbolisme et le langage.

Les patientes souffrant de TCA ont souvent des assises narcissiques fragiles.

Cette notion « d'assises narcissiques fragiles » nous évoque la notion d'attachement qui peut être décrite comme insécure, même si elle diffère du modèle psychanalytique, puisqu'elle réfute la notion freudienne de relation d'objet libidinal par étayage sur la satisfaction du besoin oral. La théorie de l'attachement s'appuie sur les travaux de Harlow puis de J. Bowlby qui, dès 1958, a évoqué un attachement du bébé à sa mère et de la mère au bébé résultant d'un certain nombre de systèmes de comportements caractéristiques de l'espèce et organisés autour de la mère (Marcelli, 2009). Cette théorie met en avant l'importance de la qualité des premières interactions de l'enfant avec son environnement, et notamment avec les figures d'attachement (c'est-à-dire les personnes vers lesquelles l'enfant dirige son comportement d'attachement) de l'enfance à l'adolescence, impactant le comportement adulte. La théorie de l'attachement donne un caractère primaire à l'attachement par le besoin de sécurité, s'éloignant ainsi de la notion d'étayage et allant à l'encontre de la relation primaire à la mère sur la base de la satisfaction orale liée à la nourriture. Au-delà de l'aspect environnemental, des processus intra-psychiques ont été décrits sous les termes de « modèles opérants internes » de soi et d'autrui, qui se construisent en fonction de la qualité des relations précoces. Celles-ci vont être intériorisées et ainsi élaborer des modèles relationnels qui vont participer à la régulation émotionnelle et aux compétences sociales. Dans la théorie de l'attachement, il s'agit de comportements observables qui sont étudiés, et non les effets intériorisés et les fantasmes. D'autres théories, compatibles avec les modèles biologiques, de la psychologie cognitive et de la psychologie du développement, à l'image de la théorie de l'attachement, ont été développées. Nous pouvons citer Piaget, qui a décrit l'évolution du fonctionnement cognitif de l'enfant considérant que la finalité recherchée est l'adaptation de l'individu à son environnement. Il a divisé le développement psychologique de l'enfant en plusieurs périodes, chacune elle-même divisée en stades. Dans le domaine de la psychologie du développement, Wallon a décrit les interactions corporelles entre une mère et son bébé sous le terme de « dialogue tonique ». Depuis plusieurs années, l'étude des interactions du nourrisson avec son environnement ont abouti à deux notions importantes, celle de vulnérabilité et celle de compétence.

Winnicott a décrit la préoccupation maternelle primaire, qui se développe durant la grossesse et qui dure quelques semaines après la naissance. C'est une « maladie normale » lui donnant la capacité de se mettre à la place de son enfant et de répondre à ses besoins (Marcelli, 2009). Le corps de l'enfant est le lieu des interrelations mère-nourrisson et dépend de l'investissement maternel sur le corps de son enfant, ce qui la renvoie à sa propre problématique maternelle. Ainsi, selon Corcos, « “ le choix “ du symptôme corporel doit être inféré aux toutes premières expériences d'investissement (narcissique et sexué) du soi somatique (le moi-peau) de l'enfant par la mère, et pas seulement dans sa configuration orale » (Corcos, 1999). Après cette période fusionnelle, la mère accepte de ne pas être totalement gratifiante pour son enfant, et ainsi d'être une « mère suffisamment bonne ». C'est-à-dire que celle-ci doit être « suffisamment absente pour permettre la désillusion de l'omnipotence qui cache le désir d'un retour à l'état fusionnel » des premiers instants (Corcos, 2010). Ainsi, « la réponse ou l'absence de réponse maternelle face à certaines sollicitations de l'enfant permet à celui-ci de ressentir que son désir ne sera pas toujours satisfait par l'objet ». De ce fait, à l'instar du passage du principe de plaisir au principe de réalité, le petit-être va tendre vers une indépendance relative.

L'élaboration du deuil de l'objet primaire, étape nécessaire à l'autonomisation du sujet, est en lien étroit avec l'accès à la position dépressive décrite par Klein. En effet, Klein ne parle pas de « stade narcissique », puisqu'elle décrit des relations objectales qui s'instaurent dès l'origine. Elle évoque alors plutôt des « états » narcissiques définis par un retour sur la libido des objets intériorisés.

Ainsi, elle décrit tout d'abord une position paranoïde-schizoïde de la naissance à 4 mois (Laplanche & Pontalis, 2007). Les pulsions agressives coexistent d'emblée avec les pulsions libidinales et sont particulièrement fortes. En proie à des pulsions de mort exacerbées, l'enfant projette et éjecte ses pulsions agressives avec des parties de son moi dans des objets extérieurs (base de l'identification projective). Nous sommes face à des défenses archaïques avec un moi clivé et des objets, investis par la pulsion de mort et des fragments du moi, qui se retournent contre l'enfant qui les a agressés. Le sein maternel, le premier objet, se scinde ainsi en un bon sein, nourricier et rassurant dont l'introjection défend l'enfant contre l'anxiété persécutive, et un mauvais sein, vengeur et dangereux dont l'introjection fait courir à l'enfant des risques internes de destruction. Puis, Klein a décrit la position dépressive, l'angoisse dépressive étant la première angoisse de la petite fille, qui va l'amener vers une certaine autonomisation. Progressivement, avec l'instauration de l'ambivalence, on observe une atténuation du clivage entre la bonne et la mauvaise mère. Ainsi, la bonne et la mauvaise mère (= le bon et le mauvais objet) sont intégrées comme étant un même objet (=un objet total). Les pulsions libidinales et hostiles tendent à se rapporter au même objet. L'enfant, face à cette unicité, ressent alors une angoisse dite dépressive et une culpabilité du fait de la haine et de l'amour qu'il porte au même objet. Le nourrisson fait ainsi l'expérience de ses sentiments d'ambivalence. Cette angoisse peut être combattue par divers modes de défense (des défenses maniaques ou des défenses plus adéquates, telles que des tentatives de réparation et

d'inhibition de l'agressivité) et elle est surmontée quand l'objet aimé est introjecté de façon stable et sécurisante (Laplanche & Pontalis, 2007).

L'intégration d'une imago maternelle suffisamment bonne permet une possibilité d'identification à une bonne mère, contenant, vécue comme étant non menaçante, tandis que l'échec de l'accès à la position dépressive engendre des angoisses archaïques et une persistance du clivage. Ainsi, cet échec du deuil de l'objet primaire, et donc la persistance d'une imago maternelle clivée, toute puissante, intrusive, peut empêcher d'établir une distance suffisante avec la mère, et à terme entrainer une difficulté dans l'établissement des relations objectales futures.

De plus, un dysfonctionnement du « miroir maternel », notion introduite par Winnicott, est souvent retrouvé chez les patientes anorexiques ou boulimiques. La mère regarde son bébé, et ce que son visage exprime est en rapport direct avec ce qu'elle voit. Le nouveau-né qui regarde sa mère se voit en quelque sorte, car le visage maternel reflète ses émotions. Le rôle de « miroir » de la mère permet à l'enfant de prendre conscience de ses états intérieurs et joue un rôle dans la construction identitaire (Squires, 2012; Winnicott, Monod, & Pontalis, 2002). La qualité du miroir maternel donne une consistance pour rendre possible ou non les identifications futures à l'objet maternel, la fille non regardée par sa mère ne pourra pas développer de telles identifications. Squires nous rappelle que « Jacques Lacan, en travaillant le concept de stade du miroir, a montré l'enfant jubilant devant la contemplation de son reflet en présence de sa mère, preuve que l'image du corps se construit chez l'enfant dans la dynamique des relations précoces » (Squires, 2012).

Par ailleurs, Bydlowski a évoqué l'importance que l'enfant se représente une « mère suffisamment faible », à l'opposé d'une mère archaïque telle une figure phallique toute puissante. L'enfant peut ainsi venir réparer sa propre-mère qui devient un « mythe narcissisant de soi-même » (Bydlowski, 2008).

Nous pouvons souligner chez les femmes souffrant de TCA, mais également chez les femmes infertiles, l'importance de la relation à l'objet primaire, de la question du « maternel » pouvant conduire à un « refus du maternel », « ne pas être comme sa mère ».

4.2 La place du tiers séparateur

Un lien d'emprise, notamment lors de l'échec du deuil de l'objet primaire, ne laisse pas de place au tiers (père). La mère peut nier ce rôle de père poursuivant une relation duelle avec son enfant. Fain et Braunschweig ont théorisé « la censure de l'amante » (Braunschweig & Fain, 1975). La mère, inquiète d'abandonner son enfant, de le rendre jaloux et de ses propres vœux incestueux, éprouve la nécessité d'endormir l'enfant et lui fournit ainsi une censure visant à le mettre à l'abri du désir pour le père, désigné ainsi comme amant, désir que, du même coup, cette censure crée. Le défaut de « censure de l'amante » peut

expliquer la persistance d'un lien pathologique mère-fille, avec un enfermement dans une relation duelle. Ainsi, l'image d'une mère féminine tournée vers un homme et du désir des deux parents l'un pour l'autre fait défaut, alors que l'image maternelle archaïque occupe tout l'espace psychique. Cela nous rappelle cette « mère suffisamment bonne » qui ne satisfait pas tous les désirs de son enfant, et qui à travers le désir qu'elle éprouve envers le père, l'introduit comme tiers. Un vécu d'absence est ressenti par le sujet, qui sera comblé par la satisfaction hallucinatoire de désir, puis une activité de création et de symbolisation prendra place (Corcos, 2010). Cela concerne le « développement normal » de l'enfant qui a introjecté un objet stable et sécurisant lors des relations précoces mère-enfant. Dans le cas contraire, cette absence peut laisser place au néant, au vide, et ne permet pas le déroulement d'une différenciation entre le sujet et l'objet, empêchant la mise en place de l'altérité et la constitution d'un désir qui lui est propre.

Cet espace de différenciation est autorisé par la mère qui « présente » le père à l'enfant, mais il est également important que ce père s'autorise lui-même prendre sa place. Cependant, il ne faut pas oublier que chaque sujet, dans le couple parental, est lui-même en prise avec ses propres problématiques narcissique et œdipienne (avec ses propres parents), qui influencent nécessairement « le choix d'objet » de chacun.

La petite fille, après la relation privilégiée des débuts de la vie avec sa mère intériorisée, prend ses distances en passant notamment par l'investissement de sa féminité, encouragée par son père dans un mouvement œdipien. Il s'agit alors du changement possible d'objet dans l'œdipe avec la rencontre de la « séduction-filiation paternelle ». Une fille doit pouvoir s'identifier à une image de féminité afin de désirer son père dans un mouvement œdipien, ce qui lui permettra plus tard de désirer d'autres hommes rendant l'identification féminine possible. La petite fille devra renoncer à ses désirs œdipiens d'obtenir du père des relations sexuelles et un enfant, constituant une blessure narcissique, et la conduisant à développer son introjection de l'objet paternel au travers du refoulement, mis en place durant la période de latence qui va suivre, jusqu'à l'adolescence. Mais, ce père qui joue habituellement le rôle de séparateur du couple mère-bébé, imposant un certain ordre, une loi qui sépare les générations, peut être vécu par les sujets, souffrant de TCA ou d'infertilité, comme un personnage faible, souvent en arrière-plan, même si bien investi, n'ayant pas vraiment su s'imposer et, au contraire, se soumettant à la mère (souvent ressentie comme puissante par ses maternités, exerçant une emprise mais ne donnant pas la représentation de la féminité à laquelle une fille doit pouvoir s'identifier). La mère finalement n'est « que mère », et plus femme ou amante, elle tend à reporter sur l'enfant des investissements plus narcissiques qu'érotiques, et peut alors difficilement transmettre le maternel et le féminin.

Ces éléments sont bien illustrés par les constatations cliniques de Faure-Pragier qui a dédié de nombreuses années à la recherche psychanalytique sur l'infertilité féminine (S. Faure-Pragier, 1999). Concernant l'infertilité, il peut être émis l'hypothèse que du fait de la carence paternelle, « le bébé inconcevable ne serait pas l'enfant

du père, réfutant l'hypothèse œdipienne. Ce serait le bébé de la mère, fait par elle ou pour elle, souvent dans le projet conscient de la satisfaire ou la restaurer narcissiquement » (Sylvie Faure-Pragier, 2003).

Ainsi, quelques moments structuraux concernant le développement du nourrisson, puis de la petite fille, conditionnant pour une grande part le développement de la féminité, et constituant donc des étapes importantes dans le « devenir femme » et le « devenir mère », peuvent donc être résumés à partir de ce que l'on vient de décrire, mais également à partir des écrits de Schaeffer (Schaeffer, 1998) et de Corcos (Corcos et al., 2003):

- Le féminin maternel avec l'identification primaire (=identification au maternel) telle que nous l'avons décrite, orale et corporelle, vise à ne faire qu'un avec la mère (=l'objet), dans un vécu fusionnel et indifférencié, véritable complétude narcissique. Nous pouvons la qualifier d'« identification heureuse » à condition que la « défusion » ait pu advenir.
- L'homosexualité primaire : ici s'investissent altérité et identité, et s'ébauche la différenciation entre les trois courants : tendre (constitué par l'inhibition quant au but des pulsions), sensuel (investissement des zones érogènes) et hostile (premier travail de deuil de l'objet de la pulsion).
- L'identification hystérique primaire qui, toujours à travers le corps maternel, mène à la différence des sexes, par la désignation d'un tiers objet du désir de la mère (père comme amant de la mère). La mère pour redevenir femme pratiquera « la censure de l'amante » en endormant son enfant. L'attente, pendant l'absence de la mère, va permettre à l'enfant de mobiliser le « masochisme primaire érogène », nécessaire à la différenciation du corps maternel. L'alternance progressive de l'absence-présence permet l'hallucination de la satisfaction, la création de son propre désir et l'accession à la symbolisation.
- Puis, le changement d'objet de l'attente et du masochisme conduit à un « masochisme érotique secondaire ». C'est la phase de l'œdipe féminin, moment de conflit des investissements et des identifications, avec deux parents bien différenciés dans leur sexe. « Le changement d'objet suppose la perte de l'objet maternel (au sens de renoncement à être l'unique objet d'amour) et donc la perte d'un support narcissique d'identification ». Le tiers paternel a un rôle de différenciateur du couple mère-fille, qui dépend étroitement des propres problématiques narcissique et œdipienne des sujets du couple.

4.3 Le processus adolescent, un enjeu dans le processus de séparation-individuation

« Grandir est par nature un acte agressif »

D.W. Winnicott

« Je ne pense pas que mon anorexie soit partie de ma relation fusionnelle avec ma mère, mais à partir du moment où j'ai guéri, je me suis éloignée d'elle.

C'était peut-être un passage obligatoire. »

Une patiente ayant souffert d'anorexie restrictive

Entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence est un passage à travers un bouleversement psychique et corporel. La puberté est un processus défini d'un point de vue biologique comme « la maturation rapide de la fonction hypothalamo-hypophyso-gonadique aboutissant au développement complet des caractères sexuels, à l'acquisition de la taille définitive, de la fonction de reproduction et de la fertilité » (Marcelli & Braconnier, 2008). Cette maturation des caractères sexuels primaires et secondaires induit une sexualisation du corps et de la pensée avec des modifications psychologiques et affectives profondes. Chez les filles, les premières règles sont un élément majeur dans l'acquisition de la féminité, signifiant la possibilité de fécondation et de maternité. L'adolescent est donc confronté à une série de modifications corporelles en lien notamment avec son narcissisme et son identité, et le processus pubertaire remet en question la solidité des assises narcissiques. Cette « crise » adolescente est un processus psychique qui réactualise les conflits œdipiens et les investissements de la latence, ainsi que la reprise de la « séparation-individuation » déjà engagée dans les premières années de vie de l'enfant, réactivant ces processus psychiques archaïques. Dans ce travail d'individuation et de séparation, l'adolescent, en proie à ses pulsions, doit rejeter ses parents dont la présence réactive les conflits œdipiens et le menace d'un inceste maintenant réalisable. Une mise à distance des images parentales est donc indispensable. Selon Squires, « alors que la petite enfance sépare l'enfant de la mère réelle grâce à l'internalisation de celle-ci, l'adolescence sépare l'enfant de ses objets internalisés afin de l'amener à rencontrer un objet réel » (Squires, 2012). Ce changement dans les modes relationnels peut être comparé au travail de deuil, avec une perte d'objet au sens psychanalytique du terme, entendons « objets infantiles ». En effet, la deuxième phase de ce processus de séparation-individuation, engagé durant la petite enfance, se poursuit dans le sens d'une séparation de l'objet maternel (« objet primitif ») (É. Kestemberg, 1962; Masterson, 1967). Puis, le désir d'autonomie, la rencontre avec d'autres idéaux, amènent l'adolescent à remettre en cause

l'imago parentale idéalisée, et à une nécessaire perte de l' « objet œdipien ». L'adolescence est la période où l'enfant critique ses parents et se rend compte qu'ils peuvent avoir des faiblesses ou des insuffisances.

Ainsi, comme le rappelle Squires, « les TCA surviennent le plus souvent à l'adolescence sur un fond d'organisation peu stable d'un moi en devenir, au moment de cette transformation aussi bien psychique que physique » (Squires, 2012). Du fait de la problématique identitaire dans cette pathologie, il est difficile d'aborder cette seconde phase de séparation/individuation à l'adolescence, avec la réactivation pulsionnelle et la sexualisation des liens, conduisant potentiellement à un achoppement dans ce processus adolescent. Le délaissement d'un premier objet pour un autre peut également se révéler difficile en raison du caractère narcissique des liens objectaux (Squires, 2012).

La dimension orale, les motions narcissiques et objectales opèrent un retour à l'adolescence comme cela est également le cas lors de la grossesse et lors des premiers moments d'échange avec l'enfant.

Par ailleurs, si l'on considère la théorie de l'attachement, c'est au cours de l'adolescence que le système comportemental d'attachement évolue vers l'équilibre dynamique qui prévaudra chez l'adulte. Les modèles opérants internes évoluent, influençant le processus d'autonomisation de l'adolescence avec un remaniement des relations d'attachement. L'adolescent va ainsi pouvoir modifier ses comportements d'attachement en tenant compte de l'état d'esprit de ses parents, vis-à-vis desquels l'adolescent tente de prendre de la distance mettant à l'épreuve la qualité de l'attachement instauré depuis l'enfance. De plus, l'adolescence est une période de bouleversement au niveau des structures cognitives avec l'acquisition de nouvelles capacités cognitives. L'adolescent va développer ses facultés réflexives et ses capacités métacognitives. Beaucoup d'auteurs font référence à un apprentissage centré sur les relations sociales au moment de l'adolescence, en insistant sur la notion d'« intelligence » afin de favoriser l'intégration des modifications corporelles, affectives et relationnelles pour l'adolescent. Piaget et Inhelder ont décrit notamment « l'intelligence opératoire formelle » permettant d'accéder à la pensée formelle (Marcelli & Braconnier, 2008).

Ainsi, après ces brefs rappels des enjeux à l'adolescence, dont un achoppement dans ce processus physique et psychique peut s'exprimer à travers les TCA, un parallèle entre l'adolescence et la grossesse se dessine. Cela nous conduit notamment à l'interrogation suivante : comment une femme anciennement ou actuellement anorexique ou boulimique vit-elle le désir d'enfant et la grossesse?

4.4 Désirer un enfant, désirer une grossesse

Nous rencontrons autant de façons de désirer être mère que de cas singuliers. Le désir d'enfant relève de valeurs extrêmement diverses, et procréer renvoie à une pluralité de significations, avec la mise en jeu aussi

bien de valeurs sociales que de choix existentiels préconscients. Désirer un enfant est en fait un processus complexe où se retrouvent des souhaits conscients d'immortalité et d'identification aux parents qui nous ont précédés, ainsi que des représentations inconscientes, parfois transgénérationnelles (Bydlowski, 2008).

Psychanalystes et systémiciens se sont interrogés sur ce qui pousse les hommes et les femmes à désirer devenir parents. Houzel nous rappelle que « même si une part instinctuelle n'est pas à rejeter, cela semble insuffisant à rendre compte des conduites complexes et variables selon les cultures et les périodes de l'histoire de la parentification » (Houzel, 1999).

Cela nous amène à nous interroger sur les facteurs psychiques en jeu, le sens à mettre sur ce désir d'enfant, mais également le sens et l'origine de la souffrance cachée derrière cette demande centrée sur un désir d'enfant lorsque celui-ci tarde à venir.

Bydlowski décrit le désir d'enfant comme « la traduction naturelle du désir sexuel dans sa fonction collective d'assurer la reproduction de l'espèce et dans sa fonction individuelle de transmission de l'histoire personnelle et familiale » (Bydlowski, 2008).

Freud, quant à lui, fait dériver le désir d'enfant essentiellement de l'amour narcissique (= choix d'objet narcissique). Un investissement narcissique de l'enfant avec un désir narcissique est projeté sur l'anticipation de l'enfant (Sigmund Freud, 2012). Pour ce psychanalyste, la maternité est un prolongement de la sexualité infantile et de ses destins chez la femme, et le désir d'enfant s'inscrit tout naturellement dans la résolution du complexe d'œdipe. Freud fait tout d'abord de l'envie du pénis chez la petite fille le point fort de l'articulation de la sexualité féminine et du désir d'enfant (Sigmund Freud, 2010). La petite fille confrontée à la constatation de la différence des sexes et de son absence de pénis (= castration), développe une hostilité envers sa mère qui est rendue responsable et déplace son investissement libidinal de sa mère vers son père. À défaut du pénis, elle espère ainsi recevoir de ce dernier un enfant désiré non pour lui-même, mais comme substitut du pénis manquant. L'enfant réparerait la castration, qui serait le moteur principal du changement d'objet d'amour. La petite fille doit renoncer à ses désirs incestueux du fait des menaces imaginaires venant de sa mère, et diffère son désir d'enfant sur un futur partenaire masculin. Cette théorie freudienne a été qualifiée de « théorie du monisme phallique » par un grand nombre de psychanalystes. En effet, Freud semble dénier la jouissance de la femme qui, selon lui, est dans une position de soumission (elle subit le coït), et victime d'une infériorité d'organe. De plus, le désir des parents l'un pour l'autre ne semble pas pris en considération, avec une minimisation du rôle de père. La question des rapports entre la période pré-œdipienne et la sexualité pré-génitale reste énigmatique, balayant le lien primaire corporel à la mère, par rapport auquel se met en place l'investissement du narcissisme primaire. Or, cela contribuerait au maternel, au féminin et au développement ultérieur de la sexualité de la femme. Le corps est justement le lieu de mise en scène du développement psychosexuel de la

jeune femme. A travers ce corps peuvent s'exprimer des désirs conscients ou inconscients d'enfanter, mais également l'ambivalence et les refus.

Nous ne pouvons donc pas résumer le désir d'enfant à l'envie du pénis, tant le maternel et le féminin semblent prendre part à ce processus, et ainsi réactiver le lien pré-œdipien et le dialogue corporel des débuts avec sa propre mère, questionnant l'identité sexuelle de la fille et celle de la femme s'apprêtant à devenir mère.

Différentes facettes se dessinent concernant le désir d'enfant qui s'inscrit dans un registre dominant tantôt narcissique et tantôt œdipien (objectal), avec des aspects identificatoires complexes. Nous soulignons avec Squires qu' « un vacillement peut se produire lors de difficultés narcissiques, en particulier lors de failles de l'identification à une bonne mère dont l'image est mal intériorisée » (Squires, 2012), ce qui rappelle certains éléments psychopathologiques concernant les TCA.

Désirer un enfant, c'est désirer « rencontrer sa propre mère », en devenant soi-même mère. Mais c'est également marquer la différenciation, et tenter de se séparer de sa mère (avec qui le lien peut être à la fois trop proche et trop ambivalent) en quittant le statut d'enfant et en affirmant le statut de femme. Pour cela, le conjoint acquiert une altérité aux yeux de la jeune femme dont le désir d'enfant n'est plus tourné vers la mère. Cependant, « rencontrer sa propre mère », avec ce nouveau statut, représente une menace d'identification à la mère. Ainsi, le désir d'enfant est donc plus ou moins empreint d'ambivalence, et l'enfant à venir pourra être le support de ces projections ambivalentes. Bydlowski a décrit l'ambivalence du désir d'enfant comme étant « le désir que l'enfant vive s'associant au désir inverse qu'il ne vive pas ». Elle rappelle d'ailleurs qu' « au cours de certaines infertilités l'ambivalence est active dans la contradiction entre souhait conscient d'une grossesse et résistance involontaire à toute efficacité thérapeutique ». (Bydlowski, 2008). Par ailleurs, si désirer c'est « se représenter l'objet manquant par excellence », alors aucun enfant vivant, objet réel, ne peut satisfaire complètement le désir inconscient de la mère, représentation idéale. L'infertilité peut maintenir ces femmes dans le désir, et tenter de contrer cette infertilité par des méthodes d'AMP pourrait-elle être une manière de fuir ce désir ?

Le projet d'enfant est à différencier du désir d'enfant. En effet, il s'agit d'un processus plutôt conscient, en prise avec des valeurs familiales et du groupe social. Le désir d'enfant, chez beaucoup de patientes présentant une infertilité, un TCA ou les deux problématiques concomitantes, exprime une volonté de normalité, de conformité aux attentes sociales, le souhait d'être considérée comme un adulte à part entière.

Chez certaines femmes, le désir est d'abord un désir de grossesse, à différencier du désir d'enfant. Ce désir d' « être enceinte » est une aspiration au plein, à la complétude narcissique, sans que le projet réel d'enfant ne soit nécessairement abouti (Nicolas et al., 2009).

Bydlowski nous rappelle que « le besoin d'enfant est souvent confondu avec le désir » (Bydlowski, 2008). Elle nous donne alors l'exemple du « besoin d'enfant chez la femme après une atteinte de sa capacité maternelle

spontanée » ou encore après les deuils (« deuils maniaques responsables de grossesse »). Le besoin d'enfant est alors le « symptôme » d'une souffrance dépressive cachée, et tout l'espoir de réparation est projeté sur cet enfant, qui est supposé tout combler. Dans cette situation, Bydlowski suggère que « l'enfant qui ne vient pas est le substitut absolu de l'objet perdu », et insiste sur « l'importance de reconnaître cet état dépressif », afin de traiter la souffrance psychique avant de traiter l'infertilité.

Bydlowski évoque également la dette de vie que doit régler la femme à sa mère en poursuivant la chaîne des générations, « la vie ne se donne pas, elle se transmet, à la manière d'un héritage ». C'est, en même temps, faire le deuil de l'immortalité en s'inscrivant dans une temporalité. L'ambivalence, consciente ou inconsciente, du désir d'enfant peut prendre le sens d'un refus de transmission transgénérationnelle, entraînant une rupture de la filiation, et ainsi ne pas payer sa dette de vie aux parents (Bydlowski, 2008).

Les systémiciens, tel que Boszormenyi-Nagy et Spark, ont décrit le désir d'enfant en s'appuyant sur les notions de dette et de loyauté (Boszormenyi-Nagy, 2014).

Nous insistons que le fait que le désir d'enfant appartient, le plus fréquemment, à « l'histoire d'un couple », qu'il faut prendre en considération.

Enfin, Corcos suggère que « le fantasme d'être stérile retrouvé dans l'anorexie mentale aurait pour fonction rassurante de se protéger d'une grossesse permanente de nature incestueuse, et aussi de protéger masochiquement la mère en lui laissant son statut de domination » (Corcos, 2011). Donc, la fille désire rester enfant, refusant le féminin et le maternel en lien avec le refus de la séparation. Mais, assez fréquemment, des « fantasmes de grossesse, au moins incarnés, parfois verbalisés ou figurés » coexistent, de façon contradictoire, au cours de leur prise en charge, et peuvent faire écho à un « fantasme de retour dans le ventre maternel ou de fusion avec l'objet primaire ». Ainsi, I. Nicolas décrit l'aménorrhée retrouvée dans les TCA comme la condensation « à la fois des représentations de l'enfant pré-pubère (=évitement du devenir femme), de la femme enceinte ou allaitante (= le devenir mère), et de la femme ménopausée (Nicolas et al., 2009).

En conclusion, ces réflexions soulèvent le fait que le « désir d'enfant » est finalement un terme générique derrière lequel se cache une multitude de significations en lien, en partie, avec la sexualité de la femme ayant trait notamment à son développement psychosexuel, et donc à la sexualité infantile, avec une indissociabilité du maternel et du féminin. Le « désir d'enfant », terme si communément employé, n'est pas le projet d'enfant ou encore le désir de grossesse. Un « désir d'enfant » peut même cacher un refus d'enfant. Dans ces questions, nous sommes face à une affaire complexe de couple, impliquant la famille d'origine, et la nouvelle famille avec le conjoint.

4.5 La grossesse: une deuxième crise maturative

Les transformations corporelles et hormonales, le changement de statut social, les importantes fluctuations pulsionnelles, la réactivation et le remaniement des conflits infantiles (en particulier les conflits précoces et œdipiens), la dissolution et la reconstruction des identifications précoces (ici à la mère), le détachement des objets parentaux et l'investissement de nouveaux objets : ces éléments sont retrouvés aussi bien dans le processus adolescent que dans le processus d'une grossesse. Ainsi, des points de convergence semblent exister entre ces deux moments importants de la vie d'une femme en devenir, et le processus de la maternité réinterroge une deuxième fois les repères identitaires du sujet.

I. Nicolas nous rappelle les deux dimensions communes à la maternité et au processus adolescent retrouvées et répudiées dans l'AM (Nicolas et al., 2009) :

- « La métamorphose corporelle sous l'impact hormonal avec transformation majeure de l'image corporelle »;
- « L'orage pulsionnel avec modification du degré d'excitation et de la libido ».

Racamier a introduit en 1961 le terme de *maternalité*, dans un article sur les délires puerpéraux, qu'il définit comme « l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité » (Racamier, 1963). La maternité constitue pour Racamier une étape maturative du développement psychoaffectif de la femme et dépend de la maturité de son développement psychosexuel, et de son expression de l'identification positive à la mère dans la période préœdipienne. Cette étape maturative s'étale sur une période de deux ans environ, de la conception à l'autonomisation de l'enfant. Racamier insiste clairement sur le rôle de l'identification à la mère. Il assimile la naissance à une rupture et un traumatisme pour la mère. Celle-ci est d'abord unie à son nouveau-né par une relation anaclitique et le processus de maternalité, phase du développement psychoaffectif, conduit progressivement la mère du narcissisme vers l'objectalité. C'est un processus à l'équilibre instable entre les pulsions et les défenses du fait de la réactivation des désirs infantiles. Selon Dayan, schématiquement, au cours de ce processus deux notions sont importantes (Dayan, Andro, & Dugnat, 2003) :

- la perte, comme perte de l'enfance, le deuil de l'enfant imaginaire et la perte de l'objet maternel
- l'actualisation des affects et des représentations avec une reviviscence des conflits infantiles, des traumatismes et des deuils passés.

Devenir mère réinterroge donc les liens avec ses propres parents, et en particulier avec sa propre mère, réactivant la complexité des relations mère-fille autour des thématiques orales et corporelles, et ravivant la douloureuse problématique des troubles alimentaires chez les femmes qui n'ont pas pu la dépasser, à l'adolescence notamment. Devenir mère, c'est donc accepter les modifications de son corps à travers des

perceptions et des ressentis, l'appel d'une oralité forte, mais également supporter la résurgence de l'infantile, au contact de ce nouveau-né, à travers les premiers objets d'investissements, de nature archaïque et narcissique.

Une diminution des symptômes alimentaires est fréquemment observée durant la grossesse, en lien probablement avec les préoccupations autour de la santé et du bien-être du bébé. Cependant, une aggravation des TCA est possible, d'autant plus si la problématique alimentaire est active au moment de la conception. De plus, il n'est pas rare que l'accalmie de la grossesse soit suivie d'une recrudescence des troubles en post-partum, dépassant même le niveau symptomatique d'avant conception. Nous connaissons le risque élevé de dépression de post-partum (1/3 des cas contre 10 % en population générale) et de recrudescence des TCA (Nicolas et al., 2009). Ainsi, la grossesse peut masquer, renforcer ou améliorer la problématique des TCA, et nécessite une vigilance particulière. Après un sentiment de plénitude, à travers le ressenti corporel de tension du ventre tel un contenant interne, la mère doit faire face à la disparition de ce contenant interne, et donc au vide qui suit l'accouchement, avec la nécessité d'être elle-même contenante pour l'enfant, et de le reconnaître comme un être séparé. Les difficultés à différencier soi et l'autre rendent l'individualisation de l'enfant plus compliquée, particulièrement en cas de troubles narcissiques ou identitaires.

Les mouvements psychiques débuteraient selon Bydlowski dès le début de la grossesse décrit comme « le moment d'un état psychique particulier, un état de susceptibilité et de transparence psychique où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience ». Nous pouvons donc imaginer, qu'à l'image de la cure psychanalytique, la grossesse peut faire revivre ces stades primitifs de l'organisation. Toujours selon Bydlowski, cet état conditionne « une grande aptitude au transfert », avec un fléchissement de « la barrière habituelle du refoulement », permettant de livrer dans le discours spontané « ces fantasmes régressifs ou ces souvenirs indicibles de douleur ancienne, voire d'agonie primitive » qui sont maintenus secrets en dehors de la grossesse, à condition bien sûr qu'une oreille disponible soit là pour les recueillir (Bydlowski, 2008).

Ainsi, la grossesse semble être une période fondamentale de mouvements dynamiques et de remaniements psychiques permettant de revenir notamment sur des achoppements du processus de séparation-individuation à l'adolescence, impliquant nécessairement les questions du maternel et du féminin. « Une piste de guérison » semble se dessiner pour ces femmes en prise avec des difficultés dans l'établissement des relations objectales du fait d'une problématique pré-œdipienne et narcissique, présente aussi bien dans les troubles de la fertilité que dans les TCA. Cependant, il s'agit d'une période également de grande fragilité chez ces sujets souffrant de TCA, et probablement d'autant plus en présence de troubles de la fertilité. Face à cet équilibre incertain, il paraît alors nécessaire que la grossesse soit réfléchie en amont (avec les questions de désir d'enfant et d'infertilité), suivie tout le long, et accompagnée dans le post-partum.

4.6 A propos des vignettes cliniques : hypothèses psychopathologiques

Après avoir rappelé quelques notions psychopathologiques à prendre en considération pour analyser les situations des patientes souffrant de TCA qui envisagent une maternité dans un contexte ou non d'infertilité, revenons à nos vignettes cliniques afin de résumer, pour chacune d'entre elles, les éléments cliniques actuels, et d'envisager quelques hypothèses psychopathologiques. Nous rappelons que, bien entendu, pour chaque vignette, il s'agit d'une lecture, et que d'autres analyses peuvent se faire, en utilisant notamment d'autres approches. Cependant, la lecture que nous faisons, pour chacune de ces patientes, nous semble donner un sens aux symptômes et un éclairage pour la prise en charge à venir.

4.6.1 Sophie

a. Éléments cliniques actuels

Concernant les troubles des conduites alimentaires actuels, Sophie ne remplit pas l'ensemble des critères de l'AM du DSM-5, car elle a un poids normal. Néanmoins, nous notons une altération de la perception corporelle et une restriction alimentaire. Nous pouvons donc, d'après la classification du DSM-5, évoquer un OSFED. Sophie présente une co-addiction au tabac, elle est sevrée de son addiction au cannabis.

Il n'y a pas de trouble de l'humeur caractérisé selon les critères du DSM-5.

Sophie présente une infertilité fonctionnelle d'origine hypothalamo-hypophysaire pour laquelle elle a reçu un traitement par stimulation ovarienne.

b. Hypothèses psychopathologiques

Même s'il convient de s'interroger sur l'alimentation de Sophie durant son enfance, le premier épisode notable de TCA est l'anorexie restrictive à l'adolescence, plutôt atypique du fait de l'absence de préoccupation corporelle franche, ou en tout cas au premier plan. Néanmoins, il ne faut pas négliger la part de déni possible ou encore le rôle de la reconstruction mnésique. Ce jeûne alimentaire intervient surtout dans un contexte dépressif, de façon concomitante à la séparation de ses parents, à un moment-clé de la vie de Sophie, pendant le processus de séparation-individuation. Cette période, dédiée à la « destruction » en partie des modèles identificatoires pour transformer et créer sa propre identité, avec le maniement de l'agressivité, a probablement été difficile pour Sophie, du fait notamment de la fragilité dépressive de ses parents.

Sophie évoque, très rapidement, une aménorrhée lors d'un « *épisode de déprime* » à l'âge de 23 ans. Nous pouvons faire l'hypothèse d'un second épisode d'anorexie restrictive dans un contexte dépressif, mais probablement a minima comparé aux autres épisodes.

Le deuxième épisode avéré de TCA a débuté de façon quasi-similaire au premier : des symptômes dépressifs dans un contexte de changement de vie important, à savoir le déménagement avec son conjoint, qui marquait le moment propice pour avoir un enfant, alors que les relations dans le couple devenaient compliquées. Sur ce deuxième épisode, les préoccupations corporelles sont de nouveau peu présentes, ou peut-être déniées dans le discours actuel. En effet, Sophie évoque tout de même le contrôle pondéral intensif.

Cette réaction anorectique, à plusieurs reprises, peut être considérée comme une lutte contre la dépression. La valence addictive, très présente chez Sophie, renforce cette hypothèse : addiction à la faim, véritable « orgasme de la faim », addiction au cannabis également, comme la fuite d'une réalité peu satisfaisante pour Sophie, tout en ayant, cette fois-ci, la main sur quelque chose qu'elle peut maîtriser, contrôler.

Sophie est sans cesse « entre-deux » : entre deux familles (sa famille d'origine et sa nouvelle famille avec son conjoint), entre deux villes (Nantes et Lyon), entre sa vie professionnelle et sa vie de famille, entre la vie avec son conjoint ou la séparation... Les choix, impliquant nécessairement un deuil, lui sont difficiles à faire, de même qu'il lui semble compliqué de parler des sujets qui fâchent, comme pour mettre à distance tout conflit. Sophie maintient alors une ambivalence importante.

D'après le discours de Sophie, sa mère semble avoir peu éprouvé sa féminité, tant son implication dans son rôle de mère a pris beaucoup de place, allant jusqu'au « sacrifice » pour ses enfants. Sophie illustre bien, avec ses propres mots, cette sensation d'avoir été le prolongement narcissique de sa mère. Le père est un homme apprécié de Sophie, mais peu présent dans le discours, tout comme le couple parental avant le divorce. L'image d'une mère féminine tournée vers un autre homme fait défaut. Les investissements de la mère sur Sophie semblent avoir été plus narcissiques qu'érotiques. De plus, la question de miroir maternel et de regard interroge chez Sophie. En effet, à plusieurs reprises, elle évoque les notions de « jeu de miroir » et de regard, parlant du vide qu'elle pourrait renvoyer à ses enfants si finalement, comme sa maman, elle n'avait pas d'autre investissement, que ce soit le père des enfants ou un travail, une activité. Sophie semble entretenir, actuellement, une relation très rapprochée avec sa mère, malgré la distance. Celle-ci est même au courant d'éléments de la vie de Sophie que son conjoint ne sait pas ou apprendra après elle (les TCA, l'arrêt de la pilule...). Malgré tout, elle exprime le souhait de prendre une distanciation vis-à-vis de sa mère, et surtout ne pas lui ressembler en tant que mère, marquant le nécessaire processus de séparation-individuation, même si pour le moment la position d'opposition semble difficile à assumer pour Sophie, ravivant des angoisses de séparation. Alban ne semble pas prendre sa place, ou alors Sophie ne la lui laisse pas, de tiers séparateur, en restant notamment dans un perpétuel déni face aux troubles de Sophie.

Nous remarquons chez Sophie une faiblesse des assises narcissiques. « *Depuis toujours* », signifiant pour elle « depuis la petite enfance », Sophie est en prise avec des troubles du sommeil et des troubles alimentaires (alimentation « *qui n'est pas naturelle* »), comme s'il y avait eu un achoppement des premiers

soins maternels autour de l'oralité, un dysfonctionnement dans le *holding* (le fait de tenir, contenir, soutenir physiquement et psychiquement le bébé) et le *handling* (la façon dont l'enfant est manipulé, soigné, à la base de l'interrelation psyché-soma) maternels, vis-à-vis des besoins psychosomatiques, notamment l'alimentation et le sommeil. Nous pouvons faire l'hypothèse d'une tentative de colmatage de cette fragilité narcissique par le lien de dépendance qu'entretient Sophie, que ce soit aux TCA, au cannabis, ou à son choix d'objet, substitut maternel, lui-même très dépendant de sa propre mère. En effet, Alban est fils unique, et sa relation de dépendance à sa propre mère s'est probablement accentuée après le décès brutal de son père. Alban a d'ailleurs, selon Sophie, « *choisi* » sa mère plutôt que Sophie, en insistant pour vivre à Nantes. Faure-Pragier a évoqué que « la faiblesse des assises narcissiques de la personnalité joue un rôle prépondérant dans le blocage de la conception, et que l'élaboration d'une dépression masquée peut être décisive pour la reprise d'un fonctionnement génital physiologique » (Sylvie Faure-Pragier, 2003).

Sophie manifeste son étonnement lorsqu'elle évoque la peur de son ami concernant l'emprise que pourrait avoir la famille de Sophie sur leur couple, ce qu'elle ne comprend pas puisque ce n'est pas, selon elle, le fonctionnement de sa famille.

Le désir d'enfant est empreint d'ambivalence à plusieurs niveaux. Sophie exprime clairement que sa vie professionnelle était au premier plan pendant plusieurs années, remettant à plus tard le projet d'avoir des enfants, n'allant finalement pas dans le sens de sa mère qui est « *plutôt dans l'idée d'avoir des enfants pas trop tard* ». Sophie est persuadée qu'un enfant résoudra tous ses problèmes, elle l'espère comme « objet transformationnel » au sens de Bollas (Bollas & Goldstein, 1989). Cet auteur, après avoir évoqué l'objet transformationnel identifié par l'enfant à partir de ce qu'il éprouve et qui modifie l'expérience du self, s'est interrogé sur la trace qu'il laisse chez l'adulte, entraînant une quête perpétuelle de la « réminiscence d'une expérience objectale précoce, souvenir existentiel et non cognitif provoqué par une expérience affective intense, portant sur une relation qui avait été identifiée à l'accumulation d'expériences transformationnelles du self » (Bollas & Goldstein, 1989). Cela semble particulièrement à l'œuvre chez les sujets narcissiques dans un objectif de reconnaissance interne du besoin de réparer le moi. Ainsi, chez Sophie, cette recherche viserait à supprimer les souffrances archaïques, à la rendre différente, et à changer son couple.

Le « désir » ou plutôt le « projet » d'enfant, était en quelque sorte planifié par Sophie ; il adviendrait, selon elle, probablement au retour de leur voyage en Asie. Sophie s'est réellement inquiétée de ses troubles alimentaires lors de la découverte de l'aménorrhée à l'arrêt de sa contraception orale dans un projet de grossesse. C'est finalement cela qui l'a encouragée à débiter des soins, sur les conseils de sa gynécologue.

L'ambivalence peut également être illustrée par les variations pondérales entre sa vie avec son conjoint à Nantes et ses séjours chez sa mère à Lyon. En effet, chez sa mère « *forcément ça va mieux* », et elle reprend du

poids, qu'elle perd aussitôt revenue à Nantes lorsqu'elle retrouve son conjoint et que le « projet d'enfant » pourrait se concrétiser, seulement la perte pondérale ne joue pas en la faveur de ce projet.

L'infertilité a une origine biologique, l'insuffisance hypothalamo-hypophysaire du fait de la dénutrition, qui persiste bien que Sophie ait retrouvé un poids dans les limites de la normale (mais elle maintient une alimentation restrictive et sélective). Le traitement de stimulation de l'ovulation a déclenché ce que Sophie ne pouvait obtenir naturellement. Cependant, au moment de la prise de rendez-vous, avant de débiter les stimulations ovariennes, Sophie a été en prise avec une importante angoisse à l'idée que cela pourrait marcher, qu'elle pourrait être enceinte. Elle craignait probablement à ce moment-là de perdre la maîtrise de son corps, nécessaire pour accéder à la position de réception passive indissociable de la grossesse.

La grossesse se passe plutôt bien, et l'on peut supposer que cette preuve de plénitude narcissique est une expérience vécue comme agréable pour Sophie, qui jusque-là faisait face à un vide dépressif et à un sentiment d'incapacité récurrents. Les troubles alimentaires se sont apaisés pendant la grossesse, et nous ne retrouvons pas d'élément concernant une préoccupation corporelle majeure. Sophie aspire à une alimentation équilibrée pour la santé de ses enfants, et la préoccupation autour du bien-être des jumeaux ne laisse plus tellement la place aux TCA. Elle appréhende néanmoins la période du post-partum, avec beaucoup d'interrogations assez concrètes. Nous connaissons les risques accrus de dépression du post-partum et de recrudescence des troubles alimentaires chez les patientes souffrant de TCA. Il nous semble nécessaire et important que Sophie poursuive son accompagnement et son soutien psychologique, avec une vigilance accrue en post-partum.

4.6.2 Adeline

a. Éléments cliniques actuels

Adeline présente une AM avec crises de boulimie associée à des vomissements et des prises de purgatifs (laxatifs), selon le DSM-5.

Nous ne retrouvons pas de co-addiction.

Il n'y a pas d'élément pour un trouble de l'humeur caractérisé.

Adeline présente une aménorrhée du fait d'un probable dérèglement de l'axe hypothalamo-hypophysaire conduisant à une anovulation.

b. Hypothèses psychopathologiques

Adeline a fait la demande d'une hospitalisation dans un contexte de menace de séparation de la part de son conjoint. Elle nous a alors présenté un objectif précis : guérir de ses TCA pour pouvoir un jour avoir des enfants et fonder sa propre famille. Nous comprenons rapidement que son discours est surtout empreint du discours de l'Autre, et que derrière cette demande « de façade » se cache en fait une problématique relationnelle complexe avec sa mère.

Les premières semaines d'hospitalisation d'Adeline ont été marquées par la question de l'inceste qu'elle a très rapidement mis en avant, faisant écran. En effet, suite aux différents entretiens à ce sujet, nous pouvons remarquer qu'Adeline a grandi dans une famille à transactions incestuelles et incestueuses où la Loi semble faire défaut. Les rôles et les places de chacun sont confus et les modes de relation possibles entre les membres de la famille ne sont pas établis : il n'y a pas de réel interdit de l'inceste. Cela donne l'impression d'une famille méconnaissant la loi avec un fonctionnement chaotique. Le passage à l'acte incestueux n'est pas perçu comme tel, ni comme interdit. La coutume a même été de faire taire ceux qui voulaient le dénoncer allant jusqu'à les exclure de la famille. Le lien à l'autre demeure fusionnel et confusionnel. La « Loi du silence » a instauré dans cette famille sa propre loi (Nannini, Perrone, & Madanes, 2012) En effet, sa mère pourra nous dire, au sujet des différents et nombreux incestes dans sa famille, qu'elle n'a jamais considéré à travers eux un dysfonctionnement familial. C'est seulement maintenant, à travers la maladie de sa fille et à travers ce qu'Adeline dénonce, qu'elle reconnaît « *qu'on ne laisserait plus faire cela à notre époque* ». D'après Razon, « lorsque l'interdit de l'inceste ne structure pas la famille et insuffisamment chacun des parents, le système relationnel se situe dans un en-deçà de la triangulation où prédomine un impossible accès à la question de la séparation » (Razon, 2013). Racamier a précisé « l'inceste ce n'est pas l'Œdipe, c'en est même tout le contraire » (Racamier, 1991). Ainsi, toute tentative de triangulation par une personne qui tenterait de faire tiers est sans cesse mise à distance et génère une angoisse de séparation, tant la frustration de ce désir

fusionnel est insupportable. C'est probablement de là que s'origine la rivalité entre Melvin et sa mère. Melvin est missionné, instrumentalisé par Adeline pour affronter sa mère dans un rôle de tiers séparateur. D'ailleurs, Melvin, face à ce lien résistant et ténu, tend à se montrer intrusif avec Adeline. Il semble par contre affilié au père d'Adeline.

Durant l'hospitalisation, Adeline prend une position très régressive, avec une demande permanente de soins, notamment corporels, en quête d'une permanence de l'objet. Cela est retrouvé également à travers la symptomatologie du mérycisme, ce mouvement de va et vient de l'objet alimentaire avalé et régurgité qui « traduit l'intense solitude et la détresse d'un manque à être plus que d'un conflit introjectif » (Corcos, 2010). Adeline a également manifesté des formes « bâtardes ou apparentés ou touchant d'autres zones érogènes désorganisées, comme la mastication intense ». Nous avons dû limiter la prise de chewing-gum d'Adeline qui mastiquait sans cesse tout au long de la journée. Corcos nous rappelle que « la compréhension psychopathologique du mérycisme passe par l'analogie qui en a été faite avec le jeu de la bobine décrit par Freud : le nourrisson tente de maîtriser la carence maternelle par une satisfaction autoérotique, manifestant par là même son refus de toute dépendance. Cette auto-suffisance va de pair avec une érotisation secondaire du dysfonctionnement musculaire et ainsi un évitement de la position passive » (Corcos, 2010).

Au fil des entretiens, nous remarquons que l'image d'une mère féminine tournée vers un homme fait défaut, tandis que l'image maternelle archaïque occupe l'espace psychique. Cela empêche Adeline de s'identifier elle-même à cette maternité qui l'aliène et qu'elle a besoin d'attaquer pour se sentir un peu indépendante.

Finalement, nous voyons ici se dessiner une double image de la mère, à laquelle Adeline refuse de s'identifier. D'un côté, il y a la mère privée de sa féminité, comme nous le fait remarquer son mari, « *à partir du moment où sa femme est devenue mère, elle a arrêté d'être femme* ». Or, nous connaissons l'importance de l'identification à une mère acceptant sa féminité pour une évolution normale de la sexualité. D'un autre côté, il y a cette mère toute puissante qui a un lien d'emprise avec ses enfants, et tout particulièrement avec Adeline, lien qu'elle avait également avec sa propre mère, nous confiera-t-elle. Cette relation anaclitique n'a pas laissé de place au père, et ce père n'a pas réussi à s'imposer en tant que tiers séparateur dans le couple mère-bébé. Le tiers séparateur permet la création d'un espace transitionnel, et ainsi le développement de la créativité et la mise de sens sur la temporalité. Ce père semble plutôt en arrière-plan, éloigné du « drame » qui se joue pour Adeline, comme il a pu le manifester quand il a, semble-t-il, appris lors du premier entretien familial les attouchements subis par sa fille. Adeline dit ne pas en avoir parlé à son père, évoquant la peur de sa réaction, mais nous supposons qu'il s'agissait plutôt de l'appréhension de la non-réaction de la part de son père.

Comment Adeline peut-elle acquérir son autonomie, alors que le lien avec sa propre mère est très étroit ? Adeline est très dépendante de ses parents « *elle ne peut se débrouiller seule, elle a toujours besoin de sa mère*

contrairement à sa sœur », diront-ils à plusieurs reprises, la mettant ainsi dans une position infantile et de dépendance.

C'est dans la période où mère et fille étaient probablement au plus proche de la régression dans cette relation anaclitique, qu'est survenue la séparation physique vécue tel un arrachement pour la mère comme pour la fille, au moment de l'emménagement d'Adeline avec Melvin. En effet, Adeline était en pleine écriture de son mémoire, et sa mère, en plus de l'aider, voire la « compléter » dans ce travail, lui apportait tous les soins primaires, dans un réel « déni à deux » (« une folie à deux ») de la maladie d'Adeline qui pourtant ne faisait que s'accroître. La séparation physique d'Adeline avec ses parents n'est d'ailleurs pas si effective, beaucoup d'affaires d'Adeline restent encore chez ses eux, « *une chambre entière* ». Melvin sera disqualifié par la mère d'Adeline, car « *elle, elle aurait pu s'occuper de sa fille, si elle était restée chez eux à ce moment-là* ». Le lien libidinal à la mère, insuffisamment détourné vers le père, rend difficile l'individuation et le désinvestissement du premier objet.

La relation à sa sœur mérite aussi notre attention, car très rapidement se dessine une rivalité qui est déniée initialement par toute la famille. Adeline, qui a tendance à se mettre en position de victime et de « *celle qui est toujours là pour tout le monde* », se montre plus agressive, voire tyrannique, voulant garder l'attention exclusive de la part de sa mère. Quand il s'agit d'évoquer la relation d'emprise de sa sœur, Adeline se montre furieuse, la « *compétition* » avec Juliette est ouverte, qui ira le plus loin ?

La maladie a mis en suspens les projets de vie avec Melvin, tels que l'achat de la maison ou la maternité. La reprise pondérale est très longue, difficile et périlleuse pour Adeline. Cette reprise pondérale lui permettrait, comme le lui répète son entourage, « *d'enfin être heureuse avec un travail, un homme qui l'aime et avec qui elle pourra avoir des enfants* ». Durant l'hospitalisation, Adeline s'évertue à dire qu'elle ne comprend pas pourquoi elle stagne et parfois recule, alors que justement cette vie « *elle la désire* », devons-nous le comprendre comme une dénégation ? En tout cas, durant l'un des derniers entretiens avant que je ne quitte l'unité, pour la première fois Adeline (qui jusque-là était totalement dans le discours de l'Autre, dans la maîtrise de ce qu'elle dit) a laissé échapper une part de son inconscient avec l'émergence discrète d'une ambivalence « *mais je n'arrive pas à être heureuse* », cette vie qu'on lui propose, celle à laquelle on la prédestine, puisqu'elle approche les 30 ans, elle a « *l'impression de le vouloir* » mais la désire-t-elle ?

Donc, il nous semble important qu'Adeline puisse poursuivre sa psychothérapie individuelle pour pouvoir élaborer dans le transfert ce qui est adressé à sa mère, la question du maternel et du féminin, et la question identitaire. Réintroduire le père dans le discours semble nécessaire.

4.6.3 Nathalie

a. Éléments cliniques actuels

Concernant les troubles des conduites alimentaires actuels, au moment de l'entretien, Nathalie ne présente plus le tableau d'AM-B du DSM-5, puisqu'il n'y a plus de crise de boulimie, ni de vomissement, ni de prise de purgatif. Nathalie ne remplit pas non plus l'ensemble des critères de l'AM du DSM-5, car elle a un poids normal. Néanmoins, nous notons une altération de la perception corporelle et une restriction alimentaire. Il y a également une hyperactivité physique. Nous pouvons donc, d'après la classification du DSM-5, évoquer un OSFED.

La seule co-addiction est la dépendance au tabac.

Il n'y a pas actuellement d'argument en faveur d'un trouble thymique caractérisé.

Nathalie n'a pas présenté d'infertilité.

b. Hypothèses psychopathologiques

Les troubles alimentaires de Nathalie ont débuté de façon concomitante à l'arrêt de l'inceste de la part de son père, au début du processus adolescent, et donc au moment de la réactivation des conflits œdipiens. Nous ne pouvons pas généraliser l'impact de l'inceste, tant chaque sujet peut le vivre différemment selon son histoire, sa construction psychique, sa structure, son environnement. Cependant, il semble important de prendre en compte l'âge auquel l'inceste a été subi, mais également la maturité psychique de l'enfant (Razon, 2013). Pour Nathalie, l'inceste a été subi durant toute la période de latence, c'est-à-dire la période qui succède à l'œdipe (vers la 5^e et 6^e année) et qui est considérée comme une étape « d'arrêt dans le développement sexuel », une phase de repos pendant laquelle l'enfant se tourne préférentiellement vers d'autres domaines que sexuels, en particulier vers l'ouverture sociale (Bergeret, 2012). Cette période est issue du complexe d'œdipe qui, avec le refoulement, structure la psyché de l'enfant. Tovmassian résume bien que « l'enfant de la latence est un enfant qui se débat entre son univers pulsionnel - toujours présent et exigeant - et la sévérité des interdits post-œdipiens intériorisés, tels que l'interdit de l'inceste, et le refoulement (avec l'instauration du Surmoi qui s'en suit au sein du psychisme de l'enfant » (Tovmassian, 2014). Le désir œdipien rencontre donc la castration et l'interdit de l'inceste, faisant réaliser à l'enfant l'impossibilité de réaliser son désir, et l'amenant à un nécessaire renoncement, ainsi qu'à un aménagement identitaire et identificatoire. Comme le souligne Marcelli, cette période est également celle de l'acceptation et de la reconnaissance de la différence des générations (Marcelli, 2010).

Ainsi, nous appréhendons clairement les enjeux pour Nathalie, qui a vu son désir œdipien réalisé par l'inceste subi de la part de son père, normalement dépositaire et vecteur de la Loi et de cet interdit de l'inceste. Cet acte au moment de la latence a ainsi rendu confuse la différence des générations.

Le déni maternel, mais également de toute la famille, et donc la carence environnementale, ont été la source d'une grande souffrance chez Nathalie, dont elle a revendiqué une reconnaissance.

Nathalie a voulu à la fois « *qu'on ne la voit pas car elle avait l'impression que les personnes savaient ce qui s'était passé avec son père* ». En même temps, elle a inscrit corporellement, à travers ses TCA, l'expression de sa souffrance comme pour montrer, « *à sa mère* » dira-t-elle, que quelque chose s'est passé, et refusant le changement, « *pour ne pas qu'on l'oublie* ».

Les symptômes anorexiques peuvent être compris ici comme une volonté d'arrêter le processus pubertaire, dans un refus de la féminité, avec une annulation du moindre signe qui peut en faire état. L'abus sexuel subi a conduit à un bouleversement de l'ordre des générations, le père est devenu son ami, sa mère et son frère ne la protègent pas. Le désir et le plaisir éprouvés lors de l'inceste, et alimentant une part non négligeable de culpabilité, est indispensable à prendre en considération chez les enfants abusés. Nous ne les avons pas évoqués avec Nathalie, mais il nous semble nécessaire de les considérer pour comprendre la problématique actuelle.

Le début des crises de boulimie est, quant à lui, concomitant avec le dépôt de plainte contre son père. Nathalie aurait-elle voulu faire taire un sentiment violent de colère, dans ce remplissage manifeste ? Rapidement, les conduites de purges se mettent en place (vomissements, prise de laxatifs) faisant écho à un fonctionnement archaïque visant à se vider du mauvais objet (du mauvais sein selon Klein).

L'expression de la culpabilité et la reconnaissance partielle des faits et de la part de sa mère lors des entretiens soulageront Nathalie. La thérapie mère-fille a permis d'élaborer en présence d'un tiers les questions de distance, de différenciation, d'ambivalence, entraînant une recrudescence des symptômes alimentaires. C'est au moment où finalement Nathalie semble avoir trouvé avec sa mère « *la juste distance psychique* », qu'elle est en capacité psychique de laisser une place à une relation amoureuse, avec un apaisement concomitant des TCA.

La première grossesse de Nathalie s'est déroulée avec des restrictions et une dysmorphophobie allant *crescendo* au fil de la grossesse, mais restant supportables, selon ses dires. Cependant, le post-partum s'est révélé plus compliqué avec une recrudescence importante de ses TCA. Elle décrira sa relation à sa fille comme étant rapidement « *fusionnelle* », et nous entreverrons rapidement des difficultés de séparation. D'ailleurs, la deuxième grossesse a été envisagée par Nathalie au moment où sa fille commençait à s'autonomiser (« *à marcher, à parler* »), ce qui lui a été difficilement supportable. Elle a donc, à ce moment-là, songé à un deuxième enfant, comme pour retrouver cette relation privilégiée des premiers instants.

Cette deuxième grossesse est plus compliquée que la première. A l'image d'un traumatisme, elle vient raviver une expérience vécue, celle de la première grossesse, et démultiplier les sensations et émotions négatives. Le ressenti de Nathalie est ancré dans le corporel, qui prend chez elle beaucoup plus d'importance que chez d'autres femmes enceintes souffrant de TCA, ravivant la trace de l'inceste subi. Nathalie est de nouveau centrée sur les symptômes physiques de la grossesse à l'image de ses obsessions alimentaires. La réelle maîtrise dans une dimension anale, et l'amplification des préoccupations corporelles dans son discours ont tendance à occulter ses affects et sentiments. La grossesse vient confirmer l'identité féminine de Nathalie, sa capacité de reproduction qui est la conséquence de la maturation sexuelle physiologique de son corps. Elle vient alors manifester visiblement au monde extérieur qu'il y a eu une relation sexuelle. Cela vient réactiver l'inceste subi de son père et Nathalie ne veut « *surtout pas que cela se voit* », ressentant un sentiment de honte, comme si le bébé pouvait être celui de son père ? Nathalie est en prise avec des fantasmes d'expulsion (« *hâte que tout ça soit fini* »). Le traumatisme est revécu dans l'après-coup, avec la confrontation à la problématique incestueuse, favorisé par la régression et la levée du refoulement de la grossesse qui réactive alors les blessures et conflits anciens, « *le passé refait surface* ».

Sa rencontre avec son partenaire, qui petit à petit a joué son rôle de tiers, a pu apaiser les relations d'emprise du passé.

Nathalie a acquis le statut social de mère, mais le rôle réel de mère, au sens du maternel, la met parfois en grande difficulté avec « *l'impression de ne pas être une bonne mère* ». L'effraction traumatique a attaqué le lien à l'autre et le maternel, véritable refuge intérieur, mais également sa capacité à rêver et à penser, qui dépendent de ce lien à l'autre. Sa capacité de rêverie ne semble pas l'autoriser à laisser son enfant constituer un espace de vie psychique libéré des angoisses primitives. Nathalie apparaît dans la maîtrise de la propreté et du rangement, dans le concret, parfois en faux-self et distante, mais avec une quête perpétuelle d'être une mère idéale, sans failles. Lorsque sa fille manifeste des symptômes anxieux et des angoisses de séparation à l'approche de la future naissance, Nathalie est en difficulté pour l'identifier en tant que telle et se présente elle-même envahie, en miroir, d'une angoisse majeure jusqu'à ce que le médecin de famille mette des mots sur ce malaise, apaisant ainsi la situation.

Finalement, Nathalie aurait voulu « échapper » à la grossesse, comme échapper au désir. La grossesse inscrit corporellement la réalité d'une relation physique sexuelle, et une relation d'échanges platonique semblerait préférable pour Nathalie, soulignant ainsi le clivage.

Il nous semble nécessaire que Nathalie puisse être accompagnée au cours de sa grossesse mais également en post-partum, notamment au moment des étapes-clés de séparation-individuation de ses enfants. Le groupe parentalité, auquel Nathalie a participé au début de sa grossesse, lui a permis de déposer,

dans un milieu sûr et accueillant, ses angoisses de sparation et ses craintes de ne pas être une bonne mère.

4.6.4 Sonia

a. Éléments cliniques actuels

Lors de l'entretien avec Sonia, nous ne notons pas de trouble des conduites alimentaires. Il n'y a pas d'élément pour un trouble thymique ou un trouble de la personnalité. Nous retenons principalement des traits de la personnalité obsessionnelle : une vie plutôt ritualisée, avec un attachement important au perfectionnisme, au contrôle et à la maîtrise.

Par ailleurs, Sonia n'a pas rencontré de trouble de la fertilité.

b. Hypothèses psychopathologiques

La mère de Sonia est décrite comme une mère avec beaucoup d'emprise, de caractère, véritable mère « castratrice », ne faisant pas vraiment preuve de démonstration affective. Sonia ne semble pas avoir reçu de la part de sa mère un investissement érotisé du corps, tandis que son père, lui, était plus maternant, « *c'est lui qui la coiffait, alors que sa mère s'occupait des devoirs* ». Sonia évoque son adolescence « *sans problème* », plutôt aconflictuelle. Elle ne pouvait pas réellement s'opposer à ses parents, et notamment sa mère. Elle n'arrivait pas « *à lui dire non* ». On peut également penser que Sonia a été parentifiée. En effet, elle avait 11 ans à la naissance de sa petite sœur et elle nous confie s'être beaucoup occupée d'elle durant toute son adolescence, prenant ainsi le rôle de « petite maman », lui prodiguant des soins primaires. Cela a probablement empêché l'efficacité du processus de séparation-individuation normalement à l'œuvre à cette période du développement.

La rivalité avec la mère est palpable. En effet, depuis toute petite, sa mère lui faisait beaucoup de reproches, jusqu'à l'ultime reproche adressé au père « *avec TA fille* ». De plus, Sonia nous a parlé de sa grand-mère maternelle dont elle était très proche « *personnage important à ses yeux, qui avait le souci de réunir la famille, qui aimait faire la cuisine* » avec une notion de transmission de la part de cette femme, et une probable identification. Son décès qui a précédé les TCA, a été très douloureux pour Sonia. Nous pouvons supposer une rivalité de la mère par rapport à ce couple fille-grand-mère, comme cela est parfois repéré dans les TCA.

Sonia a ressenti un sentiment d'abandon quand sa mère s'est séparée de son mari, ne se préoccupant que de sa petite sœur, selon elle.

Sonia a alors pris la place de sa mère auprès de son père dans une relation œdipienne, place qu'elle avait probablement déjà occupée au moment de l'adolescence. Néanmoins, elle a pu négocier une séparation, et

elle est partie vivre avec son frère, puis avec son petit ami du moment, ne se retrouvant finalement jamais seule. Son petit-ami de l'époque a pu faire fonction de substitut maternel. Celui-ci lui faisait notamment des remarques sur son poids, comme sa mère pouvait le faire auparavant.

Ses troubles alimentaires ont débuté tardivement, à l'approche de la trentaine, alors qu'elle était retournée vivre chez son père suite à la rupture d'avec son petit-ami, rupture pour laquelle elle a mis du temps à se prononcer définitivement, tant les difficultés de séparation étaient prégnantes. L'évènement qui semble avoir précipité les troubles est la rencontre de son père avec une nouvelle compagne. Sonia parle en termes d' « *utilité* » : elle avait « *l'impression d'être moins utile à quelqu'un* ». Cette situation a surtout réactivé la problématique de séparation de Sonia, et le sentiment d'abandon déjà ressenti quelques années auparavant. Elle s'est finalement trouvée son « *moment à elle* », qu'elle pouvait maîtriser et contrôler, lui procurant beaucoup de plaisir, une part d'intimité qui lui appartient. A travers ses troubles, elle a « réuni » sa famille. Les rôles se sont inversés, sa petite sœur s'inquiétant pour Sonia et prévenant leurs parents. Ceux-ci ont manifesté leur inquiétude auprès de Sonia, la repositionnant en tant que fille. La principale crainte de sa mère était que sa fille puisse compromettre ses chances d'avoir un enfant à cause de ses troubles.

Au début des soins et pendant un long moment, Sonia sera dans une position ambivalente et de toute puissance, défiant les médecins et les ramenant à leur impuissance, une position adolescente ?

Le désir d'enfant de Sonia peut apparaître initialement comme étant « normatif ». En effet, les valeurs familiales de Sonia sont très importantes et s'organisent selon un schéma « *classique* ». Le désir d'enfant a plutôt été un projet bien planifié, comme Sonia aime le faire. Par ailleurs, elle dit « *s'être toujours sentie bien avec les enfants* », probablement en lien avec le rôle de « petite maman » qu'elle a joué auprès de sa petite sœur quand elle était encore très jeune.

Le désir d'enfant de Sonia peut également être vu comme un objet transformationnel (« *je ne serais plus tournée sur ma petite personne si j'ai un enfant* »), ce qui est souvent retrouvé dans le discours des patientes souffrant de TCA, avec l'impression qu'elles seraient moins égoïstes, moins autocentrées.

La « solitude insupportable », avec la notion de « vide », revient souvent dans le discours de Sonia, comme si elle n'avait pas intériorisé un objet interne stable et sécurisant. Cela nous amène à nous interroger sur sa « capacité d'être seule », au sens Winnicotien, qui a été décrite dans les premiers moments de la vie. Winnicott a décrit « le sentiment d'une continuité d'existence », base à partir de laquelle peut s'élaborer la capacité de solitude (Winnicott, 2012).

Les grossesses et l'allaitement ont été des moments de réelle complétude narcissique pour Sonia, moments privilégiés, « *tellement forts* », d'une relation fusionnelle avec son nourrisson. Comme beaucoup de femmes souffrant de TCA, ses troubles se sont atténués en partie grâce à la perspective d'avoir un bébé, la faisant se sentir obligée d'avoir une alimentation équilibrée.

A la naissance, les relations à sa mère se sont modifiées, mais témoignent de la difficulté à avoir la juste distance mère-fille, « *elle était présente mais ça faisait presque trop d'un coup, pendant des années j'avais été sans elle et là d'un coup elle était un peu trop présente* ». Sa mère a donc fait « intrusion » dans sa vie du fait de cette grossesse, mais, encore une fois, Sonia n'a pu s'opposer à elle, la tolérant encore dans sa position d'emprise et de maîtrise, avec très probablement des craintes projectives à son égard.

Lors des premiers mois avec Antoine, Sonia alternait entre sa relation anaclitique avec son bébé, et ses « *moments à elle* » quand il dormait, tout cela favorisé par l'absence de son mari qui était en déplacement la semaine.

La deuxième grossesse a été plus compliquée. Celle-ci a impliqué une nécessaire séparation d'avec Antoine au sens psychique, pour laisser de la place au bébé à venir, allant jusqu'à devoir se « *priver* » de moments avec son petit garçon, la mettant face à un sentiment de frustration insupportable. Cette fois-ci, une petite fille est venue combler Sonia.

Depuis que Sonia est passée du statut de fille au statut de mère, ses relations à sa propre mère se sont modifiées. Ses deux grossesses ont permis une élaboration de l'identification à sa mère. Ainsi, elle a pu s'identifier à cette elle, « *en prenant du caractère* », et en même temps, se séparer d'elle, s'affirmer et s'opposer « *si je ne suis pas d'accord, je le dis* ». Elle peut décider des valeurs qu'elle souhaite transmettre à ses enfants, et s'autoriser à ce qu'elles soient différentes de celles de ses parents « *à Noël, quand on va chez ma mère il y a une montagne de cadeaux, ce n'est pas ce que je veux inculquer à mes enfants, l'abondance des cadeaux, alors je lui répète de ne pas faire ainsi mais elle continue. Chez nous, au sapin, il y a quelques cadeaux mais pas en abondance, je ne veux pas que mes enfants soient élevés ainsi* ». Il s'agit d'une relation plus mature, plus pacifique et moins empreinte d'ambivalence.

Son compagnon lui a également permis de prendre de la distance par rapport à sa mère, mais également à ses TCA. Il a joué un rôle essentiel d'accompagnement dans la transition vers ce nouvel équilibre. Rappelons que ce compagnon est arrivé dans la vie de Sonia au même moment où son père rencontrait sa nouvelle compagne.

On peut aussi imaginer que cette projection dans son rôle de mère lui a permis de mieux appréhender ce que sa mère a vécu et la façon dont elle a agi. Les conflits psychiques de rivalité avec sa mère se sont apaisés, et Sonia, à travers sa maternité, a pu confirmer peu à peu ses capacités d'être une bonne mère. Sa mère, en tant que grand-mère a pu également trouver l'occasion d'élaborer sa propre position de mère et penser son rôle différemment.

Sonia n'exclut pas une grossesse supplémentaire, avec ce besoin de retrouver cette complétude narcissique éprouvée pendant les grossesses précédentes, dont elle ne se sent pas prête à faire le deuil.

4.6.5 Discussion générale sur les vignettes cliniques

Ces vignettes cliniques mettent en avant des éléments psychopathologiques à la fois similaires, et singulier selon l'histoire de chacune des patientes, retrouvés dans les problématiques de TCA et d'infertilité :

- La question du maternel qui s'origine dans les liens précœdiens avec l'objet primaire et pour laquelle la dimension corporelle est majeure. Il s'agit là d'une étape préliminaire à la phase de séparation-individuation de l'adolescence.
- La question de la place du père, qu'on lui laisse prendre et/ou qu'il prend, rôle de tiers indispensable dans la relation duelle mère-fille, garant de l'instauration de la Loi et de la différence des générations. C'est aussi la question du père en tant qu'amant, et donc du couple parental avec une mère également femme, permettant d'introduire le féminin à la petite fille.

Nous soulignons pour Sophie et Emmanuelle, une défaillance dans le rôle de tiers séparateur, alors que pour Sonia, une relation œdipienne assez forte s'est instaurée et a perduré jusqu'à ce que le père investisse une nouvelle relation, autorisant également Sonia à se tourner vers un nouvel objet d'investissement. Pour Nathalie, il s'agit d'une toute autre histoire, celle où l'interdit de l'inceste s'est réalisé, laissant une trace corporelle importante ayant une implication dans sa vie de femme et de mère.

- La phase de séparation-individuation de l'adolescence est une étape essentielle, et pour la plupart de ces patientes, elle a achoppé : Sophie qui ne s'est pas autorisée à amorcer la séparation dans cette ambiance dépressive, Sonia qui a été parentalisée, Adeline qui était encore trop proche de l'objet primaire.
- L'infertilité ne s'est manifestée que chez Sophie. Pour Adeline, la problématique est en deçà des questions de désir d'enfant. Nathalie et Sonia semblaient moins ambivalentes dans leur désir d'enfant que Sophie, bien que le désir d'enfant de Nathalie ait bien été distingué de son désir de grossesse.
- La grossesse s'est présentée pour trois d'entre elles, comme une autre phase importante de remaniements psychiques avec une réactualisation des conflits infantiles. La souffrance générée par les changements corporels de la grossesse est importante chez Nathalie, contrairement à Sophie et Sonia, et est très en lien avec les antécédents d'inceste.
- La place du conjoint est essentielle, puisqu'il a également un rôle de tiers séparateur à jouer, notamment lors de cette phase-clé de la grossesse et dans l'accompagnement du post-partum.

5. Perspectives concernant la prise en charge

A travers ce travail, nous nous sommes intéressés aux femmes souffrant de troubles des conduites alimentaires qui manifestent un désir d'enfant, avec potentiellement un trouble de la fertilité. Cela nous a amenés à considérer, de façon non exhaustive, deux situations entre lesquelles des liens semblent se tisser : d'une part, celle des femmes consultant pour infertilité et présentant un TCA potentiellement non pris en charge ; d'autre part, celle des patientes prises en charge pour leur TCA dans le service d'Addictologie, et pour lesquelles le symptôme infertilité peut se manifester.

Ainsi, après avoir utilisé différentes approches (épidémiologique, psychopathologique et clinique) pour étudier notre problématique, nous pouvons maintenant apporter quelques pistes de réflexion sur la place et le sens du désir d'enfant et de l'infertilité, ainsi que sur la prise en charge de ces patientes.

5.1 Réflexions concernant les patientes rencontrées par le biais de l'infertilité

D'un point de vue épidémiologique, le comportement alimentaire des femmes infertiles consultant pour une AMP semble plus perturbé qu'en population générale. De plus, le lien physiopathologique entre les fonctions alimentaire et reproductive permet d'apporter une part d'explication sur les liens entre TCA et infertilité. Cependant, des zones d'ombre persistent et certains mécanismes demeurent inconnus. Dans ce contexte, nous nous sommes penchés sur les éléments psychopathologiques qui concernent aussi bien les symptômes alimentaires que le symptôme infertilité, avec cependant des problématiques narcissiques et identitaires probablement plus importantes en présence de symptômes de dépendance tels que les TCA.

Ainsi, devant ces éléments, la sensibilisation des équipes soignantes sur le dépistage et le diagnostic des TCA chez les patientes consultant pour une demande d'AMP semble pertinente. Une réflexion sur les dispositifs de soins, selon une logique de prévention, de dépistage et de soins, est nécessaire, en gardant à l'esprit l'impact non négligeable sur les troubles précoces du développement de la parentalité.

5.1.1 Dépistage et diagnostic des TCA chez les patientes consultant pour une demande d'AMP ?

L'AMP permet à des femmes souffrant de TCA un contrôle de la procréation, en court-circuitant potentiellement la sexualité qui est une problématique majeure pour elles. La majorité de ces femmes ont besoin d'être accompagnées en période périnatale, et le premier contact au moment de la demande d'AMP nous semble essentiel. Il s'agit, à notre sens, du premier intérêt du repérage : faire le lien avec les soins psychologiques/psychiatriques si nécessaire.

Au-delà d'un TCA actif au moment de la prise en charge au centre de la reproduction, la recherche d'un antécédent de TCA est importante du fait du risque de recrudescence des symptômes alimentaires pendant la

grossesse ou en post-partum. Le dépistage d'un TCA, actuel ou passé, peut être fait avec des questionnaires rapides et simples (tels que le SCOFF), mais également avec quelques questions simples (IMC le plus haut et le plus bas depuis la puberté en plus de l'IMC actuel, antécédent d'aménorrhée). Comme le rapporte Lamas, il s'agit de recommandations retrouvées dans la littérature (Lamas et al., 2014). Pour compléter, la recherche d'une alimentation restrictive et/ou sélective (malgré un poids normal) est pertinente du fait d'un possible impact sur la reproduction. Notre étude a mis en évidence l'intérêt de questionner la présence d'une insatisfaction avec des préoccupations corporelles. En plus de rechercher un TCA, des préoccupations prononcées centrées sur l'apparence physique peuvent nous faire suspecter une ambivalence plus importante du désir d'enfant, et nous permettre d'aborder plus précisément cette problématique qui nous semble essentielle. Cela pourrait être un levier pour aider à la prise en charge de l'infertilité. A l'instar de Lamas, nous pensons qu'il s'agit d'aider les patientes « à investir affectivement leur désir d'enfant, plutôt que de le court-circuiter en tout cas en partie et défensivement » (Lamas et al., 2014). La question de la sexualité nous semble également être au cœur de la problématique à la fois des TCA et de l'infertilité, de différentes façons comme nous avons pu le voir.

Nous pensons également que la prise en charge des TCA, quand ils sont avérés, avant le traitement de l'infertilité est nécessaire sur plusieurs points. Tout d'abord, une amélioration des symptômes alimentaires pourrait permettre de résoudre en partie les difficultés de conception en évitant une prise en charge d'AMP parfois lourde et non sans risque. De plus, cela pourrait permettre à des femmes souffrant de TCA et sans soin d'accéder à une aide notamment psychothérapeutique. Si jamais une grossesse survenait, cet accompagnement attentif pourrait être un soutien nécessaire, voire indispensable, pendant cette période de fragilité chez ces patientes, même si sur le plan symptomatique le TCA n'est plus présent ou amélioré. Une prise en charge psychothérapeutique peut au mieux aider la patiente à élaborer et dépasser les conflits psychiques à l'origine en partie de ses troubles alimentaires.

Cependant, il paraît important de rester vigilant quant au risque de « psychiatrisation à l'excès ». Ainsi, des réflexions et études doivent être menées pour nous guider au repérage des éléments nous permettant de considérer la nécessité d'une mesure de prévention et/ou d'un soin chez une femme souffrant ou ayant souffert de TCA.

5.1.2 Différentes possibilités de travail entre les médecins de la reproduction et les psychiatres

L'équipe de J. Boivin a décrit certaines particularités des consultations d'infertilité, qui marquent la différence avec les consultations notamment de gynécologie obstétrique (Boivin et al., 2001). Tout d'abord, la demande est « un souhait ou un projet de vie inassouvi, une souffrance subjective déterminée par plusieurs critères personnels et psychosociaux ». De plus, la demande implique une « troisième personne qui n'existe

pas encore » induisant des questions éthiques spécifiques. Le traitement du désir d'enfant inassouvi génère très fréquemment un cycle d'interventions répétées, qui n'aboutit pas toujours, entraînant une déstabilisation émotionnelle avec une déception, voire du désespoir. Enfin, les traitements ont un impact non négligeable sur la vie intime des patients. Il s'agit donc de consultations et de prises en charge bien particulières. Comme Lemler nous le rappelle, « les patientes viennent ici avec une plainte, un symptôme exprimé à travers le corps, qui cherche à se verbaliser. Un symptôme différent de ce que nous avons appris jusqu'à présent en tant que "symptôme qui signe la pathologie et demande à être éradiqué, (...) et dont la disparition signe la guérison " avec une triade symptôme-syndrome-diagnostic puis stratégie thérapeutique ». Nous sommes face à une parole en souffrance avec une dimension singulière, subjective, sans oublier, avec Lemler, que « même un trouble indiscutablement organique s'inscrit dans une économie psychique, a fortiori quand il s'agit de quelque chose qui touche au domaine de la sexualité et de la procréation ». Il paraît alors intéressant de repérer quelle est la fonction de ce symptôme dans l'économie psychique du patient (Lemler, 2009).

Le travail conjoint entre les médecins de la reproduction et les psychiatres concernant ces patientes souffrant de TCA peut s'exercer de plusieurs manières.

Les médecins de la reproduction peuvent effectuer un repérage de TCA et de troubles psychiatriques associés et orienter la patiente vers un collègue psychiatre exerçant en dehors du centre de la reproduction afin d'avoir une évaluation et de potentiellement débiter des soins. Certains centres français ou nationaux expérimentent la possibilité d'avoir un psychologue et/ou un psychiatre au sein du service afin de pouvoir, d'une part, faire des réunions pluridisciplinaires permettant d'avoir une vision transversale de la situation des patients, et donc aider au dépistage et à la prise en charge conseillée. D'autre part, cela permet de mettre à disposition des consultations psychologiques/psychiatriques pour les patientes désireuses d'un soutien psychologique et/ou nécessitant une évaluation et une prise en charge. Des entretiens de couple sont également possibles.

D'autres équipes fonctionnent même en binôme avec des consultations conjointes. Ainsi, Bydlowski, qui a mené ce type d'exercice dans une maternité, définit le binôme par « une consultation médicale conduite par un médecin en présence d'un psychanalyste dont le médecin attend une collaboration concrétisée en général entre chaque consultation par une réflexion commune ». Elle décrit un autre mode de travail appelé « les interventions médiatisées par l'équipe », qui sont par exemple des groupes d'étude de cas ou des réunions de réflexion autour de situations cliniques difficiles, mais qui concrètement deviennent souvent « des entretiens de couloir occasionnels entre le psychanalyste et un soignant déconcerté ou troublé devant l'attitude d'un patient » (Bydlowski, 2008).

Par ailleurs, Faure-Pragier évoque la particularité à laquelle elle a été confrontée lors de sa pratique au sein d'une consultation hospitalière de gynécologie : la demande est plus « erratique que dans l'espace privé du cabinet du psychanalyste » (Sylvie Faure-Pragier, 2003). En effet, alors que le patient se présentant de lui-

même chez un psychothérapeute formule une demande faisant le point de départ d'un travail singulier, les patientes rencontrées durant une consultation hospitalière dans un contexte d'infertilité ont bien souvent une demande qui est ailleurs, parfois identifiée au médecin qui l'a orientée vers le psychiatre. De plus, nous nous posons la question de la place de ce psychiatre entre un travail psychothérapique avec la patiente, et un travail plutôt tourné du côté de l'équipe soignante qui peut être demandeuse d'un avis concernant l'AMP chez cette patiente. Il nous semble que le psychothérapeute peut difficilement occuper cette position s'il a engagé une relation transférentielle avec la patiente.

5.1.3 Des questions éthiques

Nous avons bien conscience des questions éthiques sous-jacentes à cet exposé. Tout d'abord, comme nous l'avons précédemment précisé, la seule obligation d'un entretien psychologique est la demande d'une IAD. De plus, d'après un arrêté de 1999, il est possible d'organiser une rencontre avec un psychologue ou un psychiatre et si nécessaire, après cette rencontre et en concertation avec l'équipe, la mise en œuvre de l'AMP d'un couple pourra être différée ou refusée. Hormis la demande claire d'entretien en cas d'IAD, le reste semble flou et nous nous demandons alors sur quels critères les praticiens ont recours à cette évaluation. Il s'agit d'une pratique probablement différente selon les centres et selon les praticiens. Par ailleurs, pourquoi l'évaluation psychologique est-elle obligatoire seulement pour les IAD, quand bien même on convient que cette situation diffère des autres dans le sens où il y a une « rupture de la filiation » ? Nous entrevoyons des interrogations sur la dimension éthique de l'AMP au-delà de la problématique dont nous traitons dans cet exposé.

Revenons au cas particulier de nos patientes souffrant de TCA. La question d'une AMP différée ou refusée à ces patientes nous semble complexe. Sur quels critères « harmonisés » une telle indication peut-elle finalement être posée, quelle en est la limite, et est-ce éthiquement acceptable ? Bien entendu, le cas d'un risque vital pour une patiente souffrant de TCA en cas d'induction d'une grossesse paraît clair et ne pose pas de question. Mais pour les autres ? Même si nous convenons qu'il est préférable de prendre en charge le TCA avant le traitement de l'infertilité, à partir de quel moment considérons-nous que cette patiente, prise en charge et présentant une amélioration symptomatique, mais une aménorrhée persistante, peut accéder à une AMP ?

Il s'agit là de questions qui ont toute leur importance et qui méritent une réflexion impliquant médecins de la reproduction et psychiatres. Au-delà de ces questions, la pratique qui nous semble claire et recommandée est de pouvoir orienter vers des soins psychiatriques spécialisés une patiente en demande d'AMP et qui présente un diagnostic de TCA actuel avéré. La question des formes sub-cliniques/atypiques nous semble plus subtile.

5.2 Réflexions concernant les patientes rencontrées lors de la prise en charge de leur TCA et désirant un enfant

5.2.1 Prise en charge individuelle

Lorsque les questions de désir d'enfant émergent au cours d'une psychothérapie, le psychiatre peut voir apparaître dans le discours de la patiente des éléments concernant sa relation avec sa propre mère, la place de son père, mais également ses nouveaux investissements d'objets et ses nouvelles identifications. Il s'agit d'un moment propice à l'évocation des difficultés de séparation, et des questions identitaires, pour tenter d'accepter la séparation d'avec sa mère, faire le deuil et accéder à une position féminine. Plus précisément, la prise en charge psychodynamique d'une femme confrontée à l'infertilité peut lui permettre de constituer progressivement « un espace intermédiaire, une aire transitionnelle où jouer avec les représentations, espace pour progressivement concevoir, laisser émerger en soi un enfant ou une œuvre inconnue » (Sylvie Faure-Pragier, 2003). Elle pourra ainsi faire revivre ses craintes et hostilités par rapport à sa propre mère avec toute l'ambivalence éprouvée à son égard, observer dans le transfert une absence de destruction ou de rétorsion de l'analyste, permettant alors un accès à la symbolisation et un remaniement psychique, ainsi que l'accession à la position dépressive et à une passivité « enfin » réceptive, pouvant être plus favorable à la grossesse.

Comme nous le rappelle Faure-Pragier, le réinvestissement du père dans le discours est un élément important dans la psychanalyse de ces femmes souffrant de trouble de la fertilité (Sylvie Faure-Pragier, 2003).

Elle évoque également que « l'analyste se doit d'informer les intéressés de l'importance d'élaborer les conflits psychiques avant de s'engager sur le "parcours du combattant" des techniques médicales » et que parfois traiter l'infertilité « n'est pas forcément aboutir à un enfant... Y renoncer est parfois la seule solution psychiquement accessible ».

En tant que psychiatre référent d'une patiente, nous pouvons être consultés par l'équipe de la reproduction pour donner notre avis concernant l'indication d'une AMP (et surtout la non contre-indication) pour cette patiente. Cela nous questionne, comme nous l'avons précédemment exprimé, sur les critères utilisés pour répondre. De plus, si nous avons une relation psychothérapique, transférentielle avec la patiente, prendre cette place et se positionner semble périlleux pour la suite des soins psychothérapeutiques. Là encore, il peut être intéressant de distinguer un psychiatre psychothérapeute et un autre qui peut faire tiers dans cette réflexion d'AMP, même si cela ne répond toujours pas aux questions d'éthiques et de critères utilisés.

Enfin, nous rappelons l'intérêt d'une psychothérapie durant la grossesse et en post-partum de ces femmes souffrant de TCA afin de soutenir et de prévenir certaines complications. De plus, comme nous l'avons

évoqué, la transparence psychique est un moment propice aux mouvements et remaniements psychiques permettant un potentiel traitement des conflits psychiques non élaborés précédemment, et notamment au moment de l'adolescence. Ainsi cette « crise » pourrait amener à un apaisement des TCA, voire à la guérison. Il faut néanmoins rester précautionneux, tant cela dépend de beaucoup de facteurs appartenant à la patiente, à la maladie et aux soins mis en place.

5.2.2 Prise en charge groupale

Les prises en charge groupales proposées en psychiatrie peuvent avoir un intérêt différent des prises en charge individuelles. J'ai eu l'occasion d'assister, durant les 6 derniers mois, au groupe « *Parentalité et Addictions* » mis en place à l'Espace Barbara. Ce groupe accueille des parents qui souffrent d'une addiction (comportementale ou dépendance à un toxique), impactant leur relation avec leur(s) enfant(s). Actuellement, ce groupe est constitué principalement de femmes souffrant de TCA, et de deux co-thérapeutes, un homme et une femme, précision qui a son importance. Nathalie, dont nous avons relaté l'histoire, a participé à ce groupe, mais a dû rapidement arrêter du fait du repos conseillé durant sa grossesse. Ce groupe de parole, distinct d'un espace de psychothérapie individuelle, a une dynamique différente à chaque séance, en fonction des patientes présentes et de ce qu'elles peuvent amener comme « matériel » en début de séance. Certaines séances sont plus centrées sur leur propre problématique alimentaire, d'autres sur leur relation avec leur(s) enfant(s), ou encore avec leur conjoint, voire leur famille d'origine, même si bien sûr tous ces domaines sont intriqués, et que les thérapeutes essaient de recentrer le sujet sur la question de la parentalité.

Les objectifs de ce groupe sont :

- Réfléchir et amorcer un changement pour trouver plus de liberté en s'appuyant sur le groupe
- Consolider sa place de parent en prenant en compte les conduites addictives
- Explorer son histoire familiale pour continuer à construire sa propre famille

Pendant ce groupe, les questions de désir d'enfant et d'infertilité émergent, puisque ces mamans peuvent de nouveau avoir un projet d'enfant avec leur conjoint, mais se trouver confrontées à une infertilité du fait de leur maladie. Cela rappelle cette patiente, maman d'une petite fille de 5 ans, qui nous a récemment confié avoir de nouveau un projet d'enfant, mais être très ennuyée car les résultats des examens entrepris suite à sa consultation au centre de la reproduction évoquent un trouble de la fertilité plus prononcé que lors de sa première grossesse. Elle nous dit « *ne pas avoir imaginé que cela ne serait peut-être pas réalisable* », au sujet d'une seconde grossesse. Lors de cette séance, après cette annonce, nous avons eu accès à son ambivalence, et à sa relation à ses propres parents encore bien complexe, relatée avec émotion, de façon plus authentique et plus longuement que d'habitude.

Conclusion

Notre travail a vu le jour suite à des observations et réflexions cliniques qui ont éveillé notre curiosité sur le sens et la place du désir d'enfant et du symptôme infertilité chez des femmes souffrant de TCA.

Partant tout d'abord du symptôme infertilité, nous observons qu'il peut prendre un sens somato-biologique, mais également un sens psychique, selon un modèle récursif décrit par Faure-Pragier. Ce symptôme a une place centrale dans les services de BMDR, puisqu'il s'agit de la demande des patientes consultant dans ces services. Il a également une place importante dans la prise en charge psychiatrique/psychothérapeutique, notamment auprès de patientes souffrant ou ayant souffert de TCA.

Des liens existent entre les problématiques infertilité et TCA, nous amenant à nous interroger tout d'abord sur la place des TCA parmi les femmes consultant pour une aide à la procréation. Ainsi, notre étude au centre de la reproduction a mis en évidence une fréquence plus élevée de TCA dans cette population de femmes infertiles que dans la population générale. Cependant, le faible taux d'inclusion ne nous permet pas de tirer des conclusions hâtives et nous invite à considérer cette étude comme préliminaire, et à envisager des études ultérieures avec, entre autres, un taux d'inclusion plus important. Notre étude a également permis de mettre en évidence qu'au-delà de l'évaluation justifiée du comportement alimentaire de ces femmes infertiles, rechercher des préoccupations corporelles semble avoir un intérêt. En effet, bien que nous n'ayons pas pu mettre en évidence une ambivalence du désir d'enfant plus importante chez les patientes souffrant ou ayant souffert de TCA et consultant pour infertilité, nous avons rapporté une association significative entre une plus grande insatisfaction corporelle et un désir d'enfant plus ambivalent. Ainsi, questionner les patientes consultant pour infertilité au sujet de leurs préoccupations corporelles permet de diagnostiquer un éventuel TCA, mais également de le considérer en dehors d'un TCA avéré, et d'aborder la question du désir d'enfant, pouvant participer au traitement de l'infertilité. Par ailleurs, notre étude a permis de comparer deux groupes de femmes qui consultent pour infertilité, selon la présence ou non d'un TCA actuel ou passé. Les résultats sont en faveur d'une moins bonne qualité de vie et de troubles anxieux plus présents dans le groupe « TCA », et donnent ainsi un intérêt supplémentaire au repérage de ces femmes dans les centres de la reproduction. Bien que l'exploitation du questionnaire sur la sexualité des femmes ait été limitée, les résultats descriptifs concernant notamment une insatisfaction sexuelle plus prononcée chez les femmes souffrant de TCA, cultivent notre intérêt à considérer la sexualité dans la prise en charge de femmes souffrant de TCA et exprimant un désir d'enfant, qu'il y ait ou non une infertilité associée.

Les résultats de notre étude et la description de nos vignettes cliniques, en conjonction avec les données de la littérature, nous ont conduits à une réflexion sur des éléments cliniques et psychopathologiques communs aux TCA et aux troubles de la fertilité, avec une intensité variable des problématiques prégénitale et

génitale sous-jacentes. Après avoir rappelé les périodes structurant le développement du nourrisson, puis de la petite fille, nous avons mis en évidence le fait que le maternel et le féminin conditionnent pour une grande part le développement de la féminité, le « devenir femme » et le « devenir mère ». L'investissement du corps chez la femme est majeur dès son plus jeune âge pour acquérir sereinement sa féminité et vivre la maternité en investissant à son tour le corps de l'enfant. Nous retrouvons, aussi bien chez les femmes souffrant de TCA que chez les femmes infertiles, l'importance de la relation à l'objet primaire dont le deuil est difficile à faire, et la question du maternel pouvant conduire à un « refus du maternel ». Au-delà de ces problématiques narcissiques, des problématiques œdipiennes sont fréquemment rencontrées avec un tiers paternel absent ou peu engagé et finalement ne jouant pas, ou n'étant pas autorisé à jouer, son rôle de tiers séparateur. Tous ces enjeux sont en lien avec les propres problématiques narcissique et œdipienne des sujets du couple. Un trouble des conduites alimentaires surajouté à un trouble de la fertilité peut faire suspecter des assises narcissiques fragiles avec une problématique archaïque plus importante, ainsi qu'une plus grande difficulté lors des traitements, lors de la grossesse et des premiers liens avec l'enfant à venir, participant à la nécessité de repérer un TCA chez ces patientes consultant pour infertilité.

Nous avons ensuite évoqué les enjeux à l'adolescence, dont un achoppement, dans ce processus de profondes modifications physiques et psychiques, peut s'exprimer à travers les TCA. Nous avons entrevu un parallèle entre l'adolescence et la grossesse, avec le constat que le processus de la maternité vient réinterroger une seconde fois les repères identitaires du sujet. Il peut s'agir d'une période de fragilité pour les patientes souffrant de TCA avec une possible accalmie « pour la santé de l'enfant à venir », véritable contenant interne, satisfaisant la recherche de complétude narcissique de la mère, avant la tempête du post-partum. La mère en devenir vient réinterroger les liens avec ses propres parents, en particulier son objet primaire, autour de thématiques orales et corporelles, pouvant raviver la douloureuse problématique des troubles alimentaires chez les femmes qui n'ont pas pu la dépasser, à l'adolescence notamment. Comment accepter les perceptions et ressentis corporels à travers les modifications de son corps dans cette période où l'appel de l'oralité est fort, où le contact avec le nouveau-né, notamment corporel, fait resurgir ses propres failles narcissiques ayant trait à sa propre sexualité infantile ? Comment être suffisamment bonne et suffisamment contenante pour négocier la juste distance psychique avec son nouveau-né, nécessaire pour une première phase de séparation, après la préoccupation maternelle primaire, alors que la mère est elle-même encore en prise avec une difficulté de dépendance, de distanciation d'avec son objet maternel primaire ?

Ainsi, face à cet équilibre incertain, il nous apparaît essentiel que la grossesse chez ces femmes souffrant de TCA soit réfléchi en amont, avec la prise en compte nécessaire des questions du désir d'enfant et de l'infertilité, puis suivie tout le long, et accompagnée en post-partum. Cela est d'autant plus intéressant et important car nous pouvons entrevoir, à la lumière de la transparence psychique de cette période

fondamentale de mouvements dynamiques et de remaniements psychiques, « une piste de guérison » se dessine pour ces femmes souffrant de TCA, dont le processus de séparation-individuation a échoué à l'adolescence, à condition bien sûr qu'une oreille disponible soit là pour recueillir et accompagner les fragments de l'inconscient qui passent la barrière du refoulement.

Au fil des éléments épidémiologiques, cliniques et psychopathologiques développés dans ce travail, des liens entre les symptômes alimentaires et le symptôme infertilité se dessinent, occupant une place aussi bien dans les services de la reproduction que dans les services de psychiatrie spécialisés dans les TCA, et pour lesquels un sens pourrait être donné lors d'une prise en charge notamment psychothérapeutique, pouvant être une aide dans le traitement de l'infertilité notamment. Au-delà des questions éthiques que pose le traitement de l'infertilité des patientes souffrant de TCA, et qui nécessitent encore des réflexions approfondies, l'intérêt de leur dépistage par l'intermédiaire de leur demande d'AMP réside dans la possibilité de les orienter vers des soins spécialisés, car il nous semble nécessaire de prendre tout d'abord en charge la problématique alimentaire et en filigrane celle de la dépendance aux objets primaires dont elle est le reflet.

Bibliographie

1. Abraham, S. (1998). Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years. *Journal of psychosomatic research*, 44(3-4), 491-502.
2. Ackerman, K. E., Patel, K. T., Guereca, G., Pierce, L., Herzog, D. B., & Misra, M. (2013). Cortisol secretory parameters in young exercisers in relation to LH secretion and bone parameters. *Clinical Endocrinology*, 78(1), 114-119. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2012.04458.x>
3. APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*.
4. APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition (DSM-5)*. DC:American Psychiatric Association.
5. Aschenbrenner, K., Aschenbrenner, F., Kirchmann, H., & Strauss, B. (2005). [Psychological motives behind the wish to have children among High School and University students under consideration of female test persons with eating disorders]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51(3), 230-246.
6. Attia, E., & Roberto, C. A. (2009). Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? *The International journal of eating disorders*, 42(7), 581-589. <http://doi.org/10.1002/eat.20720>
7. Bergeret, J. (2012). *Psychologie pathologique - théorique et clinique* (11ème éd.). Elsevier Masson.
8. Boivin, J., Appleton, T. C., Baetens, P., Baron, J., Bitzer, J., Corrigan, E., ... European Society of Human Reproduction and Embryology. (2001). Guidelines for counselling in infertility: outline version. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 16(6), 1301-1304.
9. Boivin, J., Takefman, J., & Braverman, A. (2011). The fertility quality of life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Human Reproduction (Oxford, England)*, 26(8), 2084-2091. <http://doi.org/10.1093/humrep/der171>
10. Bollas, C., & Goldstein, D. (1989). L'objet transformationnel. *Revue française de psychanalyse*, vol. 53, n° 4, pp. 1181-1199 (19 pages).
11. Boszormenyi-Nagy, I. (2014). *Invisible Loyalties*. Routledge.
12. Bouret, S. G., Caron, É., Steculorum, S., Ishii, Y., & Sachot, C. (2008). Leptine et contrôle hypothalamique de la reproduction. *Médecine thérapeutique / Médecine de la reproduction, gynécologie et endocrinologie*, 10(2), 74-84. <http://doi.org/10.1684/mte.2008.0147>
13. Braunschweig, D., & Fain, M. (1975). *La nuit, le jour : Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental* (1re éd.). Presses Universitaires de France - PUF.
14. Brinch, M., Isager, T., & Tolstrup, K. (1988). Anorexia nervosa and motherhood: reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 77(5), 611-617.

15. Brogan, A., Hevey, D., & Pignatti, R. (2010). Anorexia, bulimia, and obesity: shared decision making deficits on the Iowa Gambling Task (IGT). *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 16(4), 711-715. <http://doi.org/10.1017/S1355617710000354>
16. Bruch, H. (1962). *Les Yeux et le Ventre*. Paris: Payot.
17. Bydlowski, M. (2003). Facteurs psychologiques dans l'infertilité féminine. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 31(3), 246-251. [http://doi.org/10.1016/S1297-9589\(03\)00038-9](http://doi.org/10.1016/S1297-9589(03)00038-9)
18. Bydlowski, M. (2008). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. (Presses Universitaires de France).
19. Cailleau, F. (2006). Et si c'était dans la tête ? Histoire et représentations de l'infertilité. *Cahiers de psychologie clinique*, 26(1), 85. <http://doi.org/10.3917/cpc.026.0085>
20. Call, C., Walsh, B. T., & Attia, E. (2013). From DSM-IV to DSM-5: changes to eating disorder diagnoses. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 532-536. <http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a321>
21. Chou, S. H., Chamberland, J. P., Liu, X., Matarese, G., Gao, C., Stefanakis, R., ... Mantzoros, C. S. (2011). Leptin is an effective treatment for hypothalamic amenorrhea. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(16), 6585-6590. <http://doi.org/10.1073/pnas.1015674108>
22. Code de la santé publique - Article L2141-1, L2141-1 Code de la santé publique.
23. Connan, F., Murphy, F., Connor, S. E. J., Rich, P., Murphy, T., Bara-Carill, N., ... Treasure, J. (2006). Hippocampal volume and cognitive function in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 146(2), 117-125. <http://doi.org/10.1016/j.psychresns.2005.10.006>
24. Cook-Darzens, S. (2005). La thérapie familiale : de la multiplicité à l'intégration. *Pratiques Psychologiques*, 11(2), 169-183. <http://doi.org/10.1016/j.prps.2005.04.002>
25. Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairbum, C. G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494. [http://doi.org/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O](http://doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O)
26. Corcos, M. (1999). Sexualité et troubles du comportement alimentaire: vrai-faux toxique sexuel et jouissance endogène. *L'Évolution Psychiatrique*, 64(3), 543-565. [http://doi.org/10.1016/S0014-3855\(00\)80070-5](http://doi.org/10.1016/S0014-3855(00)80070-5)
27. Corcos, M. (2010). *Le corps absent : Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires* (2e édition). Paris: Dunod.
28. Corcos, M. (2011). *Le corps insoumis. Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. (2ème éd.). Paris: Dunod.
29. Corcos, M., Atger, F., & Jeammet, P. (2003). Évolution des approches compréhensives des troubles des conduites alimentaires. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 161(8), 621-629. <http://doi.org/10.1016/j.amp.2003.08.006>
30. Cotton, M.-A., Ball, C., & Robinson, P. (2003). Four simple questions can help screen for eating disorders. *Journal of General Internal Medicine*, 18(1), 53-56.

31. Crow, S. J., Thuras, P., Keel, P. K., & Mitchell, J. E. (2002). Long-term menstrual and reproductive function in patients with bulimia nervosa. *The American journal of psychiatry*, *159*(6), 1048-1050.
32. Davis, C. M., Yarber, W. L., Bauserman, R., Schreer, G. E., & Davis, S. L. (2004). *Handbook of Sexuality-Related Measures* (1 edition). Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications, Inc.
33. Dayan, J., Andro, G., & Dugnat, M. (2003). *Psychopathologie de la périnatalité* (Nouvelle). Paris: Editions Masson.
34. De Souza, M. J., Leidy, H. J., O'Donnell, E., Lasley, B., & Williams, N. I. (2004). Fasting ghrelin levels in physically active women: relationship with menstrual disturbances and metabolic hormones. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *89*(7), 3536-3542. <http://doi.org/10.1210/jc.2003-032007>
35. ESHRE Capri Workshop Group. (2006). Nutrition and reproduction in women. *Human Reproduction Update*, *12*(3), 193-207. <http://doi.org/10.1093/humupd/dmk003>
36. Expertise collective Inserm : Etudes d'évaluation de l'approche cognitivo-comportementale. (2004). Inserm.
37. Fairburn, C., & Garner, D. (1986). The diagnosis of bulimia. In *Int J Eat Disord.* (Vol. 5, p. 403-419).
38. Fairburn, C. G., Cooper, Z., Bohn, K., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Palmer, R. L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(8), 1705-1715. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.010>
39. Fairburn, C. G., & Welch, S. L. (1990). The impact of pregnancy on eating habits and attitudes to shape and weight. *International Journal of Eating Disorders*, *9*(2), 153-160. [http://doi.org/10.1002/1098-108X\(199003\)9:2<153::AID-EAT2260090204>3.0.CO;2-8](http://doi.org/10.1002/1098-108X(199003)9:2<153::AID-EAT2260090204>3.0.CO;2-8)
40. Fairburn, C., & Harrison, P. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, *361*(9355), 407-416. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)
41. Fassino, S., Garzaro, L., Pierò, A., Daga, G. A., & Bulik, C. (2003). Eating behaviors and attitudes in women with infertility: a controlled study. *The International journal of eating disorders*, *33*(2), 178-184. <http://doi.org/10.1002/eat.10125>
42. Fassino, S., Pierò, A., Boggio, S., Piccioni, V., & Garzaro, L. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Human reproduction (Oxford, England)*, *17*(11), 2986-2994.
43. Faure-Pragier, S. (1999). Le désir d'enfant comme substitut du pénis manquant : une théorie stérile de la féminité. In *Clés pour le féminin. Femme, mère, amante, fille*. Puf.
44. Faure-Pragier, S. (2003). *Les bébés de l'inconscient. Le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui*. (Presses Universitaires de France).
45. Favaro, A., Santonastaso, P., Manara, R., Bosello, R., Bommarito, G., Tenconi, E., & Di Salle, F. (2012). Disruption of visuospatial and somatosensory functional connectivity in anorexia nervosa. *Biological Psychiatry*, *72*(10), 864-870. <http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.04.025>

46. First, M. B., Reed, G. M., Hyman, S. E., & Saxena, S. (2015). The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry, 14*(1), 82-90. <http://doi.org/10.1002/wps.20189>
47. Franko, D. L., Blais, M. A., Becker, A. E., Delinsky, S. S., Greenwood, D. N., Flores, A. T., ... Herzog, D. B. (2001). Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *The American journal of psychiatry, 158*(9), 1461-1466.
48. Franko, D. L., & Spurrell, E. B. (2000). Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Obstetrics and gynecology, 95*(6 Pt 1), 942-946.
49. Freizinger, M., Franko, D. L., Dacey, M., Okun, B., & Domar, A. D. (2010). The prevalence of eating disorders in infertile women. *Fertility and sterility, 93*(1), 72-78. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.09.055>
50. Freud, S. (1911). *Formulation sur les deux principes du fonctionnement psychique*.
51. Freud, S. (2010) (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
52. Freud, S. (2012) (1914). *Pour introduire le narcissisme*. Paris: Payot.
53. Furukawa, A. P., Patton, P. E., Amato, P., Li, H., & Leclair, C. M. (2012). Dyspareunia and sexual dysfunction in women seeking fertility treatment. *Fertility and Sterility, 98*(6), 1544-1548.e2. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.08.011>
54. Galimberti, E., Martoni, R. M., Cavallini, M. C., Erzegovesi, S., & Bellodi, L. (2012). Motor inhibition and cognitive flexibility in eating disorder subtypes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 36*(2), 307-312. <http://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2011.10.017>
55. Garcia, F. D., Grigioni, S., Chelali, S., Meyrignac, G., Thibaut, F., & Dechelotte, P. (2010). Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry, 11*(7), 888-893. <http://doi.org/10.3109/15622975.2010.483251>
56. HAS. (2010). Anorexie mentale: prise en charge.
57. Hebebrand, J., Albayrak, Ö., Adan, R., Antel, J., Dieguez, C., de Jong, J., ... Dickson, S. L. (2014). « Eating addiction », rather than « food addiction », better captures addictive-like eating behavior. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 47*, 295-306. <http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.08.016>
58. Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders, 34*(4), 383-396. <http://doi.org/10.1002/eat.10222>
59. Hölzle, C., & Wirtz, M. A. (2001). *Fragebogen zum Kinderwunsch*.
60. Houzel, D. (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Ramonville-Saint-Agne France: Eres.
61. Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr., H. G., & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry, 61*(3), 348-358. <http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>

62. Jeammet, P. (1998). Vers une clinique de la dépendance. Approche psychanalytique. In *Dépendance et conduites de consommation* (p. 429-448). Padieu R.
63. Jenkins, P. E., Hoste, R. R., Meyer, C., & Blissett, J. M. (2011). Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clinical Psychology Review, 31*(1), 113-121. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.08.003>
64. Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Childhood Adversities Associated With Risk for Eating Disorders or Weight Problems During Adolescence or Early Adulthood. *American Journal of Psychiatry, 159*(3), 394-400. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.394>
65. Katz, M. G., & Vollenhoven, B. (2000). The reproductive endocrine consequences of anorexia nervosa. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology, 107*(6), 707-713.
66. Kestemberg, É. (1962). *L'Identité et l'identification chez les adolescents: Problèmes théoriques et techniques*. S. l., pays inconnu: .
67. Kestemberg, E., Kestemberg, J., & Decobert, S. (1977). *La faim et le corps* (Presses Universitaires de France).
68. Kohmura, H., Miyake, A., Aono, T., & Tanizawa, O. (1986). Recovery of reproductive function in patients with anorexia nervosa: a 10-year follow-up study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology, 22*(5-6), 293-296.
69. Kreipe, R. E., Strauss, J., Hodgman, C. H., & Ryan, R. M. (1989). Menstrual cycle abnormalities and subclinical eating disorders: a preliminary report. *Psychosomatic medicine, 51*(1), 81-86.
70. Lamas, C., Chambry, J., Nicolas, I., Frydman, R., Jeammet, P., & Corcos, M. (2006). Alexithymia in infertile women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 27*(1), 23-30.
71. Lamas, C., Nicolas, I., Alvarez, L., Hoffmann, M., Buisson, G., Gérardin, P., ... Corcos, M. (2014). Troubles des conduites alimentaires maternels en période périnatale : un enjeu de prévention des troubles précoces du développement et de la parentalité.
72. Lang, K., Lopez, C., Stahl, D., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2014). Central coherence in eating disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry, 15*(8), 586-598. <http://doi.org/10.3109/15622975.2014.909606>
73. Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5ème édition). PUF.
74. Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, K., ... Dunbar, G. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry, 12*(5), 224-231. [http://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83296-8](http://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83296-8)
75. Lemler, D. (2009). Les stérilités inexplicées existent-elles ? *Mises à jour en gynécologie médicale - Trente-troisièmes Journées nationales du CNGOF, 33-44*.
76. Léonard, T. (2007). Thérapies comportementales et cognitives de l'anorexie mentale. *Nutrition Clinique et Métabolisme, 21*(4), 172-178. <http://doi.org/10.1016/j.nupar.2007.10.005>

77. Léonard, T., Foulon, C., & Guelfi, J.-D. (2005). Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. *EMC - Psychiatrie*, 2(2), 1-21. [http://doi.org/10.1016/S0246-1072\(05\)28843-0](http://doi.org/10.1016/S0246-1072(05)28843-0)
78. Luck, A. J., Morgan, J. F., Reid, F., O'Brien, A., Brunton, J., Price, C., ... Lacey, J. H. (2002). The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 325(7367), 755-756.
79. Maître, C. (2013). Les troubles du cycle de la sportive. Diagnostic et prise en charge. *Science & Sports*, 28(2), 97-102. <http://doi.org/10.1016/j.scispo.2013.01.005>
80. Marcelli, D. (2009). *Enfance et psychopathologie* (Masson).
81. Marcelli, D. (2010). Sexualité des enfants en âge de latence. Entre éducation et séduction : quel destin pour les pulsions ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 58(1-2), 60-63. <http://doi.org/10.1016/j.neurenf.2009.06.012>
82. Marcelli, D., & Braconnier, A. (2008). *Adolescence et psychopathologie* (7ème éd.). Elsevier Masson.
83. Masterson, J. F. (1967). *Psychiatric Dilemma Of Adolescence*. Boston: Little, Brown.
84. Mathieu, S. (2013). *L'enfant des possibles* (1^{re} éd.). Éditions de l'Atelier.
85. Mazzei, C., Castellini, G., Benni, L., Godini, L., Lazzeretti, L., Pracucci, C., ... Faravelli, C. (2011). [Sexuality and eating disorders]. *Rivista di psichiatria*, 46(2), 122-128. <http://doi.org/10.1708/626.7312>
86. Meule, A., & Gearhardt, A. N. (2014). Food addiction in the light of DSM-5. *Nutrients*, 6(9), 3653-3671. <http://doi.org/10.3390/nu6093653>
87. Monteleone, P., Di Lieto, A., Tortorella, A., Longobardi, N., & Maj, M. (2000). Circulating leptin in patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa or binge-eating disorder: relationship to body weight, eating patterns, psychopathology and endocrine changes. *Psychiatry Research*, 94(2), 121-129.
88. Morgan, C. D., Wiederman, M. W., & Pryor, T. L. (1995). Sexual functioning and attitudes of eating-disordered women: a follow-up study. *Journal of sex & marital therapy*, 21(2), 67-77. <http://doi.org/10.1080/00926239508404386>
89. Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ (Clinical research ed.)*, 319(7223), 1467-1468.
90. Nandrino, J.-L., Berna, G., Hot, P., Dodin, V., Latrée, J., Decharles, S., & Sequeira, H. (2012). Cognitive and physiological dissociations in response to emotional pictures in patients with anorexia. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(1), 58-64. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.11.003>
91. Nannini, M., Perrone, R., & Madanes, C. (2012). *Violence et abus sexuels dans la famille : Une vision systématique de conduites sociales violentes* (5e édition revue et augmentée). Issy-les-Moulineaux: ESF Editeur.
92. Nicolas, I., Chabert, C., Daubech, J.-F., Giuffrida, A., Guyomard, P., Karila, S., ... Squires, C. (2009). *Désirs d'enfant*. Puf.
93. OMS. (s. d.). Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes.

94. Palazzoli, M. S. (1996). *Self-starvation: From Individual to Family Therapy in the Treatment of Anorexia Nervosa*. J. Aronson.
95. Perry, L., Morgan, J., Reid, F., Brunton, J., O'Brien, A., Luck, A., & Lacey, H. (2002). Screening for symptoms of eating disorders: reliability of the SCOFF screening tool with written compared to oral delivery. *The International journal of eating disorders*, 32(4), 466-472. <http://doi.org/10.1002/eat.10093>
96. Phillips, K. A., Hart, A. S., Simpson, H. B., & Stein, D. J. (2014). Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: recommendations for DSM-5. *CNS Spectrums*, 19(1), 10-20. <http://doi.org/10.1017/S1092852913000266>
97. *Quand la fertilité décroche*. (s. d.). Consulté à l'adresse <http://www.universcience.tv/video-quand-la-fertilite-decroche-1171.html?source=facebook>
98. Racamier, P.-C. (1963). La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum, 28(4).
99. Racamier, P.-C. (1991). Autour de l'inceste, (7).
100. Ragni, G., Mosconi, P., Baldini, M. P., Somigliana, E., Vegetti, W., Caliarì, I., & Nicolosi, A. E. (2005). Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples. *Human Reproduction*, 20(5), 1286-1291. <http://doi.org/10.1093/humrep/deh788>
101. Rashidi, B., Montazeri, A., Ramezanzadeh, F., Shariat, M., Abedinia, N., & Ashrafi, M. (2008). Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *BMC Health Services Research*, 8(1), 186. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-8-186>
102. Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C., & Robaye, E. (1989). Validation de la version française du H.A.D.S. dans une population de patients cancéreux hospitalisés. *Revue de psychologie appliquée (Paris)*, 39(4), 295-307.
103. Razon, L. (2013). Le lien mère-fille dans l'inceste : violence et répétition. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(2), 101-105. <http://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.12.003>
104. Resch, M., Nagy, G., Pintér, J., Szendei, G., & Haász, P. (1999). Eating disorders and depression in Hungarian women with menstrual disorders and infertility. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 20(3), 152-157.
105. Rodin, J., Silberstein, L., & Striegel-Moore, R. (1984). Women and weight: a normative discontent. *Nebraska Symposium on Motivation. Nebraska Symposium on Motivation*, 32, 267-307.
106. Rodríguez, S., Mata, J. L., Lameiras, M., Fernández, M. C., & Vila, J. (2007). Dyscontrol evoked by erotic and food images in women with bulimia nervosa. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 15(3), 231-239. <http://doi.org/10.1002/erv.724>
107. Rousseau, A., Knotter, A., Barbe, P., Raich, R., & Chabrol, H. (2005). [Validation of the French version of the Body Shape Questionnaire]. *L'Encéphale*, 31(2), 162-173.
108. Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(3), 429-448.

109. Sbaragli, C., Morgante, G., Goracci, A., Hofkens, T., De Leo, V., & Castrogiovanni, P. (2008). Infertility and psychiatric morbidity. *Fertility and Sterility*, 90(6), 2107-2111. <http://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.10.045>
110. Schaeffer, J. (1998). *Le refus du féminin* (puf).
111. Schieber, K., Kollei, I., de Zwaan, M., & Martin, A. (2015). Classification of body dysmorphic disorder - what is the advantage of the new DSM-5 criteria? *Journal of Psychosomatic Research*, 78(3), 223-227. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.01.002>
112. Schneider, J. E. (2004). Energy balance and reproduction. *Physiology & Behavior*, 81(2), 289-317. <http://doi.org/10.1016/j.physbeh.2004.02.007>
113. Schover, L. R., Friedman, J. M., Weiler, S. J., Heiman, J. R., & LoPiccolo, J. (1982). Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions: an alternative to DSM-III. *Archives of General Psychiatry*, 39(5), 614-619.
114. Sifer, C., Poncelet, C., & Collectif. (2011). *Physiologie, pathologie et thérapie de la reproduction chez l'humain*. Paris: Springer Verlag France.
115. Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414. <http://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
116. Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders: *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 543-548. <http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a24f>
117. Squires, C. (2012). *La folie du ventre. Corps de femme, corps de mère*. CampagnePremière.
118. Stewart, D. E. (1992). Reproductive functions in eating disorders. *Annals of medicine*, 24(4), 287-291.
119. Stewart, D. E., Robinson, E., Goldbloom, D. S., & Wright, C. (1990). Infertility and eating disorders. *American journal of obstetrics and gynecology*, 163(4 Pt 1), 1196-1199.
120. Stoléru, S., Teglas, J. P., Spira, A., Magnin, F., & Fermanian, J. (1996). Psychological characteristics of infertile patients: discriminating etiological factors from reactive changes. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 17(2), 103-118.
121. Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *The American Journal of Psychiatry*, 157(3), 393-401.
122. Strober, M., Peris, T., & Steiger, H. (2014). The plasticity of development: How knowledge of epigenetics may advance understanding of eating disorders: Origin Of Maturational Phenotypes Underlying Ed. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 696-704. <http://doi.org/10.1002/eat.22322>
123. Talmor, A., & Dunphy, B. (s. d.). Female Obesity and Infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. <http://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.10.014>

124. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. (1995). *Social Science & Medicine (1982)*, 41(10), 1403-1409.
125. Tovmassian, L. T. (2014). Processus traumatique dans la période de latence, exil de la tendresse. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62(4), 244-248. <http://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.11.013>
126. Vénisse, J.-L. (2012). Introduction. In J.-L. V. Grall-Bronnec (Éd.), *Prévenir et Traiter les Addictions Sans Drogue : un Défi Social* (p. XIII-XX). Paris: Elsevier Masson.
127. Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaijmaat, F. W., & Braat, D. D. M. (2006). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13(1), 27-36. <http://doi.org/10.1093/humupd/dml040>
128. Wade, G. N., & Jones, J. E. (2004). Neuroendocrinology of nutritional infertility. *American Journal of Physiology - Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 287(6), R1277-R1296. <http://doi.org/10.1152/ajpregu.00475.2004>
129. Wang, J. X., Davies, M., & Norman, R. J. (2000). Body mass and probability of pregnancy during assisted reproduction treatment: retrospective study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 321(7272), 1320-1321.
130. Welt, C. K., Chan, J. L., Bullen, J., Murphy, R., Smith, P., DePaoli, A. M., ... Mantzoros, C. S. (2004). Recombinant Human Leptin in Women with Hypothalamic Amenorrhea. *New England Journal of Medicine*, 351(10), 987-997. <http://doi.org/10.1056/NEJMoa040388>
131. Wentz, E., Gillberg, I. C., Anckarsäter, H., Gillberg, C., & Råstam, M. (2009). Reproduction and offspring status 18 years after teenage-onset anorexia nervosa--a controlled community-based study. *The International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 483-491. <http://doi.org/10.1002/eat.20664>
132. Wiederman, M. W., Pryor, T., & Morgan, C. D. (1996). The sexual experience of women diagnosed with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 19(2), 109-118. [http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199603\)19:2<109::AID-EAT1>3.0.CO;2-R](http://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199603)19:2<109::AID-EAT1>3.0.CO;2-R)
133. Winnicott, D. W. (2012) (1958). *La capacité d'être seul*. Paris: Payot.
134. Winnicott, D. W., Monod, C., & Pontalis, J.-B. (2002) (1951). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.
135. Wischmann, T. H. (2003). Psychogenic infertility--myths and facts. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 20(12), 485-494.
136. Wischmann, T. H. (2010). Sexual disorders in infertile couples. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(5), 1868-1876. <http://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01717.x>
137. Wischmann, T., Scherg, H., Strowitzki, T., & Verres, R. (2009). Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counselling. *Human reproduction (Oxford, England)*, 24(2), 378-385. <http://doi.org/10.1093/humrep/den401>
138. Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the « Heidelberg Fertility Consultation Service ». *Human reproduction (Oxford, England)*, 16(8), 1753-1761.

139. Wylomanski, S., Bouquin, R., Philippe, H.-J., Poulin, Y., Hanf, M., Dréno, B., ... Quéreux, G. (2014). Psychometric properties of the French Female Sexual Function Index (FSFI). *Quality of Life Research, 23*(7), 2079-2087. <http://doi.org/10.1007/s11136-014-0652-5>
140. Zastrow, A., Kaiser, S., Stippich, C., Walther, S., Herzog, W., Tchanturia, K., ... Friederich, H.-C. (2009). Neural correlates of impaired cognitive-behavioral flexibility in anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry, 166*(5), 608-616. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050775>
141. Ziauddeen, H., & Fletcher, P. C. (2013). Is food addiction a valid and useful concept? *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity, 14*(1), 19-28. <http://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2012.01046.x>
142. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361-370.
143. Zorn, J.-R., & Savale, M. (2005). *Stérilité du couple* (2e édition). Paris: Elsevier Masson.

Annexes

Annexe 1 : Classification de la CIM-10 concernant l'anorexie mentale

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

Annexe 2 : Fiche concernant la procédure de l'étude 1 à destination des praticiens du centre de la reproduction

TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE : ETUDE DE PREVALENCE AUPRES D'UNE POPULATION DE FEMMES CONSULTANT POUR INFERTILITE

Madame, Monsieur,

A compter du **1^{er} avril 2013**, nous allons débiter une étude durant **neuf mois** au sujet de la **prévalence des troubles du comportement alimentaire (TCA) cliniques et sub-cliniques dans une population de femmes consultant pour infertilité (objectif principal de l'étude)**.

Cette étude constitue le premier volet d'une vaste étude sur les liens entre troubles du comportement alimentaire et infertilité, dans le cadre du master 2 de Mlle Mélanie Bruneau, interne en psychiatrie.

D'après les données de la littérature, le comportement alimentaire des femmes infertiles est plus souvent perturbé qu'en population générale. De plus, la maigreur est devenue plus fréquente chez les femmes âgées de 18 à 35 ans correspondant à la population de femmes justement en âge de procréer, et susceptibles de consulter pour infertilité. Cependant, peu de femmes souffrant de TCA informent spontanément leur médecin lors du bilan d'infertilité, avant de bénéficier des techniques d'aide médicale à la procréation (AMP).

Cette étude permettrait d'actualiser les données épidémiologiques et ainsi de proposer d'éventuelles mesures de dépistage et de prise en charge des TCA, à l'aide notamment d'un travail conjoint entre médecins de la reproduction et psychiatres.

L'**objectif secondaire** sera d'étudier la **qualité de vie des femmes infertiles selon qu'elles rapportent ou non des TCA**.

Concrètement, chaque praticien du service de Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction (BMDR) devra, lors de sa consultation, présenter une **information orale claire** concernant cette étude et **remettre un exemplaire de la note d'information à toutes les patientes consultant pour infertilité du 1^{er} avril au 31 décembre 2013** et répondant aux **critères d'inclusion** :

- Femme
- Majeure
- Vivant en couple
- Infertile (critères de l'OMS)
- Consultant dans le service de BMDR pour une AMP
- Ayant une bonne compréhension du français, sachant lire et écrire
- Acceptant de participer à l'étude

Les **critères d'exclusion** sont :

- Grossesse au moment de l'évaluation (méthode d'AMP ayant réussi)
- Troubles des fonctions supérieures (troubles cognitifs sévères ou confusion) ou psychotiques (hallucinations, syndrome délirant) pouvant interférer avec l'étude
- Majeure protégée (tutelle, curatelle)

Le **consentement** doit être **recueilli et notifié dans le dossier de la patiente** par l'intermédiaire **d'une étiquette autocollante fournie à cet effet sur laquelle il suffit de noter la date et cocher « accord » ou « refus » avec signature du praticien.**

Ensuite, le praticien pourra **remettre le cahier d'observation** contenant un questionnaire sur des données sociodémographiques, un auto-questionnaire court de dépistage de TCA et un questionnaire au sujet de la qualité de vie des femmes infertiles

Les patientes pourront **remplir le questionnaire juste après la consultation et le remettre aux secrétaires du service de BMDR**, dans une enveloppe remise à cet effet. Toutefois, en cas d'impossibilité de le remplir sur place, une enveloppe pré affranchie adressée au service de BMDR du CHU de Nantes sera à leur disposition afin de le remplir à leur domicile pour ensuite le renvoyer.

Ne pas oublier de remplir, en fin de consultation avec la patiente, la feuille qui comptabilise les refus, accords, patiente éligible mais oubli... en mettant un petit bâton dans la case correspondant.

Chaque patiente sera évaluée une unique fois et cette étude est totalement anonyme.

Le nombre de sujet nécessaire est de 195 femmes afin de permettre l'obtention de résultats significatifs pouvant ainsi nous guider ensuite sur la pratique clinique.

Un exemplaire du protocole détaillé de l'étude est mis à votre disposition au secrétariat du service de BMDR.

Mlle Mélanie Bruneau passera régulièrement dans le service afin de récolter les questionnaires, elle sera bien-entendu disponible pour répondre aux éventuelles questions ou remarques.

Nous comptons sur vous !

En vous remerciant sincèrement de votre participation à cette étude et de votre implication pour le bon déroulement, nous restons à votre disposition pour des informations complémentaires si besoin.

Docteur Marie Grall-Bronnec

Mlle Mélanie Bruneau, interne en psychiatrie

Annexe 3 : Note d'information pour la participation à la recherche de l'étude 1 à l'attention des patientes

Note d'information pour la participation à la recherche

« Troubles du comportement alimentaire : étude de prévalence auprès d'une population de femmes consultant pour infertilité »

Titre abrégé : « trouble du comportement alimentaire et infertilité »

Investigateur Coordonnateur ou personne qui dirige et surveille la réalisation de la recherche :

Dr Marie GRALL-BRONNEC

1/ Service d'Addictologie / Unité d'Investigation Clinique (UIC) 18 « Addictions Comportementales »

Hôpital St Jacques - Bât. L. Philippe - 85, rue St Jacques - 44093 Nantes cedex 1

Tel : 02 40 84 76 19 - Fax : 02 40 84 61 18

2/ EA 4275 « Biostatistique, Pharmacoépidémiologie et Mesures Subjectives en Santé »

Mail : marie.bronnec@chu-nantes.fr

Responsable de la recherche

CHU de Nantes
de l'île Gloriette, 44093, NANTES
Secrétariat de direction de la recherche
(secrétariat de la direction de la recherche)

Nom :

Adresse : 5, allée

Principaux contacts :

Téléphone : 02 53 48 28 35

Ce document est remis à la patiente

Madame,

Le service d'addictologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Nantes effectue une recherche auprès de patientes consultant pour infertilité dans le Service de Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction, entre le 1er avril 2013 et le 31 décembre 2013.

L'objectif de cette recherche est :

- Mesurer la fréquence des troubles du comportement alimentaire parmi les femmes consultant pour infertilité dans le service de Biologie et médecine du développement et de la reproduction,
- D'étudier la qualité de vie de ces femmes.

Pour cela, lors de votre consultation, votre médecin vous remettra un questionnaire que vous pourrez remplir juste après la consultation et le déposer aussitôt au secrétariat dans une enveloppe cachetée, ou que vous pourrez remplir chez vous et nous ré-adresser grâce à une enveloppe pré-affranchie que nous mettons à votre disposition. Ce questionnaire concerne votre comportement alimentaire ainsi que vos conditions et qualité de vie. Le questionnaire est totalement anonyme.

Cette recherche ne présente pas de risque pour votre santé. Les résultats qui en seront issus ne permettront pas d'apporter des informations pertinentes pour votre santé en particulier. Elle favorisera le développement des connaissances dans le domaine de la santé et permettra ainsi de proposer des mesures de dépistage et de prise en charge des troubles du comportement alimentaire.

Votre médecin pourra vous informer, sur votre demande, des résultats globaux de cette recherche.

Pour être menée à bien, cette recherche nécessite la mise en œuvre d'un traitement informatisé de vos données personnelles afin de permettre d'analyser les résultats. Un fichier informatique comportant vos données va donc être constitué, il restera totalement anonyme.

Conformément à la loi, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données enregistrées sur informatique, à tout moment, par l'intermédiaire de votre médecin. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées et d'être traitées dans le cadre de cette recherche. Vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès du Docteur mentionné au début de ce document

Ce projet, ainsi que le présent document, ont été présentés au Groupe Nantais d'éthique dans le domaine de la santé GNEDS.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à la recherche qui vous est présentée. Votre décision ne portera aucun préjudice à la qualité de votre prise en charge. Si vous refusez de participer, les données ne seront pas utilisées pour cette recherche et resteront destinées à l'usage strict du soin.

Le médecin qui vous a proposé la recherche et vous a donné oralement toutes les informations nécessaires peut répondre à toutes vos questions.

Annexe 4 : Cahier d'observation de l'étude 1 à l'attention des patientes

CAHIER D'OBSERVATION

Nous vous remercions de bien vouloir répondre à toutes les questions et de rendre ce questionnaire à votre médecin.

Age : _____ ans

Avez-vous déjà eu un/plusieurs enfants : oui non

Depuis combien de temps êtes-vous suivie pour vos problèmes d'infertilité ? _____

Statut marital :

1. Célibataire
2. Mariée, pacsée ou en concubinage
3. Séparée ou divorcée
4. Veuve
5. Autre

Diplôme le plus élevé obtenu :

1. Aucun
2. Fin du primaire
3. BEPC ou équivalent (fin du collège)
4. CAP / BEP ou équivalent (2 ans après le collège)
5. Baccalauréat général ou professionnel ou équivalent
6. Diplôme d'études supérieures (après le bac)
7. Autre

Statut professionnel actuel :

1. Active
2. Inactive – au chômage
3. Inactive – en invalidité ou longue maladie (>6mois)
4. Inactive – à la retraite
5. Inactive – étudiant
6. Autre

Quel est votre poids actuel : _____ kg

Quelle est votre taille actuelle : _____ m

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

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

Quel serait votre poids idéal : _____ kg

Avez-vous déjà été suivie pour des troubles du comportement alimentaire (*anorexie ou boulimie*) : oui non

Avez-vous déjà eu des périodes où vos règles avaient disparu ou étaient très irrégulières (*en dehors d'une éventuelle grossesse ou de la prise d'une contraception orale*) : oui non

Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ? oui non

Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ? oui non

Avez-vous récemment perdu plus de six kilos en trois mois ? oui non

Pensez-vous que vous êtes grosse alors que d'autres vous trouvent trop mince ? oui non

Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ? oui non

Pour chaque question, veuillez cocher la case (☒) correspondant à la réponse qui reflète le mieux vos pensées et vos sentiments.

Vos réponses doivent indiquer vos pensées et sentiments **actuels**.

Certaines questions peuvent concerner votre vie privée, mais elles sont importantes pour tenir compte de tous les aspects de votre vie.

Répondez aux questions portant un astérisque (*) uniquement si vous êtes en couple.

		Très mauvais	Mauvais	Ni bon ni mauvais	Bon	Très bon
A	Quel est votre état de santé, d'après vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Très insatisfaite	Insatisfaite	Ni satisfaite, ni insatisfaite	Satisfaite	Très satisfaite
B	Etes-vous satisfaite de votre qualité de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Complètement	Beaucoup	Modérément	Peu	Pas du tout
Q1	Vos pensées sur l'infertilité vous posent-elles des problèmes d'attention et de concentration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2	Pensez-vous que vous ne pouvez pas poursuivre d'autres objectifs de vie du fait de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3	Vous sentez-vous épuisée à cause de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4	Vous sentez-vous capable de faire face à vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Très insatisfaite	Insatisfaite	Ni satisfaite, ni insatisfaite	Satisfaite	Très satisfaite
Q5	Etes-vous satisfaite du soutien que vous recevez de vos amis au sujet de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q6	Etes-vous satisfaite de vos relations sexuelles même si vous avez des problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Toujours	Très souvent	Assez souvent	Rarement	Jamais
Q7	Vos problèmes de fertilité vous font-ils ressentir de la jalousie ou du ressentiment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8	Ressentez-vous de la douleur ou un sentiment de perte en raison du fait que vous ne pouvez pas avoir d'enfant (ou d'autres enfants) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q9	Oscillez-vous entre l'espoir et le désespoir à cause de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q10	Etes-vous isolée socialement à cause de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>				
*Q11	Vous témoignez-vous de l'affection au sein de votre couple même si vous avez des problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>				
Q12	Vos problèmes de fertilité ont-ils des conséquences sur votre travail ou vos obligations quotidiennes ?	<input type="checkbox"/>				
Q13	Vous sentez-vous gênée d'assister à des réunions de famille ou d'amis, comme des vacances ou des fêtes, à cause de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>				
Q14	Pensez-vous que votre famille comprend ce que vous vivez ?	<input type="checkbox"/>				
		Extrêmement	Beaucoup	Modérément	Peu	Pas du tout
*Q15	Vos problèmes de fertilité vous ont-ils rapprochée de votre compagnon ?	<input type="checkbox"/>				
Q16	Vous sentez-vous triste et déprimée à cause de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>				
Q17	Vos problèmes de fertilité vous placent-ils dans une position d'infériorité par rapport aux personnes qui ont des enfants ?	<input type="checkbox"/>				
Q18	Ressentez-vous de la fatigue à cause de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>				
*Q19	Vos problèmes de fertilité ont-ils eu un effet négatif sur votre relation de couple ?	<input type="checkbox"/>				
*Q20	Trouvez-vous difficile d'exprimer à votre compagnon vos sentiments liés à vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>				
*Q21	Etes-vous satisfaite de votre relation de couple même si vous avez des problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>				
Q22	Ressentez-vous une pression sociale pour avoir des enfants (ou avoir plus d'enfants) ?	<input type="checkbox"/>				
Q23	Vos problèmes de fertilité vous mettent-ils en colère ?	<input type="checkbox"/>				
Q24	Ressentez-vous de la douleur physique à cause de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>				

Annexe 5 : Avis du CPP concernant la deuxième étude

PÔLE DIRECTION GÉNÉRALE ET STRATÉGIE

5, allée de l'Île-Gloriette
44093 Nantes cedex 1
T. 02 40 08 72 42
F. 02 40 08 71 57
direction.generale@chu-nantes.fr

DIRECTEUR GÉNÉRAL
Christiane Coudrier

DIRECTEUR GÉNÉRAL ADJOINT
Hubert Jaspard

**COMMUNICATION
ET AFFAIRES GÉNÉRALES**
Marie Lapostolle
DIRECTRICE

T. 02 40 08 72 42
F. 02 40 08 71 57

**AFFAIRES MÉDICALES
ET RECHERCHE**
Sandrine Delage
DIRECTRICE

T. 02 40 08 72 45
F. 02 40 08 71 58

PLAN
Cécile Jaglin-Grimonprez
DIRECTRICE

T. 02 40 08 72 28
F. 02 40 08 72 33

USAGERS, RISQUES ET QUALITÉ
Benjamin Lapostolle
DIRECTEUR

T. 02 40 08 70 90
F. 02 40 08 70 64



Madame le Docteur Marie GRALL-BRONNEC
Pôle Universitaire d'addictologie et de Psychiatrie
Hôpital Saint Jacques – Pavillon Louis Philippe
44093 Nantes cedex

Objet : Autorisation à débiter les inclusions
Affaire suivie par
Alexandra JOBERT
Direction des affaires médicales et de la recherche
Direction de la recherche
Département promotion
Tél. 02.53.48.28.34
Fax 02.53.48.28.36
RC13_0449

Nantes, le 29/01/2014

Madame le Docteur,

Les démarches administratives auprès de l'assureur, du Comité de Protection des Personnes et de l'autorité compétente ayant été accomplies, et la visite de mise en place ayant eu lieu le 18/12/2013, le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, en tant que promoteur de l'essai RC13_0449

« Etude monocentrique, transversale, contrôlée, non randomisée, portant sur le désir d'enfant et les troubles du comportement alimentaire d'une population de femmes infertiles »

autorise le début des inclusions pour l'essai suscité à compter du 29/01/2014.

Nous vous prions de croire, Madame le Docteur, en l'assurance de notre considération la meilleure.

Sandrine GARDES,
Coordinatrice de la gestion de projets

Annexe 6 : Fiche concernant la procédure de l'étude 2 à destination des praticiens

ETUDE MONOCENTRIQUE, TRANSVERSALE, CONTROLEE, NON RANDOMISEE, PORTANT SUR LE DESIR D'ENFANT ET LES TCA D'UNE POPULATION DE FEMMES INFERTILES

Madame, Monsieur,

A compter de **janvier 2014**, une étude est mise en place dans votre service, dont **le recrutement durera 5 mois**. Cette étude constitue le deuxième volet d'une vaste étude sur les liens entre troubles du comportement alimentaire et infertilité.

Vous trouverez dans ce dossier spécifique de l'étude **les pochettes avec les documents nécessaires (une pochette par patiente incluse)**. Je rappelle ici les grandes lignes pour le déroulement de l'inclusion.

Concrètement, chaque praticien devra, lors de sa consultation, présenter une **information orale claire** concernant cette étude (et notamment la possibilité d'un rappel téléphonique) et **remettre la note d'information à toutes les patientes consultant pour infertilité** et répondant aux **critères d'inclusion** :

- Femme
- Majeure
- Vivant en couple
- Infertile (critères de l'OMS)
- Consultant dans le service de BMDR pour une AMP
- Ayant une bonne compréhension du français, sachant lire et écrire
- Acceptant de participer à l'étude

Les **critères d'exclusion** sont :

- Homme
- Mineure
- Grossesse au moment de l'évaluation (AMP ayant réussi)
- Infertilité exclusive du conjoint

La patiente doit **signer l'attestation de consentement**, dont un exemplaire lui sera remis (le second exemplaire restera dans la pochette patiente). L'information et le recueil du consentement doivent également être **notifiés**

dans le dossier de la patiente par l'intermédiaire **d'une étiquette autocollante fournie à cet effet**. **La fiche avec les critères d'inclusion et d'exclusion** présente dans chaque pochette doit également être complétée.

Ensuite, le praticien pourra **remettre le cahier d'observation** avec **le formulaire de contact**. Les patientes pourront **remplir les remplir juste après la consultation et les remettre aux secrétaires du service de BMDR**. Toutefois, en cas d'impossibilité de le remplir sur place, une enveloppe pré affranchie adressée au service de BMDR du CHU de Nantes sera à leur disposition afin de le remplir à leur domicile pour ensuite le renvoyer.

Vous n'avez pas à compléter les données biologiques ni le formulaire d'inclusion, Mélanie Bruneau le fera lors de son passage dans le service.

Enfin, merci de **remettre la pochette de chaque patiente incluse dans le carton prévu à cette effet qui se situe au secrétariat**.

Le nombre de sujet nécessaire est de 200 femmes afin de permettre l'obtention de résultats significatifs pouvant ainsi nous guider ensuite sur la pratique clinique.

Un **exemplaire du protocole détaillé de l'étude** est mis à votre disposition au secrétariat du service de BMDR, dans le classeur investigateur.

Mlle Mélanie Bruneau passera très régulièrement dans le service afin de récolter les questionnaires, elle sera bien-entendu disponible pour répondre aux éventuelles questions ou remarques.

Nous comptons sur vous !

En vous remerciant sincèrement de votre participation à cette étude et de votre implication pour le bon déroulement, nous restons à votre disposition pour des informations complémentaires si besoin.

Docteur Marie Grall-Bronnec

Mlle Mélanie Bruneau, interne en psychiatrie

Annexe 7 : Note d'information pour la participation à la recherche concernant l'étude 2 à l'attention des patientes

Note d'information pour la participation à la recherche

« Etude monocentrique, transversale, contrôlée, non randomisée, portant sur le désir d'enfant et les troubles du comportement alimentaire d'une population de femmes infertiles »

Promoteur : CHU de Nantes

N° Enregistrement : 2013-A01618-37

Madame, Mademoiselle,

Dans le cadre de votre prise en charge, nous vous proposons de participer à une recherche biomédicale, menée par le service d'Addictologie du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, nommée « Etude hormono-clinique sur l'infertilité et les troubles du comportement alimentaire ». Cette recherche a pour but **d'évaluer le désir d'enfant en fonction de la présence ou non d'un trouble du comportement alimentaire.**

Le CHU de Nantes est le promoteur de cette recherche, c'est à dire qu'il en est responsable et qu'il l'organise.

COMMENT VOUS DECIDER ?

- Votre médecin-investigateur vous a donné des explications. Elles sont résumées dans ce document intitulé « note d'information ». Nous vous invitons à le lire attentivement avant de vous décider.
- Si vous décidez de participer à cette recherche, on vous demandera de signer une attestation de consentement. Cette attestation sera aussi signée par votre médecin. Cette signature confirmera que vous êtes d'accord pour participer à la recherche. Votre signature est indispensable, ainsi que celle du médecin. Même après avoir signé pour donner votre accord de participation, vous garderez le droit d'interrompre à tout moment votre participation sans avoir à vous justifier.

QUEL EST LE BUT DE CETTE RECHERCHE ? QUEL EST SON DEROULEMENT GENERAL ?

Les données recueillies ne seront pas traitées individuellement. En effet, les résultats qui en seront issus ne permettront pas d'apporter des informations pertinentes pour votre santé en particulier mais seront les résultats d'analyses de l'ensemble des questionnaires. **Les données des questionnaires ne seront en aucun cas transmises à votre médecin, et n'influenceront pas votre prise en charge.**

Cette étude favorisera le développement des connaissances dans le domaine de la santé et permettra ainsi de proposer des mesures de dépistage et de prise en charge des troubles du comportement alimentaire, mais aussi des difficultés psychologiques en lien avec l'infertilité.

QU'ARRIVERA-T-IL PENDANT LA RECHERCHE ? QU'AUREZ-VOUS A FAIRE ?

Votre accord pour participer à cette recherche demandera de votre part que vous vous engagiez pendant toute la durée de la recherche :

- à remplir un questionnaire :

Lors de votre consultation, votre médecin vous remettra un questionnaire que vous pourrez de préférence remplir juste après la consultation et le déposer aussitôt au secrétariat dans une enveloppe cachetée, ou que vous pourrez remplir chez vous et nous ré-adresser grâce à une enveloppe pré-affranchie que nous mettons à votre disposition. Il s'agit d'un questionnaire **qui ne nécessite pas plus de 20 minutes pour le remplir**, à propos de votre comportement alimentaire, du désir d'enfant, votre perception corporelle, votre sexualité ainsi que vos conditions et qualité de vie.

- à accepter d'être recontactée pour un entretien téléphonique

Si nous dépistons un éventuel trouble du comportement alimentaire dans les questionnaires que vous avez remplis, nous vous recontacterons, durant le mois qui suit, par téléphone, pour faire un entretien semi-structuré court afin de confirmer ou non ce diagnostic.

QUELS SONT LES RISQUES ?

Cette recherche ne présente aucun risque de plus que la prise en charge normale qui vous serait proposée si vous ne participiez pas à la recherche

QUELS SONT LES BENEFICES QUE VOUS POUVEZ ESPERER ?

Cette étude permettra d'avoir une meilleure connaissance des difficultés que vous rencontrez et ainsi optimiser votre prise en charge.

QUE SE PASSERA-T-IL A LA FIN DE LA RECHERCHE, SI LA RECHERCHE S'ARRETE OU SI VOUS DECIDEZ D'INTERROMPRE VOTRE PARTICIPATION ?

La recherche peut être interrompue à tout moment:

- par les autorités de santé,
- du fait du promoteur, le CHU de Nantes : si un élément nouveau survient, le médecin-investigateur en sera informé et il vous transmettra alors les éléments susceptibles de modifier votre participation.
- du fait du médecin-investigateur, pour des raisons médicales vous concernant : il peut décider à tout moment d'arrêter l'étude et vous en informera.
- par vous-même : si vous décidez de participer à cette recherche, il s'agira d'un acte volontaire. Vous pourrez à tout moment décider d'arrêter votre participation, sans pénalité ni préjudice. Dans ce cas, vous devez informer le médecin-investigateur de votre décision.

Quelle que soit la raison de votre interruption, le médecin-investigateur vous informera alors des mesures à suivre.

Dans tous les cas, la qualité de votre prise en charge ne sera pas diminuée.

AUREZ-VOUS DES FRAIS SUPPLEMENTAIRES ?

Votre participation à cette recherche n'engendrera pour vous **aucun frais supplémentaire** par rapport à ceux que vous auriez dans la prise en charge habituelle de cette maladie.

QUELS SONT VOS DROITS PENDANT LA RECHERCHE ?

❖ **SECRET PROFESSIONNEL**

Le personnel impliqué dans la recherche est soumis au secret professionnel, tout comme votre médecin traitant.

❖ **ACCES AUX DONNEES VOUS CONCERNANT - TRAITEMENT DES DONNEES**

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre : cela permettra d'analyser les résultats de la recherche et de remplir l'objectif de la recherche.

Pour cela, les données médicales vous concernant (et les données relatives à vos habitudes de vie), seront transmises au Promoteur de la recherche (CHU de Nantes) ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte. Ces données seront identifiées par un numéro de code et vos initiales.

Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités sanitaires habilitées. Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi modifiée du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Ces droits s'exercent auprès du médecin-investigateur qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique.

❖ **ACCES AUX RESULTATS GLOBAUX DE LA RECHERCHE**

A la fin de la recherche biomédicale, et à votre demande, vous pourrez être informé(e) par le médecin-investigateur des résultats globaux de cette recherche (dès qu'ils seront disponibles).

QUELLES SONT VOS OBLIGATIONS PENDANT LA RECHERCHE ?

❖ **VOS OBLIGATIONS**

Vous devez informer votre médecin investigateur de tous les médicaments que vous prenez.

Vous devez aussi l'informer immédiatement de tout effet indésirable éventuellement rencontré au cours de votre participation à la recherche.

Vous devez vous rendre aux visites prévues.

❖ **PROTECTION SOCIALE**

Pour pouvoir participer à cette recherche vous devez être affilié(e) ou bénéficier d'un régime de sécurité sociale.

❖ **MODALITES DE PARTICIPATION A UNE AUTRE RECHERCHE**

Préciser éventuellement la période d'exclusion pour participer à une autre recherche biomédicale et indiquer la durée de cette exclusion.

LE CADRE REGLEMENTAIRE (Paragraphe obligatoire à insérer)

1. Cette recherche est conforme :

2. - Aux articles L. 1121-1 à L. 1126-7 du code de la santé publique relatifs aux recherches biomédicales,
3. - A la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée.
4. (Vous pouvez retrouver tous ces textes sur le site <http://www.legifrance.gouv.fr>)
5. Conformément aux dispositions réglementaires :
 - Le CHU de Nantes organise cette recherche en tant que « promoteur ». Il a souscrit un contrat d'assurance garantissant sa responsabilité civile et celle de tout intervenant auprès de la compagnie SHAM (contrat n°135 964).
 - Cette recherche a reçu l'avis favorable du Comité de Protection Ouest VI (Brest) le .../.../..... La recherche a aussi reçu l'autorisation de l'ANSM (Agence National de Sécurité des Médicament et des produits de santé), le .../.../.....

Le médecin qui vous a proposé la recherche et vous a donné oralement toutes les informations nécessaires peut répondre à toutes vos questions.

Annexe 8 : Auto-questionnaire de l'étude 2 à l'attention des patientes

Etude hormono-clinique sur l'infertilité et les troubles du comportement alimentaire – Etude 2

N° d'enregistrement : n° 2013-A01618-37

Réf. : RC13_0449

Réf. CPP : ?

Investigateur Coordonnateur :

Dr Marie GRALL-BRONNEC

1/ Service d'Addictologie / Unité d'Investigation Clinique (UIC) 18 « Addictions Comportementales »

Hôpital St Jacques - Bât. L. Philippe - 85, rue St Jacques - 44093 Nantes cedex 1

Tel : 02 40 84 76 19 - Fax : 02 40 84 61 18

2/ EA 4275 « Biostatistique, Pharmacoépidémiologie et Mesures Subjectives en Santé »

Mail : marie.bronnec@chu-nantes.fr

Promoteur :



CHU de Nantes

Direction de la recherche

Département promotion

5, allée de l'île Gloriette

44 093 Nantes cedex 01 (FRANCE)

Contact :

Tel : 02 53 48 28 35

Fax : 02 53 48 28 36

Identification Patiente:

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Nom Prénom Mois Année de naissance

Merci de compléter ce questionnaire juste après la consultation et le déposer aussitôt au secrétariat dans une enveloppe cachetée, ou chez vous et nous le ré-adresser grâce à une enveloppe pré-affranchie que nous mettons à votre disposition.

Ce questionnaire, ne sera pas transmis au médecin qui vous suit.
Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Age : _____ ans

Avez-vous déjà eu un/plusieurs enfants ?

oui non

Si oui, est-ce avec votre conjoint actuel ?

oui non

Si oui, avez-vous eu une aide à la procréation ?

oui non

Depuis combien de temps êtes-vous suivie pour vos problèmes d'infertilité ?

1. 1^{ère} consultation
2. < 1 an
3. 1 à 2 ans
4. > 2 ans

Statut marital :

1. Mariée, pacsée ou en concubinage
2. Célibataire, séparée, divorcée, veuve

Nombre d'années de scolarité :

1. < 12 ans
2. > 12 ans

Statut professionnel actuel :

1. Active
2. Inactive

Quel est votre poids actuel : _____ kg Quelle est votre taille actuelle : _____ m _____

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

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

Quel serait votre poids idéal : _____ kg

Avez-vous déjà été suivie pour des troubles du comportement alimentaire (*anorexie ou boulimie*) ?

oui non

Avez-vous déjà eu des périodes où vos règles avaient disparu ou étaient très irrégulières (*en dehors d'une éventuelle grossesse ou de la prise d'une contraception orale*) ?

oui non

Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?

oui non

Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?

oui non

Avez-vous récemment perdu plus de six kilos en trois mois ?

oui non

Pensez-vous que vous êtes grosse alors que d'autres vous trouvent trop mince ?

oui non

Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

oui non

Les hommes et les femmes associent généralement le désir d'enfant à une transformation positive de leur vie, mais aussi à l'apparition d'angoisses. Il n'y a pas de « vrai » ou « faux » désir d'enfant, il ne s'agit pas de justifier son propre désir d'enfant. Il y a sûrement différents points de vue qui peuvent être plus ou moins important pour la décision. Vous trouverez ci-dessous les raisons avancées par certains couples pour expliquer que leur désir d'enfant n'est pas exaucé. Nous vous demandons maintenant de cocher dans quelle mesure ces déclarations s'appliquent à votre désir d'enfant :
(5) : correspond totalement ; **(4)** : correspond majoritairement ; **(3)** : correspond en partie ; **(2)** : correspond peu ; **(1)** : ne correspond pas

Ces données sont strictement utilisées pour l'étude et ne seront pas communiquées à votre médecin, elles n'influeront pas votre prise en charge dans le service de biologie et médecine de la reproduction.

	5	4	3	2	1
1) Je serais fier d'enfin pouvoir répondre oui à la question « avez-vous des enfants » ?	<input type="checkbox"/>				
2) Il n'y a pas d'autres missions dans la vie que je trouve aussi belle que l'éducation d'un enfant.	<input type="checkbox"/>				
3) Un enfant signifie pour moi avoir un être pour lequel je suis importante et indispensable pendant quelque temps.	<input type="checkbox"/>				
4) Un enfant pourrait porter préjudice à mes ambitions professionnelles.	<input type="checkbox"/>				
5) Un enfant enrichirait notre couple.	<input type="checkbox"/>				
6) L'idée de pouvoir soi-même créer une nouvelle vie est une idée magnifique.	<input type="checkbox"/>				
7) J'ai peur des exigences liées à un enfant ;	<input type="checkbox"/>				
8) Sans enfant, je peux mieux profiter de mes loisirs.	<input type="checkbox"/>				
9) Je crains qu'un enfant compromette la relation que j'ai avec mon partenaire.	<input type="checkbox"/>				
10) Sans enfant, je me sentirais très seule.	<input type="checkbox"/>				
11) Je trouve belle l'idée d'avoir un enfant qui serait une partie de moi et de mon partenaire.	<input type="checkbox"/>				
12) Même sans enfant, mon partenaire et moi pouvons profiter de la vie.	<input type="checkbox"/>				
13) Quand je me retrouve avec des amis ou des connaissances qui ont des enfants, je ressens le désir d'enfant de façon plus intense que d'habitude.	<input type="checkbox"/>				
14) Je trouve que les enfants font tout simplement partie du couple.	<input type="checkbox"/>				
15) Avoir un enfant suffirait à me donner le sentiment d'avoir un vrai « chez moi ».	<input type="checkbox"/>				
16) J'ai peur des difficultés imprévisibles que j'aurais à affronter avec un enfant.	<input type="checkbox"/>				
17) Je crains, avec un enfant, de devoir mettre de côté mes propres intérêts.	<input type="checkbox"/>				
18) Mon partenaire serait fier de moi si je tombais enceinte.	<input type="checkbox"/>				
19) J'offrirais tout mon amour à mon enfant.	<input type="checkbox"/>				
20) J'ai un fort désir d'enfant.	<input type="checkbox"/>				

Les questions suivantes concernent votre ressenti par rapport à votre silhouette au cours des **4 dernières semaines**. Lisez, chaque question et choisissez parmi les six propositions suivantes celle qui vous semble la plus juste : jamais, Rarement, Parfois, Souvent, Très Souvent ou Toujours.

	Jamais	Rarement	parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
1 Le fait de vous ennuyer vous a donné des idées noires à propos de votre silhouette ?	1	2	3	4	5	6
2 Vous avez été si tracassée par votre silhouette que vous avez senti que vous deviez faire un régime ?	1	2	3	4	5	6
3 Avez-vous pensé que vos cuisses, hanches ou fesses sont trop grosses par rapport au reste de votre corps ?	1	2	3	4	5	6
4 Avez-vous eu peur de devenir grosse [ou plus grosse]	1	2	3	4	5	6
5 Avez-vous été tracassée par le fait que votre chair ne soit pas assez ferme ?	1	2	3	4	5	6
6 Le fait de vous sentir remplie (après un copieux repas par exemple) vous a-t-il fait vous sentir grosse ?	1	2	3	4	5	6
7 Vous êtes-vous sentie si mal à propos de votre silhouette au point d'en pleurer ?	1	2	3	4	5	6
8 Avez-vous évité de courir par peur que votre chair ne bouge, ne se balance de façon disgracieuse ?	1	2	3	4	5	6
9 En présence de personnes minces, vous êtes-vous sentie gênée, embarrassée par votre silhouette ?	1	2	3	4	5	6
10 Avez-vous été tracassée par le fait que vos cuisses s'élargissent quand vous vous asseyez ?	1	2	3	4	5	6
11 Manger même une petite quantité de nourriture vous a-t-il fait vous sentir grosse ?	1	2	3	4	5	6
12 Avez-vous prêté attention à la silhouette des autres personnes et avez-vous senti que votre propre silhouette était moins bien ?	1	2	3	4	5	6
13 Le fait de penser à votre silhouette trouble-t-il votre capacité à vous concentrer (pendant que vous regardez la télévision, que vous lisez, que vous écoutez une conversation...) ?	1	2	3	4	5	6
14 Le fait d'être nue, comme quand vous prenez un bain, vous fait-il vous sentir grosse ?	1	2	3	4	5	6
15 Avez-vous évité de porter des vêtements qui soulignent votre silhouette ?	1	2	3	4	5	6
16 Avez-vous imaginé vous faire enlever des parties grosses de votre corps ?	1	2	3	4	5	6
17 Le fait de manger des sucreries, des gâteaux ou autres aliments riches en calories, vous a-t-il fait vous sentir grosse ?	1	2	3	4	5	6

	Jamais	Rarement	parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
18 Avez-vous évité des sorties à certaines occasions (par exemple des soirées) parce que vous vous êtes sentie mal à l'aise à cause de votre silhouette ?	1	2	3	4	5	6
19 Vous êtes-vous sentie excessivement grosse ou ronde ?	1	2	3	4	5	6
20 Avez-vous eu honte de votre corps ?	1	2	3	4	5	6
21 Le fait de vous tracasser à propos de votre silhouette vous a-t-il conduit à faire un régime ?	1	2	3	4	5	6
22 Vous êtes-vous sentie plus contente de votre silhouette quand vous avez eu l'estomac vide (comme par exemple le matin) ?	1	2	3	4	5	6
23 Avez-vous pensé que vous avez la silhouette que vous méritez à cause d'un manque de contrôle de vous-même ?	1	2	3	4	5	6
24 Avez-vous été tracassée par le fait que les autres pourraient voir vos bourrelets ?	1	2	3	4	5	6
25 Avez-vous été tracassée par le fait que les autres personnes soient plus minces que vous ?	1	2	3	4	5	6
26 Avez-vous vomi pour vous sentir plus mince ?	1	2	3	4	5	6
27 En public, avez-vous été préoccupée par le fait de prendre trop de place (comme par exemple, en étant assise dans un canapé ou un siège de bus) ?	1	2	3	4	5	6
28 Avez-vous été préoccupée par le fait que votre peau ait l'aspect de « peau d'orange » ou de cellulite ?	1	2	3	4	5	6
29 Le fait de voir votre reflet (comme par exemple dans le miroir ou la vitrine d'un magasin) vous a-t-il fait vous sentir mal à l'aise au sujet de votre silhouette ?	1	2	3	4	5	6
30 Avez-vous pincé des parties de votre corps pour voir combien elles étaient grosses ?	1	2	3	4	5	6
31 Avez-vous évité des situations où les gens pouvaient voir votre corps (comme par exemple des vestiaires ou à la piscine) ?	1	2	3	4	5	6
32 Avez-vous pris des laxatifs pour vous sentir plus mince ?	1	2	3	4	5	6
33 Avez-vous été particulièrement préoccupée par votre silhouette quand vous étiez en compagnie d'autres personnes ?	1	2	3	4	5	6
34 Avez-vous été tracassée par votre silhouette au point de vous sentir obligée de faire de l'exercice ?	1	2	3	4	5	6

Pour chaque question, veuillez cocher la case (☐) correspondant à la réponse qui reflète le mieux vos pensées et vos sentiments. Vos réponses doivent indiquer vos pensées et sentiments **actuels**. Certaines questions peuvent concerner votre vie privée, mais elles sont importantes pour tenir compte de tous les aspects de votre vie. **Répondez aux questions portant un astérisque (*) uniquement si vous êtes en couple.**

		Très mauvais	Mauvais	Ni bon ni mauvais	Bon	Très bon
A	Quel est votre état de santé, d'après vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Très insatisfaite	Insatisfaite	Ni satisfaite, ni insatisfaite	Satisfaite	Très satisfaite
B	Etes-vous satisfaite de votre qualité de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Complètement	Beaucoup	Modérément	Peu	Pas du tout
Q1	Vos pensées sur l'infertilité vous posent-elles des problèmes d'attention et de concentration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2	Pensez-vous que vous ne pourrez pas poursuivre d'autres objectifs de vie du fait de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3	Vous sentez-vous épuisée à cause de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4	Vous sentez-vous capable de faire face à vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Très insatisfaite	Insatisfaite	Ni satisfaite, ni insatisfaite	Satisfaite	Très satisfaite
Q5	Etes-vous satisfaite du soutien que vous recevez de vos amis au sujet de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q6	Etes-vous satisfaite de vos relations sexuelles même si vous avez des problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Toujours	Très souvent	Assez souvent	Rarement	Jamais
Q7	Vos problèmes de fertilité vous font-ils ressentir de la jalousie ou du ressentiment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8	Ressentez-vous de la douleur ou un sentiment de perte en raison du fait que vous ne pouvez pas avoir d'enfants (ou d'autres enfants) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q9	Oscillez-vous entre l'espoir et le désespoir à cause de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q10	Etes-vous isolée socialement à cause de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>				
*Q11	Vous témoignez-vous de l'affection au sein de votre couple même si vous avez des problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>				
Q12	Vos problèmes de fertilité ont-ils des conséquences sur votre travail ou vos obligations quotidiennes ?	<input type="checkbox"/>				
Q13	Vous sentez-vous gênée d'assister à des réunions de famille ou d'amis, comme des vacances ou des fêtes, à cause de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>				
Q14	Pensez-vous que votre famille comprend ce que vous vivez ?	<input type="checkbox"/>				
		Extrêmement	Beaucoup	Modérément	Peu	Pas du tout
*Q15	Vos problèmes de fertilité vous ont-ils rapprochée de votre compagnon ?	<input type="checkbox"/>				
Q16	Vous sentez-vous triste et déprimée à cause de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>				
Q17	Vos problèmes de fertilité vous placent-ils dans une position d'infériorité par rapport aux personnes qui ont des enfants ?	<input type="checkbox"/>				
Q18	Ressentez-vous de la fatigue à cause de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>				
*Q19	Vos problèmes de fertilité ont-ils eu un effet négatif sur votre relation de couple ?	<input type="checkbox"/>				
*Q20	Trouvez-vous difficile d'exprimer à votre compagnon vos sentiments liés à vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>				
*Q21	Etes-vous satisfaite de votre relation de couple même si vous avez des problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>				
Q22	Ressentez-vous une pression sociale pour avoir des enfants (ou avoir plus d'enfants) ?	<input type="checkbox"/>				
Q23	Vos problèmes de fertilité vous mettent-ils en colère ?	<input type="checkbox"/>				
Q24	Ressentez-vous de la douleur physique à cause de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>				

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Ce questionnaire a été conçu de façon à se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Lisez chaque série de question et entourez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire ; votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée. Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres.

A. Je me sens tendue ou énervée

- | | |
|------------------------|----------------------|
| 3. La plupart du temps | 1. De temps en temps |
| 2. Souvent | 0. Jamais |

D. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 0. Oui, tout autant | 2. Un peu seulement |
| 1. Pas autant | 3. Presque plus |

A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 3. Oui, très nettement | 1. Un peu, mais cela ne m'inquiète pas |
| 2. Oui, mais ce n'est pas trop grave | 0. Pas du tout |

D. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 0. Autant que par le passé | 2. Vraiment moins qu'avant |
| 1. Plus autant qu'avant | 3. Plus du tout |

A. Je me fais du souci

- | | |
|------------------|---------------------------|
| 3. Très souvent | 1. Occasionnellement |
| 2. Assez souvent | 0. Très occasionnellement |

D. Je suis de bonne humeur

- | | |
|-------------|------------------------|
| 3. Jamais | 1. Assez souvent |
| 2. Rarement | 0. La plupart du temps |

A. Je peux rester tranquillement assise à ne rien faire et me sentir décontractée

- | | |
|--------------------------|-------------|
| 0. Oui quoi qu'il arrive | 2. Rarement |
| 1. Oui, en général | 3. Jamais |

D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- | | |
|---------------------|------------|
| 3. Presque toujours | 1. Parfois |
| 2. Très souvent | 0. Jamais |

A. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- | | |
|------------|------------------|
| 0. Jamais | 2. Assez souvent |
| 1. Parfois | 3. Très souvent |

D. Je ne m'intéresse plus du tout à mon apparence

- 3. Plus du tout
- 2. Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- 1. Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- 0. J'y prête autant d'attention que par le passé

A. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- 3. Oui, c'est tout à fait le cas
- 2. Un peu
- 1. Pas tellement
- 0. Pas du tout

D. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- 0. Autant qu'avant
- 1. Un peu moins qu'avant
- 2. Bien moins qu'avant
- 3. Presque jamais

A. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- 3. Vraiment très souvent
- 2. Assez souvent
- 1. Pas très souvent
- 0. Jamais

D. Je peux prendre du plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision

- 0. Souvent
- 1. Parfois
- 2. Rarement
- 3. Très rarement

Voici une série de questions concernant votre sexualité, veuillez choisir la réponse la plus appropriée pour chaque question.

1- Combien de fois, vous et votre partenaire, avez-vous des rapports ou activités sexuels ?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Plus d'une fois par jour | 6. 1 fois par 2 semaines |
| 2. Une fois par jour | 7. Une fois par mois |
| 3. 3 à 4 fois par semaine | 8. Moins d'une fois par mois |
| 4. Deux fois par semaine | 9. Pas du tout |
| 5. 1 fois par semaine | |

2- Combien de fois aimeriez-vous avoir des rapports ou activités sexuels ?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Plus d'une fois par jour | 6. 1 fois par 2 semaines |
| 2. Une fois par jour | 7. Une fois par mois |
| 3. 3 à 4 fois par semaine | 8. Moins d'une fois par mois |
| 4. Deux fois par semaine | 9. Pas du tout |
| 5. 1 fois par semaine | |

3- Qui initie habituellement les rapports ou activités sexuels ?

- | | |
|--|---|
| 6. J'initie toujours | 9. Mon partenaire initie habituellement |
| 7. J'initie habituellement | 10. Mon partenaire initie toujours |
| 8. Mon partenaire et moi initions aussi souvent l'un que l'autre | |

4- Qui aimeriez-vous voir prendre l'initiative des rapports ou activités sexuels ?

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. Toujours moi-même | 4. Mon partenaire habituellement |
| 2. Habituellement moi-même | 5. Mon partenaire toujours |
| 3. Mon partenaire et moi également souvent | |

5- Combien de fois vous masturbez-vous ?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Plus d'une fois par jour | 6. 1 fois par 2 semaines |
| 2. Une fois par jour | 7. Une fois par mois |
| 3. 3 à 4 fois par semaine | 8. Moins d'une fois par mois |
| 4. Deux fois par semaine | 9. Pas du tout |
| 5. 1 fois par semaine | |

6- Combien de fois sentez-vous un désir sexuel ? (ce sentiment peut inclure : vouloir avoir une relation sexuelle, planifier pour avoir une relation sexuelle, sentiment de frustration dû à un manque d'activité sexuelle...)

- | | |
|---------------------------|-----------------------------|
| 1. >1 fois par jour | 6. 1 fois chaque 2 semaines |
| 2. 1 fois par jour | 7. 1 fois par mois |
| 3. 3 à 4 fois par semaine | 8. <1 fois par mois |
| 4. 2 fois par semaine | 9. Pas du tout |
| 5. 1 fois par semaine | |

7- Depuis combien de temps, vous et votre partenaire, avez-vous des rapports sexuels ?

- | | |
|------------------|---------------|
| 1. < 6 mois | 4. 4 à 6 ans |
| 2. 6 mois à 1 an | 5. 7 à 10 ans |
| 3. 1 à 3 ans | 6. > 10 ans |

8- Pendant combien de temps, vous et votre partenaire, engagez-vous des jeux sexuels préliminaires (embrasser, caresser,...) avant les activités sexuelles coïtales ?

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| 1. < 1 minute | 5. 11 à 15 minutes |
| 2. 1 à 3 minutes | 6. 16 à 30 minutes |
| 3. 4 à 6 minutes | 7. 30 minutes à 1 heure |
| 4. 7 à 10 minutes | |

- 9- Combien de temps dure habituellement la période allant de l'entrée du pénis dans le vagin jusqu'à l'éjaculation ?**
1. <1 minute
 2. 1 à 2 minutes
 3. 2 à 4 minutes
 4. 4 à 7 minutes
 5. 7 à 10 minutes
 6. 11 à 15 minutes
 7. 15 à 20 minutes
 8. 20 à 30 minutes
 9. > 30 minutes
- 10- Est-ce que votre partenaire a déjà atteint l'orgasme quand il essaie de pénétrer le vagin ?**
1. Jamais
 2. Rarement, < 10% du temps
 3. Pas très souvent, <25% du temps
 4. Quelquefois, 50 % du temps
 5. Habituellement, 75% du temps
 6. Presque toujours, >90% du temps
- 11- Globalement, comment êtes-vous satisfaite de votre relation sexuelle avec votre partenaire ?**
1. Extrêmement insatisfaite
 2. Modérément insatisfaite
 3. Légèrement insatisfaite
 4. Légèrement satisfaite
 5. Modérément satisfaite
 6. Extrêmement satisfaite
- 12- Globalement, comment pensez-vous que votre partenaire est satisfait de ses relations sexuelles avec vous ?**
1. Extrêmement insatisfait
 2. Modérément insatisfait
 3. Légèrement insatisfait
 4. Légèrement satisfait
 5. Modérément satisfait
 6. Extrêmement satisfait
- 13- Quand votre partenaire fait ses avances sexuelles, comment réagissez-vous habituellement ?**
1. Habituellement, j'accepte avec plaisir
 2. J'accepte à contrecœur
 3. Je refuse souvent
 4. Je refuse habituellement
- 14- Quand vous avez une relation sexuelle avec votre partenaire, vous sentez-vous excitée ?**
1. Presque toujours, 90% du temps
 2. Habituellement, environ 75% du temps
 3. Quelquefois, environ 50% du temps
 4. Rarement, environ 25% du temps
 5. Jamais
- 15- Quand vous avez des activités sexuelles avec votre partenaire, avez-vous des réactions émotionnelles négatives (par exemple : peur, dégoût, honte, culpabilité...) ?**
1. Jamais
 2. Rarement, < 10% du temps
 3. Pas très souvent, <25% du temps
 4. Quelquefois, 50 % du temps
 5. Habituellement, 75% du temps
 6. Presque toujours, >90% du temps
- 16- Si vous essayez, est-ce possible pour vous d'atteindre l'orgasme par la masturbation ?**
1. Presque toujours, > 90% du temps
 2. Habituellement, > 75% du temps
 3. Quelquefois, environ 50% du temps
 4. Rarement, environ 25% du temps
 5. Jamais
 6. Je n'ai jamais essayé
- 17- Si vous essayez, est-ce possible pour vous d'atteindre l'orgasme si vos organes génitaux sont caressés par votre partenaire ?**
1. Presque toujours, > 90% du temps
 2. Habituellement, > 75% du temps
 3. Quelquefois, environ 50% du temps
 4. Rarement, environ 25% du temps
 5. Jamais
 6. Je n'ai jamais essayé
- 18- Si vous essayez, est-ce possible pour vous d'atteindre l'orgasme par le rapport sexuel (coït) ?**
1. Presque toujours, > 90% du temps
 2. Habituellement, > 75% du temps
 3. Quelquefois, environ 50% du temps
 4. Rarement, environ 25% du temps
 5. Jamais
 6. Je n'ai jamais essayé

19- Quelle est votre réaction habituelle au matériel érotique ou pornographique (photos, films, livre,...) ?

- | | |
|-------------------|----------------|
| 1. Très excitée | 3. Pas excitée |
| 2. Plutôt excitée | 4. Dégoûtée |

20- Est-ce que votre partenaire a des difficultés à être en érection avant que le rapport sexuel commence ?

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Jamais | 5. Habituellement, 75% du temps |
| 2. Rarement, < 10% du temps | 6. Presque toujours, >90% du temps |
| 3. Pas très souvent, <25% du temps | |
| 4. Quelquefois, 50 % du temps | |

21- Est-ce que votre partenaire a des difficultés à garder une érection, une fois qu'il a commencé le rapport sexuel ?

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Jamais | 5. Habituellement, 75% du temps |
| 2. Rarement, < 10% du temps | 6. Presque toujours, >90% du temps |
| 3. Pas très souvent, <25% du temps | |
| 4. Quelquefois, 50 % du temps | |

22- Est-ce que votre conjoint éjacule sans avoir une érection pleine et complète ?

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Jamais | 4. Quelquefois, 50 % du temps |
| 2. Rarement, < 10% du temps | 5. Habituellement, 75% du temps |
| 3. Pas très souvent, <25% du temps | 6. Presque toujours, >90% du temps |

23- Votre vagin est-il « sec » ou « serré » ce qui aurait pour effet d'empêcher le rapport sexuel ?

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Jamais | 5. Habituellement, 75% du temps |
| 2. Rarement, < 10% du temps | 6. Presque toujours, >90% du temps |
| 3. Pas très souvent, <25% du temps | |
| 4. Quelquefois, 50 % du temps | |

24- Sentez-vous de la douleur dans vos organes génitaux pendant le rapport sexuel ?

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Jamais | 4. Quelquefois, 50 % du temps |
| 2. Rarement, < 10% du temps | 5. Habituellement, 75% du temps |
| 3. Pas très souvent, <25% du temps | 6. Presque toujours, >90% du temps |

25- Pouvez-vous atteindre l'orgasme par une stimulation de vos organes génitaux avec un vibromasseur ou d'autres moyens (jet d'eau, se frotter contre quelque-chose..) ?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| 1. Presque toujours, > 90% du temps | 5. Jamais |
| 2. Habituellement, > 75% du temps | 6. Je n'ai jamais essayé |
| 3. Quelquefois, environ 50% du temps | |
| 4. Rarement, environ 25% du temps | |

26- Pouvez-vous atteindre l'orgasme durant le rapport sexuel si vos organes génitaux sont caressés en même temps (par vous-même ou votre partenaire ou avec un vibromasseur...) ?

1. Presque toujours, > 90% du temps
2. Habituellement, > 75% du temps
3. Quelquefois, environ 50% du temps
4. Rarement, environ 25% du temps
5. Jamais
6. Je n'ai jamais essayé

27- Quand vous avez une relation sexuelle avec votre partenaire, incluant les activités préparatoires et les activités coïtales, vous apercevez-vous de ces quelques manifestations : accélération de la respiration, et de l'expiration, humidité dans votre vagin, des sensations agréables dans vos seins et vos organes génitaux ?

1. Presque toujours, > 90% du temps
2. Habituellement, > 75% du temps
3. Quelquefois, environ 50% du temps
4. Rarement, environ 25% du temps
5. Jamais
6. Je n'ai jamais essayé

Annexe 9 : Cahier d'observation de l'étude 2

Etude hormono-clinique sur l'infertilité et les troubles du comportement alimentaire – Etude 2

N° d'enregistrement : n° 2013-A01618-37

Réf. : RC13_0449

Réf. CPP : ?

Investigateur Coordonnateur :

Dr Marie GRALL-BRONNEC

1/ Service d'Addictologie / Unité d'Investigation Clinique (UIC) 18 « Addictions Comportementales »

Hôpital St Jacques - Bât. L. Philippe - 85, rue St Jacques - 44093 Nantes cedex 1

Tel : 02 40 84 76 19 - Fax : 02 40 84 61 18

2/ EA 4275 « Biostatistique, Pharmacoépidémiologie et Mesures Subjectives en Santé »

Mail : marie.bronnec@chu-nantes.fr

Promoteur :



CHU de Nantes

Direction de la recherche

Département promotion

5, allée de l'île Gloriette

44 093 Nantes cedex 01 (FRANCE)

Contact :

Tel : 02 53 48 28 35

Fax : 02 53 48 28 36

Identification Patiente :

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Nom Prénom Mois Année de naissance

INSTRUCTION POUR REMPLIR LES CAHIERS D'OBSERVATIONS :

1. Remplissez les feuilles en utilisant **un stylo bille noir** pour une bonne lisibilité.
2. N'inscrivez qu'un caractère par case.
3. Lorsque le résultat doit être reporté dans des cases ouvertes, remplir les cases à partir de la droite.
Ex : 30 |_0|_3|_0|
4. Lorsque le résultat doit être reporté dans des cases fermées, cochez la case appropriée.
Ex : 1 Masculin 2 Féminin
5. **Chaque erreur doit être barrée d'un trait** de manière à la laisser visible, **corrigée, paraphée et datée**.
N'utilisez pas de correcteur.
6. Quand une donnée est manquante, mettez :
soit NF pour un examen / bilan non fait
soit NA quand ce n'est pas applicable
soit NK pour une donnée non disponible
7. En cas d'arrêt prématuré, remplir la **feuille « Bilan de fin d'étude et/ou arrêt prématuré » en fin de cahier**.

INCLUSION

CRITERES D'INCLUSION :

Une réponse **NON** à l'une des questions suivantes ne permet pas l'inclusion

	OUI	NON
Femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Majeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivant en couple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infertile (critères de l'OMS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultant dans le service de BDMM pour une AMP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayant une bonne compréhension du français, sachant lire et écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acceptant de participer à l'étude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CRITERES DE NON INCLUSION :

Une réponse **OUI** à l'une des questions suivantes ne permet pas l'inclusion

	OUI	NON
Homme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mineure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Majeure sous tutelle ou sous curatelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grossesse au moment de l'évaluation (AMP ayant réussi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infertilité exclusive du conjoint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Formulaire d'inclusion à transmettre au Département Promotion
(fax : 02 53 48 28 36)**

11. Le formulaire vierge est présent dans le classeur investigateur.

Une fois complété et transmis, il sera à classer avec les consentements dans le classeur investigateur

DIAGNOSTIC DE TCA

La patiente a-t-elle complété son autoquestionnaire ? :

OUI NON

Si oui, joindre l'autoquestionnaire au cahier d'observation

Un Trouble du Comportement Alimentaire a-t-il été dépisté ? :

OUI NON

Si oui, réaliser l'entretien semi structuré et compléter les pages 9 à 13)

Si non, compléter la page de fin d'étude (page 14)

ENTRETIEN SEMI STRUCTURE : QUESTIONNAIRE MINI

M. ANOREXIE MENTALE

<p>M1 a Combien mesurez-vous ? _ _ _ cm</p> <p>b Au cours de votre vie, quel est a été votre poids le plus faible (depuis l'adolescence) ? _ _ _ kg</p> <p>c LE POIDS DU PATIENT A-T-IL DEJA ETE INFERIEUR AU SEUIL CRITIQUE INDIQUE POUR SA TAILLE ? VOIR TABLEAU DE CORRESPONDANCE EN BAS DE PAGE → NON OUI</p>									
<p>M1d Avez-vous pesé ce poids dans les 3 derniers mois ? NON OUI</p> <p style="font-size: small;">Si M1d = NON : EXPLORER LA PERIODE PASSEE DURANT LAQUELLE LE POIDS ETAIT LE PLUS BAS Si M1d = OUI : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE</p> <p>Au cours de la période où votre poids était le plus bas / Au cours des trois derniers mois :</p>									
<p>M2 Avez-vous refusé de prendre du poids, malgré le fait que vous pesiez peu ? → NON OUI</p>									
<p>M3 Aviez-vous peur de prendre du poids ou redoutiez-vous de devenir trop gros(se) ? → NON OUI</p>									
<p>M4 a Vous trouviez-vous encore trop gros(se), ou pensiez-vous qu'une partie de votre corps était trop grosse ? NON OUI</p> <p>b L'opinion ou l'estime que vous aviez de vous-même étaient-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ? NON OUI</p> <p>c Pensiez-vous que ce poids était normal, voire excessif ? NON OUI</p>									
<p>M5 Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN M4 ? → NON OUI</p>									
<p>M6 POUR LES FEMMES SEULEMENT : Au cours de cette période, avez-vous eu un arrêt de vos règles alors que vous auriez dû les avoir (en l'absence d'une éventuelle grossesse) ? NON OUI <i>[Ce critère est devenu non obligatoire en référence au DSM-5]</i></p>									
<p>M5 EST-ELLE COTEE OUI ?</p> <p style="font-size: small;">Si OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">NON</td> <td style="width: 50%;">OUI</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ANOREXIE MENTALE</td> </tr> <tr> <td>ACTUEL</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td>PASSE</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> </table>	NON	OUI	ANOREXIE MENTALE		ACTUEL	-	PASSE	-
NON	OUI								
ANOREXIE MENTALE									
ACTUEL	-								
PASSE	-								
<p>M7 a Quand pour la première fois avez-vous atteint ce poids tout en ayant les préoccupations dont nous venons de parler ? _ _ ans (Première fois)</p> <p>b Quand pour la dernière fois, cela vous est-il arrivé ? _ _ ans (Dernière fois)</p>									

TABLEAU DE CORRESPONDANCE TAILLE - SEUIL DE POIDS CRITIQUE (SANS CHAUSSURE, SANS VETEMENT)

TAILLE (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
POIDS (kg) Femmes	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
Hommes	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(15% DE REDUCTION PAR RAPPORT AU POIDS NORMAL)

Si diagnostic d'anorexie :

L'ANOREXIE A T-ELLE DEBUTE AVANT (PRE |_|) OU APRES (POST |_|) L'ADDICTION COMPORTEMENTALE EXPLOREE ?

N. BOULIMIE

N1	Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs périodes d'au moins trois semaines où vous aviez des crises de boulimie durant lesquelles vous mangiez de très grandes quantités de nourriture dans une période de temps limitée, c'est à dire en moins de 2 heures ?	→ NON	OUI								
N2 a	Au cours de cette/ces période(s), aviez-vous de telles crises de boulimie au moins deux fois par semaine ?	→ NON	OUI								
N2 b	Avez-vous eu de telles crises, au moins deux fois par semaine, au cours des 3 derniers mois ? Si N2b = NON : EXPLORER LA PERIODE PASSEE DURANT LAQUELLE LES CRISES DE BOULIMIE ETAIENT LES PLUS FREQUENTES Si N2b = OUI : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE	NON	OUI								
N3	Durant ces crises de boulimie, aviez-vous l'impression de ne pas pouvoir vous arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler la quantité de nourriture que vous preniez ?	→ NON	OUI								
N4	De façon à éviter une prise de poids après ces crises de boulimie, faisiez-vous certaines choses comme vous faire vomir, vous astreindre à des régimes draconiens, pratiquer des exercices physiques importants, ou prendre des laxatifs, des diurétiques, ou des coupe-faim ? SI N4 = NON : PASSER AU DIAGNOSTIC HYPERPHAGIE BOULIMIQUE	→ NON	OUI								
N5	L'opinion ou l'estime que vous aviez de vous-même étaient-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?	→ NON	OUI								
N6	LE PATIENT PRESENTE-T-IL OU A-T-IL PRESENTE UNE ANOREXIE MENTALE ? SI N6 = NON, PASSER A N8	NON	OUI								
N7	Ces crises de boulimie surviennent/survenaient-elles toujours lorsque votre poids est/était en dessous de ____ kg* ? * REPENDRE LE POIDS CRITIQUE DU PATIENT DANS LA TABLE DU MODULE ANOREXIE MENTALE EN FONCTION DE SA TAILLE ET DE SON POIDS.	NON	OUI								
N8	N5 EST-ELLE COTEE OUI ET N7 COTEE NON (OU NON COTEE) ? SI OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLOREE EST ACTUELLE OU PASSEE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NON</th> <th>OUI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">BOULIMIE</td> </tr> <tr> <td>ACTUEL</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td>PASSE</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> </tbody> </table>		NON	OUI	BOULIMIE		ACTUEL	-	PASSE	-
NON	OUI										
BOULIMIE											
ACTUEL	-										
PASSE	-										
	N7 EST-ELLE COTEE OUI ? SI OUI, SPECIFIER SI LES PERIODES EXPLOREES SONT ACTUELLES OU PASSEES	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NON</th> <th>OUI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ANOREXIE MENTALE <i>Binge-eating / Purging type</i></td> </tr> <tr> <td>ACTUEL</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td>PASSE</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> </tbody> </table>		NON	OUI	ANOREXIE MENTALE <i>Binge-eating / Purging type</i>		ACTUEL	-	PASSE	-
NON	OUI										
ANOREXIE MENTALE <i>Binge-eating / Purging type</i>											
ACTUEL	-										
PASSE	-										
N9 a	Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 3 mois où vous aviez au moins 2 crises de boulimie par semaine tout en ayant les préoccupations dont nous venons de parler ?	/ _ / ans (Première fois)									
b	Quand pour la dernière fois, cela vous est-il arrivé ?	/ _ / ans (Dernière fois)									

Si diagnostic de boulimie :

LA BOULIMIE A T-ELLE DEBUTE AVANT (PRE) OU APRES (POST) L'ADDICTION COMPORTEMENTALE
EXPLOREE ?

N'. HYPERPHAGIE BOULIMIQUE

N°1	Avez-vous eu de telles crises de boulimie sans comportement compensatoire , au moins deux fois par semaine, au cours des 6 derniers mois ? Si N°1= NON : EXPLORER LA PERIODE PASSEE DURANT LAQUELLE LES CRISES DE BOULIMIE ETAIENT LES PLUS FREQUENTES Si N°1 = OUI : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE	NON	OUI								
N°2 a	Durant ces crises de boulimies, mangiez-vous plus rapidement que la normale ?	NON	OUI								
b	Durant ces crises de boulimies, vous arrivait-il de manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale?	NON	OUI								
c	Durant ces crises de boulimies, vous arrivait-il de manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim?	NON	OUI								
d	Durant ces crises de boulimies, vous arrivait-il de manger seul(e) parce que vous étiez gêné(e) de la quantité de nourriture que vous absorbiez?	NON	OUI								
e	Vous arrivait-il de vous sentir dégoûté(e) de vous –même, déprimé(e) ou très coupable après avoir trop mangé?	NON	OUI								
N°3	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN N°2 ?	→ NON	OUI								
N°4	Ces problèmes entraînent-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent-ils vraiment dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous?	→ NON	OUI								
N°5	LE PATIENT PRESENTE-T-IL OU A-T-IL PRESENTE UNE ANOREXIE MENTALE ? Si N°5 = NON , PASSER A N°7	NON	OUI								
N°6	Ces crises de boulimie surviennent/survenaient-elles toujours lorsque votre poids est/était en dessous de ____ kg* ? * REPRENDRE LE POIDS CRITIQUE DU PATIENT DANS LA TABLE DU MODULE ANOREXIE MENTALE EN FONCTION DE SA TAILLE ET DE SON POIDS.	NON	OUI								
N°7	N°4 EST-ELLE COTEE OUI ET N°6 COTEE NON (OU NON COTEE) ? Si OUI, SPECIFIER SI LA PERIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSEE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NON</th> <th>OUI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">HYPERPHAGIE BOULIMIQUE</td> </tr> <tr> <td>ACTUEL</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td>PASSE</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> </tbody> </table>		NON	OUI	HYPERPHAGIE BOULIMIQUE		ACTUEL	-	PASSE	-
NON	OUI										
HYPERPHAGIE BOULIMIQUE											
ACTUEL	-										
PASSE	-										
N°8 a	Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 6 mois où vous aviez des crises de boulimie au moins 2 jours par semaine tout en ayant les préoccupations dont nous venons de parler ?	/ _ / ans (Première fois)									
b	Quand pour la dernière fois, cela vous est-il arrivé ?	/ _ / ans (Dernière fois)									

Si diagnostic d'hyperphagie boulimique :

L'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE A T-ELLE DEBUTE AVANT (PRE) OU APRES (POST) L'ADDICTION
COMPORTEMENTALE EXPLOREE ?

BILAN DE FIN D'ETUDE

Evénements indésirables

Au cours de l'essai, y a-t-il eu des événements indésirables ? oui non

Si oui remplir le formulaire « événement indésirable »

Au cours de l'essai, y a-t-il eu des événements indésirables graves ? oui non

Si oui remplir le formulaire « événement indésirable grave »
et faxer l'EIG au promoteur dans les 24 h

Sortie d'étude

Sortie d'étude : /_/ Normale /_/ Prématurée

Date de sortie d'essai : /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/

Sortie prématurée si :

- Patient perdu de vue oui non
- Décès du patient oui non
- Evénement indésirable grave obligeant à l'arrêt de sa participation oui non
- Retrait du consentement oui non
- Violation ou déviation au protocole : oui non
Si oui, préciser :
- Autres :

Si oui, préciser :

Je soussigné, Dr.....

**certifie exactes les données recueillies dans ce cahier d'observations et les corrections faites
conformément aux données du dossier médical.**

Fait à :

Le :

Signature :

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : BRUNEAU

PRENOM : Mélanie

TITRE DE THESE :

Troubles des conduites alimentaires, désir d'enfant et infertilité

Approches épidémiologique, clinique, psychopathologique

Perspectives de prises en charge

RESUME

Des liens semblent se tisser entre les problématiques des troubles des conduites alimentaires (TCA) et l'infertilité, au niveau physiopathologique mais également psychopathologique. De plus, l'alimentation des femmes infertiles est plus souvent perturbée qu'en population générale, et la maigreur est devenue plus fréquente chez les femmes en âge de procréer. Ainsi, nous nous sommes intéressés aux TCA chez les femmes consultant pour infertilité à travers une étude épidémiologique dans le service de biologie et médecine du développement et de la reproduction de Nantes. L'objectif a été de déterminer la fréquence des TCA et d'établir le profil clinique de ces femmes selon qu'elles aient ou non un TCA, en termes de désir d'enfant, dysmorphophobie, sexualité, qualité de vie, anxiété et dépression. Nous avons mis en évidence une fréquence plus élevée de TCA que dans la population générale. De plus, nous avons rapporté une association significative entre une plus grande insatisfaction corporelle et un désir d'enfant plus ambivalent. En outre, la présence d'un TCA chez une femme infertile est en faveur d'une moins bonne qualité de vie, de troubles anxieux plus présents et d'une insatisfaction sexuelle plus prononcée. Par ailleurs, les éléments psychopathologiques et les vignettes cliniques rapportés, mettent en évidence le fait qu'une grande partie du développement de la féminité et de la maternité est conditionnée par le maternel et le féminin. Notre travail est en faveur du repérage des TCA chez les patientes consultant pour infertilité, pour lesquelles il nous semble nécessaire d'avoir une réflexion en amont de la grossesse. L'instauration des soins psychothérapeutiques peut aider au traitement de l'infertilité et, si une grossesse survient, accompagner la patiente durant cette période fondamentale de mouvements dynamiques et de remaniements psychiques, dessinant ainsi « une piste de guérison ».

MOTS-CLES

Trouble des conduites alimentaires, désir d'enfant, ambivalence, infertilité, prévalence, dysmorphophobie, insatisfaction corporelle, sexualité, qualité de vie, féminin, maternel, fragilités narcissiques, féminité, grossesse, maternité