



Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement

le 25 Avril 2023 à Poitiers

Par

Mme Diane MARTINAGE

Titre

**Dépistage des troubles du comportement alimentaire chez la femme enceinte
PREGN'ED**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Membres : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Madame le Docteur Violette CHANGEUR

Directrice de thèse : Madame le Docteur Charlotte XAVIER-DAVID

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur GICQUEL,

Merci pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez accordée au cours de ces années d'internat, pour votre disponibilité et pour vos divers enseignements sur la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, riches d'expériences et de connaissances multiples et variées. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail en participant à ce jury de thèse. Je vous suis également reconnaissante pour votre investissement dans la formation de chacun tout au long du cursus d'internat, pour la prise en compte compréhensive des parcours respectifs et pour le soutien apporté aux internes. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Violette CHANGEUR,

Merci à toi d'avoir accepté de participer à ce jury. Je te remercie pour ton écoute bienveillante, ta gentillesse, ton implication et ton soutien sans faille. Travailler avec toi dans le dialogue, le partage de situations et de connaissances est un plaisir. Je te prie de bien vouloir recevoir l'expression de ma reconnaissance, de mon profond respect et de mon amitié.

A Madame le Docteur Charlotte XAVIER-DAVID,

Merci à toi pour ton rôle précieux de Directrice de thèse, pour ton enthousiasme, pour ta disponibilité et ta réactivité, pour m'avoir fait confiance, m'avoir dirigée, valorisée et encouragée tout au long de l'élaboration de cette thèse. Travailler avec toi est d'une grande richesse. Je te prie de bien vouloir recevoir l'expression de ma reconnaissance, de mon profond respect et de mon amitié.

Merci à mes collègues de la liaison, aux soignants de la maternité et à mes correspondantes du service de Périnatalité Petite Enfance pour les échanges nombreux et enrichissants ainsi que pour le plaisir à travailler ensemble.

Merci à l'équipe de l'Unité Parent Bébé pour sa bienveillance, son investissement et son soutien. Travailler avec vous est un plaisir.

Merci aux correspondants de l'URC pour leur investissement dans l'élaboration du projet de recherche et à Candice pour son implication motivée.

Merci à tous mes proches pour leur soutien.

A toi, Maman, qui m'a soutenue depuis le tout début des études médicales, sans ton investissement durable, je ne serais pas là aujourd'hui, merci pour tout.

A toi, Taufa, rencontré à la faculté de médecine, tu as été à mes côtés au quotidien durant ces années d'études, tu as toujours cru en moi, tu m'as aidée à ne pas lâcher quand c'était difficile, merci pour ton soutien et ton amour.

A toi, Mamie, partie tout récemment, qui me questionnais avec intérêt ces dernières années sur l'exercice de mon métier, une pensée particulière aujourd'hui.

A ma famille, ceux qui sont partis et ceux qui sont présents, oncles, tantes, cousins proches et éloignés, mes cousines Alice et Raphaëlle particulièrement, merci pour vos encouragements et vos pensées.

A ma belle-famille, beaux-parents, beau-frère et belle-soeur, grands beaux-parents, tante, oncle, cousine, merci pour votre soutien et votre présence.

A mes amis médecins de longue date, Bérengère et Faris, rencontrés dans les amphis dans les premières années, merci pour votre amitié précieuse.

Merci à tous mes amis, Pauline, Margaux, Alex, Lucie, Jade, Diane, Laura, Ninon, Lucie et les autres.

Merci à mes amis médecins Giulia, Marie, Laura et Nicolas, Claire, vous êtes les belles rencontres de l'internat.

Enfin, merci à toi, Evangéline, tu es toute jeune mais tu as montré à travers ton parcours tant de courage et de force, merci pour le bonheur que tu m'apportes chaque jour et ton amour.

ABBREVIATIONS

AN : Anorexia Nervosa

ARFID : Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder

BDNF : Brain-Derived Neurotrophic Factor

BED : Binge Eating Disorder

Bêta-hCG : Sous unité Bêta de la Gonadotrophine Chorionique humaine

BN : Bulimia Nervosa

CECAT : Centre d'Ecoute, de Consultations et d'Activités Thérapeutiques

CHHL : Centre Hospitalier Henri Laborit

CMP : Centre Médico-Psychologique

DPP : Dépression du Post Partum

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EDE-Q : Eating Disorders Examination Questionnaire

EDNOS : Eating Disorders Not Otherwise Specified

EI : Evènement Indésirable

EIG : Evènement Indésirable Grave

IMC : Indice de Masse Corporel

IV : Intra Veineuse

OSFED : Other Specific Feeding and Eating Disorder

PEBS : Prenatal Eating Behaviors Screening

PEC : Prise En Charge

PREGN'ED : PREGN'ancy and Eating Disorders

RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin

SCOFF : Sick Control One stone Fat Food

SIO : Sphincter Inférieur de l'Oesophage

SSO : Shincter Supérieur de l'Oesophage

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TF : Thérapie Familiale

UPB : Unité Parent-Bébé

PLAN

REMERCIEMENTS.....	6
ABREVIATIONS.....	10
PLAN.....	12
INTRODUCTION	15
1) LE TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	16
1.1) Diagnostic	16
1.1.1)Pica	16
1.1.2)Mérycisme	17
1.1.3)Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments	19
1.1.4)Anorexie mentale	20
1.1.5)Boulimie.....	23
1.1.6)Accès hyperphagique ou Hyperphagie boulimique.....	25
1.1.7)Autre trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, spécifié.....	27
1.1.8)Trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments non spécifié	28
1.2) Historique	28
1.3) Epidémiologie	30
1.4) Les outils de dépistage	32
1.5)Hypothèses physiopathologiques et psychopathologiques.....	33
1.6) Stratégies Thérapeutiques	48
2) LA GROSSESSE.....	55
2.1)Les aspects obstétricaux.....	55
2.2)Les remaniements psychiques ;.....	58
3) LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE DURANT LA GROSSESSE	64
3.1) Impacts obstétricaux	65
3.2) Impacts maternels	67
3.2.1)Somatiques.....	67
3.2.2)Psychologiques	68
3.3) Impacts sur les interactions précoces mère-bébé	71
3.4) Impacts sur l'enfant	77
CAS CLINIQUES	80
METHODE.....	88
1) OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	90
1.1)Objectif principal.....	90
1.2)Objectif secondaire.....	90
2) CRITERES DE JUGEMENT.....	90

2.1) Critère de jugement principal	90
2.2) Critères de jugement secondaires.....	90
3)CONCEPTION DE LA RECHERCHE	91
4)CRITERES D'ELIGIBILITE	92
4.1) Critères d'inclusion	92
4.2) Critères de non inclusion	92
5)FAISABILITE ET MODALITES DE RECRUTEMENT	93
DEROULEMENT DE LA RECHERCHE	93
1)CALENDRIER DE LA RECHERCHE	93
2)TABLEAU RECAPITULATIF DU SUIVI DU PARTICIPANT	94
3)DESCRIPTIF DES VISITES PROTOCOLAIRES	94
3.1) Visite d'information	94
3.2) Visite d'inclusion	95
3.3) Visite de recueil des données	96
4)DESCRIPTION DES OUTILS	96
5)REGLES D'ARRET DE LA PARTICIPATION D'UNE PERSONNE A LA RECHERCHE	98
5.1) Arrêt de participation d'une personne à la recherche	98
5.2) Arrêt d'une partie ou de la totalité de la recherche	99
6)CONTRAINTES LIEES A LA RECHERCHE ET INDEMNISATION EVENTUELLE DES PARTICIPANTS	99
7)VIGILANCE ET GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES	100
7.1) Définitions	100
7.1.1) Evènement indésirable	100
7.1.2) Evènement indésirable grave	100
7.1.3) Effet indésirable	100
7.1.4) Fait nouveau	100
7.2) Rôle de l'investigateur	101
8)ASPECTS STATISTIQUES	101
8.1) Calcul de la taille d'étude	101
8.2) Méthodes statistiques employées	101
HYPOTHESES DE LA RECHERCHE ET RESULTATS ATTENDUS	102
1) HYPOTHESES	102
2) RESULTATS ATTENDUS	102
3) RAPPORT BENEFICE / RISQUE	102
3.1) Bénéfice	102
3.2) Risque	103
4) RAPPORT FINAL	103
5) RETOMBEES ATTENDUES	103
DISCUSSION	103
1) LIMITES DE L'ETUDE	104
2) INTERETS DE L'ETUDE	104

LIENS AVEC LA LITTERATURE, PERSPECTIVES et CONCLUSION	105
ANNEXES	107
1) SCOFF-F	107
2) EDE-Q QUESTIONNAIRE	108
3) EDE-Q QUESTIONNAIRE CAS CLINIQUE.....	111
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	114
RESUME ET MOTS CLES	123
SERMENT D'HIPPOCRATE	125

INTRODUCTION

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) peuvent apparaître, réémerger ou s'exacerber lors de la période périnatale qui est un moment particulièrement à risque (83).

Les femmes enceintes atteintes d'un TCA sont plus à risque de présenter des complications obstétricales, somatiques ainsi que des troubles psychiatriques associés comme la dépression du post partum (DPP) ou un trouble anxieux (9).

Egalement, les TCA durant la grossesse peuvent impacter les interactions précoces entre la mère et son bébé lors du post partum avec des difficultés autour de l'alimentation ou lors de la survenue d'un trouble psychiatrique associé (9-55-104).

Or, plus précoce est le diagnostic, plus l'orientation vers une prise en charge (PEC) spécialisée sera rapide afin d'améliorer le pronostic et de réduire le développement de complications, et des formes chroniques (33).

De plus, les TCA présentés par les mères ont un impact direct sur leur enfant et sur son développement, qu'il soit physique, émotionnel ou cognitif et cela au long cours, avec un risque accru pour celui-ci de développer lui-même un TCA (9-13-16).

Actuellement, les TCA sont insuffisamment dépistés et tardivement, ou non PEC durant la grossesse, du fait d'une réelle difficulté d'identification des femmes enceintes ayant un TCA, en lien avec la non divulgation par celles-ci de leur trouble actuel ou passé, d'un défaut de formation des professionnels de santé, et d'une absence d'outil de dépistage spécifique des TCA durant la grossesse (25).

En effet, les questionnaires de dépistage des TCA dans la littérature sont multiples, mais nous constatons une absence d'outil spécifique et validé pour leur dépistage pendant la grossesse, qui permettrait de différencier les préoccupations maternelles alimentaires liées à la grossesse, de symptômes liés à un TCA avéré (25).

S'il peut être estimé à moins de 5 % de femmes ayant un TCA durant la grossesse, des estimations plus larges de 0,6 à 27,8% reflètent les difficultés de repérage d'un TCA en ante partum (25).

Devant ce constat, l'étude que nous allons présenter, se propose de soumettre un questionnaire, regroupant l'ensemble des items des deux questionnaires de dépistage des TCA les plus validés, d'une part à une population de femmes enceintes atteintes d'un TCA, et d'autre part à une population de femmes enceintes ne présentant pas de TCA, afin de comparer les réponses, dans l'objectif principal d'identifier des items spécifiques d'un TCA durant la grossesse.

1) LE TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Les TCA se caractérisent par des perturbations significatives persistantes de l'alimentation ou du comportement alimentaire, entraînant un mode de consommation pathologique ou une absorption de nourriture délétère pour la santé physique et/ou le fonctionnement social (53).

La notion de seuil significatif, pour parler de comportement pathologique, s'établit en tenant compte du contexte culturel, de l'intensité des perturbations, de leurs conséquences sur le plan médical général, de la souffrance psychique et des conséquences sociales (55).

Avoir souffert d'un TCA fait courir le risque de souffrir d'une récurrence ou d'une autre forme de TCA au cours de la vie (70).

D'après la classification diagnostique la plus utilisée, qui est celle du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie, actuellement dans sa 5ème version (DSM 5) (53), les TCA comprennent le pica, le mérycisme, la restriction ou l'évitement de l'ingestion d'aliments appelés ARFID (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder), en plus de l'anorexie mentale (Anorexia Nervosa (AN)), la boulimie (Bulimia Nervosa (BN)) et l'hyperphagie boulimique (Binge Eating Disorder (BED)), ainsi que les autres troubles de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments spécifiés appelés OSFED (Other Specific Feeding and Eating Disorder), et enfin les troubles alimentaires non spécifiés ailleurs appelés les EDNOS (Eating Disorders Not Otherwise Specified).

1.1) Diagnostic Pica (Code 307.52)

Le trouble pica se caractérise par l'ingestion répétée de substances non nutritives, non alimentaires et non comestibles de façon continue pendant une période d'au moins un mois (plâtre, plomb, sable, cailloux, cheveux, papier, plastique etc) (53-55).

Il ne correspond pas au niveau de développement de l'individu (par exemple, le pica n'est pas diagnostiqué chez les enfants de < 2 ans, car ce comportement n'est pas considéré comme inapproprié sur le plan du développement, les enfants de cet âge portant fréquemment à la bouche et ingérant une variété d'objets) (60-71).

Il ne correspond pas non plus à une pratique culturellement admise (médecine folklorique, rites religieux, ou pratique courante, comme l'ingestion d'argile (kaolin) dans le Piémont de Géorgie (71)) ou socialement acceptée (55).

Si le comportement survient dans le contexte d'un autre trouble mental ou d'une affection médicale, il est suffisamment grave pour justifier à lui seul, une PEC clinique.

A noter que le trouble pica est fréquent pendant la grossesse (53-71), principalement dans les populations de pays en voie de développement (68), et est, soit une recrudescence d'un trouble pratiqué habituellement, soit une "envie passagère" de la grossesse, qualifié ainsi par les femmes concernées (74).

Les patients ont tendance à manger des matériaux non toxiques (poussière, cheveux, ficelle, laine etc) (71), les formes les plus fréquentes de pica étant la géophagie (consommation d'aliments riches en terre, craie, talc, l'argile étant la substance principalement décrite (souvent ingéré sous une forme conditionnée pour être commercialisée)), l'amylophagie (consommation d'amidons bruts) et la pagophagie (glaçons) (76-77).

Ce trouble apparaît souvent chez le jeune enfant présentant une carence martiale ou en zinc, une négligence, un trouble de l'attachement ou un trouble neurodéveloppemental sévère (55) et chez des sujets atteints d'autres troubles mentaux (autisme, déficit intellectuel, schizophrénie).

Le pica peut durer plusieurs mois, puis disparaître, en particulier chez les enfants (71).

Sur le plan des retentissements, le pica perturbe rarement le fonctionnement social et, habituellement, ce trouble ne cause pas de troubles médicaux importants.

Cependant, une perte de poids et des carences nutritionnelles peuvent survenir.

Parfois, certains patients développent des complications telles qu'une occlusion intestinale (crampes sévères, constipation) par matériau impacté, un empoisonnement par le plomb par ingestion de copeaux de peinture ou une infestation parasitaire liée à la consommation de poussière.

Le trouble est alors suspecté lors de la PEC des complications (82), avec des tests effectués en fonction des symptômes du patient et/ou des substances ingérées, comprenant des tests sanguins (éliminer un empoisonnement par le plomb lorsque des éclats de peinture ont été mangés) et des tests de selles pour détecter une infestation parasitaire (lorsque de la terre a été mangée) (71).

Le fait d'avaler des objets dans une tentative d'automutilation ou pour simuler une maladie (comme cela se produit dans le trouble factice) n'est pas considéré comme un pica (71).

1.1.2) Mérycisme (Code 307.53)

Le mérycisme (aussi appelé trouble de la rumination (60)) se caractérise par la régurgitation répétée de la nourriture, après l'avoir ingérée, pendant une période d'au moins un

mois. La nourriture régurgitée peut être remastiquée, ravalée ou recrachée (53-55).

La régurgitation n'entraîne pas de nausée ou de vomissements involontaires. Elle peut être volontaire et intentionnelle, ou non (72) (avec le temps, le comportement peut relever d'une forme d'automatisme (82)).

Ce trouble n'est pas dû à une maladie gastro-intestinale (reflux gastro oesophagien, sténose du pylon, diverticule de Zenker) ni à une autre affection médicale associée.

Il ne survient pas exclusivement au cours d'une AN,BN, d'un BED ou d'un ARFID.

Si le comportement survient dans le contexte d'un autre trouble mental ou d'une affection médicale, il est suffisamment grave pour justifier à lui seul, une PEC clinique (53).

C'est un trouble fonctionnel gastro-intestinal qui survient, en l'absence de cause anatomique, inflammatoire, infectieuse, métabolique ou néoplasique (67).

La régurgitation se produit plusieurs fois par semaine, généralement chaque jour (72), survenant entre 10 minutes à 1 heure après le repas, en général sans acidité et donc sans sensation de brûlure (82), et peut souvent être directement observée par le médecin, si elle n'est pas signalée par le patient (72).

Chez les nourrissons souffrant de mérycisme, la régurgitation apparaît souvent quand ils se croient seuls, mais peuvent être observés une posture caractéristique, avec une tension musculaire, une cambrure du dos, la tête en arrière et des mouvements de succions qui semblent être associés à du plaisir (82).

Sur le plan des retentissements, chez les patients qui crachent le matériau régurgité ou qui limitent considérablement leur consommation, une perte de poids ou des carences nutritionnelles voire une dénutrition peuvent apparaître nécessitant un soutien nutritionnel (67-72).

Divers symptômes associés retrouvés sont les remontées alimentaires, les nausées, un pyrosis, des algies abdominales, un ballonnement, des érosions dentaires et parfois, des céphalées, des troubles du sommeil ou une sensation de vertige peuvent survenir (67).

Les bébés souffrant de mérycisme peuvent être irritables et affamés entre les épisodes de régurgitation avec une absence de prise de poids ou une perte de poids régulièrement observées, alors même qu'ils mangent (82).

Dans certains cas de mérycisme sévère, notamment chez les adolescents, des troubles ioniques graves liés aux régurgitations chroniques peuvent survenir et mettre en jeu le pronostic vital tout en permettant le diagnostic, avec nécessité parfois de mettre en place une nutrition jéjunale ou parentérale exclusive (67).

Sur le plan social, certains patients sont conscients du fait que le comportement est socialement indésirable et tentent de le déguiser en mettant une main sur leur bouche ou en limitant leur consommation de nourriture. Certains évitent de manger en public ou ne mangent pas avant une

activité sociale ou un travail pour ne pas régurgiter en public. En découlent un handicap social avec risque d'absentéisme scolaire et un retentissement sur la qualité de vie (67).

Sur le plan psychique, le mérycisme surviendrait chez des enfants souffrant de carence affective (enfants en institution, enfants de mère dépressives) ou présentant de graves difficultés relationnelles (psychose, retard mental...). Il correspondrait à un sentiment d'insécurité et pourrait s'accompagner d'un repli sur soi avec un regard vide et étranger au monde (87).

Des comorbidités psychiatriques, à tout âge, peuvent y être associées, comme les troubles obsessionnels compulsifs, la dépression, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ou l'anxiété (67).

1.1.3 Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments (ARFID) (Code 307,59)

Le trouble ARFID se caractérise par l'incapacité persistante à atteindre les besoins nutritionnels et/ou énergétiques appropriés, associés à un (ou plusieurs) des éléments suivants: perte de poids significative (ou incapacité d'atteindre le poids attendu, courbe de croissance fléchie chez l'enfant) ; déficit nutritionnel significatif ; nécessité d'une nutrition entérale par sonde ou de compléments alimentaires oraux ; altération nette du fonctionnement psycho-social.

Ce trouble n'est pas mieux expliqué par un manque de nourriture disponible, par une pratique culturellement admise (le jeûne religieux), par une maladie physique ou par un traitement médical (radiothérapie, chimiothérapie) (53-73) .

Il ne survient pas exclusivement au cours d'une AN ou d'une BN, il n'y a pas d'argument en faveur d'une perturbation ou d'une préoccupation de l'image du corps (53-73).

Il n'est pas dû à une affection médicale concomitante ou pas mieux expliqué par un trouble mental autre.

Si le comportement survient dans le contexte d'un autre trouble mental ou d'une affection médicale, il est suffisamment grave pour justifier à lui seul d'une PEC clinique (53).

A noter que les patients qui ont un trouble physique qui provoque une diminution des apports alimentaires, mais dont la diminution des apports alimentaire dure beaucoup plus longtemps qu'attendu, et à un degré nécessitant une intervention spécifique, peuvent être considérés comme ayant un trouble restrictif/d'évitement de la prise alimentaire.

Cliniquement, l'ARFID commence généralement pendant l'enfance, tout en pouvant se développer à tout âge, et peut d'abord ressembler à un comportement alimentaire

difficile, qui est fréquent pendant l'enfance lorsque les enfants refusent de manger certains aliments ou des aliments d'une certaine couleur, consistance ou odeur. Cependant, ces habitudes alimentaires compliquées, contrairement à l'ARFID, n'implique généralement que quelques produits alimentaires, et l'appétit de l'enfant, l'apport alimentaire global, la croissance et le développement sont normaux.

Les patients atteints de ce trouble peuvent ne pas manger parce qu'ils perdent tout intérêt pour l'alimentation ou parce qu'ils craignent que l'alimentation entraîne des conséquences néfastes telles qu'un étouffement ou des vomissements. Ils peuvent éviter certains aliments en raison de leurs caractéristiques sensorielles (couleur, consistance, odeur) (73).

L'ARFID inclut entre autres la phobie des vomissements, la phobie de la déglutition, les "petits mangeurs" (enfant avec un appétit limité, très vite rassasié) (55).

Il convient de différencier l'ARFID de d'autres troubles mentaux perturbant l'appétit et/ou la prise alimentaire (épisode dépressif, schizophrénie et troubles factices imposés à un autre) (73).

Concernant la symptomatologie, les patients présentant ce trouble évitent de manger et restreignent leur consommation de nourriture à un point tel qu'ils peuvent présenter une perte de poids importante ou, chez l'enfant, un retard de croissance par rapport au poids attendu sur les courbes de croissance, et des carences nutritionnelles importantes qui peuvent être mortelles.

Une dépendance par rapport au soutien nutritionnel comme l'alimentation entérale (par sonde entérale) ou les suppléments nutritionnels oraux peut alors se développer.

Le fonctionnement psychosocial peut être considérablement perturbé (difficulté à participer à des repas en famille ou passer du temps avec des amis dans des situations où il peut y avoir des repas) (73).

1.1.4) Anorexie mentale (AN) (Code 307.1)

L'AN se caractérise par la restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins, conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physiques. A noter qu'un poids est considéré comme significativement bas s'il est inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu (référence à une courbe de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) en fonction de l'âge).

Ce trouble se caractérise par une peur intense de prendre du poids ou de devenir "gros", ou par un comportement persistant (recherche incessante de minceur) interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.

Il se caractérise par l'altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie), une influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou un manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle (53).

Il en existe deux types:

- Type restrictif

Le type restrictif se caractérise par une absence, durant les 3 derniers mois, d'accès récurrents d'hyperphagie, une absence de vomissements provoqués et une absence de comportements purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements).

Il se caractérise par une situation où la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne, ou l'exercice physique excessif (53).

- Type accès hyperphagiques/purgatif

Le type accès hyperphagiques/purgatif se caractérise par, durant les 3 derniers mois, des accès récurrents de "gloutonnerie" (alimentation frénétique) et/ou des recours à des vomissements provoqués ou comportements purgatifs (prise inappropriée de laxatifs, diurétiques, lavements) (53).

Les accès hyperphagiques sont définis par la consommation d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des sujets absorberaient dans une période de temps similaire avec une perte de contrôle, c'est-à-dire, une incapacité perçue à résister ou à arrêter de manger (61).

Le degré de sévérité d'AN est fonction du seuil d'IMC (53) :

Léger : $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moyen : $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$

Grave : $IMC 15- 15,99 \text{ kg/m}^2$

Extrême : $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

Cliniquement, l'AN débute, surtout chez les adolescentes, avec quelques groupes à risque (sportifs, mannequins, danseurs etc) souvent au moment de l'apparition des transformations corporelles de la puberté, avec un mode d'entrée fréquent sous forme d'un régime restrictif (du fait d'un léger surpoids pré-morbide). La perte de poids qui s'ensuit, plus ou moins rapide, est banalisée et associée à un sentiment de réassurance initiale, une impression d'absence de fatigue, d'euphorie voire de toute puissance et s'accompagne d'un effacement des aspects sexués du corps. Si les restrictions alimentaires sont au départ progressives, quantitatives (calories), qualitatives (aliments gras et sucrés surtout) et sélectives avec évitements d'aliments caloriques, elles aboutissent à des exclusions multiples et des règles inflexibles.

En-dehors des restrictions, les stratégies de contrôles du poids sont multiples avec l'hyperactivité physiques, l'exposition accrue au froid, la prise de coupe-faim, la consommation d'hormones thyroïdiennes ou de dérivés d'amphétamines et le recours possible à la potomanie, soit la consommation excessive et souvent compulsive de liquides, non calorique, pouvant s'avérer très dangereuse avec un risque d'hyponatrémie de dilution pouvant entraîner convulsion et coma.

Parmi les comportements compensatoires inappropriés se trouvent, la prise de diurétiques, les vomissements auto-induits qui sont les plus fréquemment mis en place, avec leurs risques secondaires d'hypokaliémie pourvoyeuse de troubles du rythme cardiaque, et les prises itératives de laxatifs, fréquentes, à risque de troubles fonctionnels digestifs et d'hypokaliémie (+/- mélanose

colique en imagerie) (55).

La symptomatologie de l'AN comprend comme signes cliniques fréquents une aménorrhée (facteur de gravité n'excluant pas la survenue possible d'une grossesse), une bradycardie, une hypotension, une hypothermie, une hypoglycémie avec malaises et perte de connaissance (55), des troubles trophiques avec altération des phanères, une hypertrichose/un hirsutisme léger, un lacrocyanose, un lanugo (cheveux mous et fins habituellement trouvés seulement sur les nouveau-nés), des œdèmes carentiels (particulièrement dans le type purgatif) et une quantité de graisse corporelle très faible (58).

En phase aiguë, une atteinte cardiovasculaire peut toucher jusqu'à 87 % des patientes (58). La masse musculaire cardiaque totale, les dimensions des cavités cardiaques et le débit cardiaque diminuent; on observe fréquemment un prolapsus de la valvule mitrale. Parfois on observe un allongement de l'intervalle QT (même après correction en fonction de la fréquence cardiaque), ce qui, avec les risques induits par les troubles hydroélectrolytiques (hyponatrémie, hypokaliémie, hypocalcémie) peut prédisposer à des tachyarythmies. Une mort subite, en général par tachyarythmie ventriculaire, peut survenir (61).

On retrouve également des manifestations hématologiques (anémie carentielle, thrombopénie, leucopénie, lymphopénie), un risque infectieux variable fonction des études, des risques rénaux (insuffisance rénale fonctionnelle) (55) et hépatiques (58), des troubles digestifs avec météorismes, douleurs abdominales, retard à la vidange gastrique et des constipations (55-61). Une déshydratation et une alcalose métabolique peuvent survenir et s'associer à une possible hypokaliémie et/ou hyponatrémie, le tout étant aggravé par les vomissements provoqués et l'utilisation de laxatifs ou de diurétiques (61). Une ostéoporose peut aussi survenir du fait d'une baisse de la densité osseuse (carences vitaminique et hypercatabolisme osseux lié à la carence oestrogénique), une amyotrophie et un risque de retard de croissance staturo-pondérale si la pathologie apparaît à la puberté.

Les patients qui vomissent fréquemment peuvent avoir une érosion de l'émail dentaire, une hypertrophie indolore des glandes salivaires et/ou une inflammation de l'œsophage avec brûlures oesophagiennes (55).

Ces altérations sont le plus souvent réversibles avec la reprise de poids (58).

Chez les patients gravement dénutris, pratiquement tous les organes importants peuvent présenter des dysfonctionnements (61).

Sur le plan psychique, on note l'existence de distorsions cognitives avec une absence de conscience du trouble (insight), une dysmorphophobie, un envahissement et des préoccupations excessives autour du poids et de l'alimentation avec des croyances erronées sur le fonctionnement digestif et les aliments qui pourront être considérés comme nocifs ou contaminants avec un évitement alimentaire en conséquence et des anomalies neuropsychologiques des fonctions exécutives (surtout caractérisées par une altération de la flexibilité cognitive) (55).

Des traits de tempérament caractéristiques de type obsessionnel semblent favoriser

l'avènement d'un TCA, comme un perfectionnisme, une recherche de contrôle, un ascétisme (mode de vie austère)), une faible estime de soi, des manifestations anxieuses ou dépressives précoces, une moindre flexibilité cognitive entraînant une incapacité à s'adapter, avec rigidité des attitudes, et à changer ses habitudes, et des ritualisations, ou encore des cognitions sociales diminuées avec une faible capacité à comprendre l'état d'esprit des autres (55-58). Un surinvestissement intellectuel peut également s'observer, au détriment des autres champs relationnels et affectifs ainsi qu'une altération de la sexualité (désinvestissement ou au contraire hyperactivité sexuelle) (55). D'autres traits comme la méticulosité, la compulsivité et une intelligence moyenne avec des exigences élevées de réalisation personnelle et de succès ont été repérés (61). Ainsi, toute prise de poids est considérée comme un échec inacceptable de maîtrise de soi avec une préoccupation et une anxiété concernant le poids augmentant en même temps que s'accroît la dénutrition. Les relations sociales et affectives sont relativement pauvres avec aussi l'existence de stress précoces variés qui pourraient être incriminés, comme les difficultés périnatales, la maltraitance et les abus sexuels (58).

Fréquemment, ce trouble s'accompagne de comorbidités psychiatriques telles qu'un syndrome dépressif concomitant, des troubles obsessionnels compulsifs, une phobie sociale, un trouble anxieux généralisé, un trouble de la personnalité borderline et des troubles addictifs (abus et/ou dépendance aux psychotropes plutôt de type stimulant, peu d'alcool) (55) qu'il conviendra de prendre également en charge.

1.1.5) Boulimie (BN) (Code 307.51)

La BN se caractérise par la survenue d'épisodes récurrents d'accès hyperphagiques (crises de "gloutonnerie"/frénésie alimentaire incontrôlable) (53).

Ce trouble a 2 caractéristiques :

L'absorption alimentaire, en une période de temps limitée ($< 2h$) d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période similaire.

Le sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise, concernant les quantités ingérées ou la possibilité de s'arrêter (53-55).

La BN se caractérise par la survenue, suite à l'accès hyperphagique, visant à prévenir la prise de poids, de comportements compensatoires inappropriés et récurrents (vomissements auto-induits, abus de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes ou exercices excessifs).

Les accès hyperphagiques (ou gloutonnerie) et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous les deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.

Lors de l'accès hyperphagique, les patients ont tendance à consommer des aliments riches en sucres et en graisses, les quantités d'aliments consommés variant suivant les épisodes mais pouvant

parfois contenir des milliers de calories.

L'estime de soi est influencée excessivement par le poids et la forme corporelle.

Ce trouble ne survient pas exclusivement dans des épisodes d'AN.

La BN se caractérise par un poids dans la limite de la normale (53-55).

Le seuil de sévérité est établi selon la fréquence des épisodes de comportements compensatoires inappropriés (53):

Légère : une moyenne de 1-3 épisodes par semaine

Moyenne : une moyenne de 4-7 épisodes par semaine

Grave : une moyenne de 8-13 épisodes par semaine

Extrême : une moyenne d'au moins 14 épisodes par semaine

Le retentissement est important, tant sur un plan individuel, familial, que social, et majeur sur la santé physique et psychique (70).

Cliniquement, la BN débute souvent dans les suites d'un régime restrictif et/ou à la suite de vomissements, mais peut aussi débiter secondairement à un traumatisme ou à une perte (55).

Les accès de frénésie alimentaire tendent à être intermittents, sont déclenchés souvent par des stress psychosociaux, peuvent survenir jusqu'à plusieurs fois/jour et sont habituellement accomplis en secret (62).

Les formes les plus précoces de BN, sont les plus sévères (70).

La symptomatologie comprend une dysménorrhée secondaire ou des troubles des cycles menstruels possibles, même si la patiente est normopondérée, et exceptionnellement, une aménorrhée secondaire et une ostéoporose associée peuvent s'observer.

Une prise de poids peut subvenir (exceptionnellement une obésité) ou à l'inverse, de mauvais états nutritionnels voir une dénutrition peuvent se constater.

Un syndrome pseudo-occlusif peut apparaître.

Les retentissements, majoritairement secondaires aux vomissement auto-induits sont multiples, avec la survenue de troubles hydroélectrolytiques (hyponatrémie, hypokaliémie, hypocalcémie) dont parfois une hypokaliémie grave (55-62), un risque d'insuffisance rénale fonctionnelle et d'œdème, un risque d'ingestion de corps étrangers au cours des vomissement provoqués, une hypertrophie non algique résultante des glandes parotides (glandes salivaires prépondérantes), des érosions dentaires de l'émail (incisives), des oesphagites peptiques, des callosités digitales dorsales (utilisation des doigts pour provoquer les vomissements) (55-62).

Du fait d'une perte de poids peu importante, il y aurait une moindre présence des complications cliniques graves comme celles survenant dans l'AN.

Cependant, très rarement, lors d'accès hyperphagique ou de vomissements provoqués

violents, une rupture de l'estomac ou un syndrome de Mallory Weiss soit une dilacération œsophagienne (plaie non perforante de l'œsophage avec présence de sang dans le vomi, le diagnostic reposant sur une endoscopie digestive haute) peuvent survenir, conduisant à des complications potentiellement mortelles (55-62). Egalement, l'abus à long terme de sirop d'ipéca pour induire les vomissements peut être à l'origine d'une cardiomyopathie (62).

Sur le plan psychique, la préoccupation autour du poids et/ou de la forme du corps est majeure avec souvent une insatisfaction corporelle et une volonté, jugée nécessaire par le patient, de perdre du poids (62).

Les tentatives de suicide sont fréquentes (55).

Des traits de tempérament semblent favoriser l'avènement de ce trouble comme une forte impulsivité et des difficultés dans la gestion des émotions, ainsi que des troubles du contrôle des impulsions (auto-mutilation, kleptomanie etc) chez des personnalités peu introverties (55-62).

Des symptômes anxio-dépressifs et une dysfonction sexuelle peuvent aussi s'observer (55).

La conscience du trouble et les ressentis de remord ou de culpabilité face à leur comportement seraient plus importants chez les patients atteints de BN que chez ceux atteints d'AN, avec une plus grande probabilité de reconnaître leur trouble en entretien s'ils ont confiance (62).

Les comorbidités associées sont fréquentes, simultanément ou au cours de la vie, et doivent être systématiquement recherchées avec au premier rang les troubles addictifs qui sont associés dans 30 à 40 % des cas (alcool, tabac, médicaments anxiolytiques) et les épisodes dépressifs caractérisés. Sont fréquemment associés également les troubles de la personnalité borderline ou état limite (avec comportements auto-agressifs et tentatives de suicide) et les troubles anxieux (anxiété concernant le poids et/ou des situations sociales entre autres). Un trouble anxieux généralisé, une phobie sociale, un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), et, plus rarement, un trouble bipolaire, pouvant aussi coexister (55-70).

1.1.6) Accès hyperphagique ou Hyperphagie boulimique (BED)(Code 307,51)

Le trouble BED se caractérise par la survenue récurrente d'accès hyperphagiques/d'hyperphagies incontrôlé(e)s (crises de "gloutonnerie"/frénésie alimentaire) (binge-eating).

Ce trouble a 2 caractéristiques :

L'absorption, en une période de temps limitée (< 2h) d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période similaire.

Le sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant et après la crise, concernant les quantités ingérées ou la possibilité de s'arrêter (53-55-70).

Les accès hyperphagiques sont associés à au moins 3 des caractéristiques suivantes (53-55):

Manger beaucoup plus vite que la normale.

Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale.

Manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim.

Manger seul car on est gêné de la quantité de nourriture ingérée.

Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.

Présenter une détresse marquée secondaire.

Les BED surviennent en moyenne 1 fois par semaine pendant 3 mois consécutifs.

Ils ne sont pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés, à type de purge (vomissements auto-induits, abus de laxatifs ou diurétiques, lavements) ou un exercice excessif ou un jeûn, comme c'est le cas dans le trouble BN, et ne surviennent pas exclusivement au cours de l'AN et de la BN (53-55-70).

Ils surviennent par épisodes et ne correspondent pas à une suralimentation constante (70).

A la différence de la BN, le BED se manifeste le plus souvent chez le patient obèse et en surpoids et contribue à un apport calorique excessif; elle peut être observée chez $\geq 30\%$ des patients dans certains programmes de réduction de poids. Comparés aux patients souffrant d'AN et de BN, les patients souffrant d'hyperphagie boulimique sont plus âgés et sont plus souvent des hommes (65-70).

Cliniquement, le BED débute généralement dans l'enfance, les régimes étant souvent secondaires au début des troubles, à l'inverse de l'AN ou de la BN.

Ce trouble s'apparente à un phénomène de "craving" très important, avec une envie irrésistible de manger. Les patients ont conscience de leur trouble et sont dans une souffrance psychique importante (55).

Les retentissements du BED sont nombreux, avec des troubles digestifs comme l'halitose (odeur désagréable fréquente ou persistante de l'haleine), des reflux gastro-oesophagiens, des ballonnements et algies abdominales, une alternance diarrhée-constipation.

Une stéatose hépatique (accumulation de graisse dans le foie), une hypofertilité, voire une infertilité peuvent aussi survenir.

Les patients souffrant de ce trouble sont généralement en surpoids ou en situation d'obésité (65), avec des répercussions indirectes possibles de l'obésité, d'où la nécessité de prendre en charge en totalité les complications de cet état.

Inversement, de mauvais états nutritionnels, voire une dénutrition peuvent aussi être présents. (55)

Sur le plan psychique, une préoccupation autour du corps et/ou du poids est plus fréquente chez les obèses souffrant de BED que chez les sujets de poids similaire qui ne mangent pas de façon excessive (70)

Des traits de tempérament semblent favoriser l'avènement de ce trouble comme une forte impulsivité et des difficultés dans la gestion des émotions, des troubles du contrôle des impulsions (auto-mutilation, kleptomanie etc), et des troubles de la personnalité.

Des symptômes anxio-dépressifs et une dysfonction sexuelle peuvent aussi s'observer (55).

Les comorbidités associées sont fréquentes et doivent donc être systématiquement recherchées, en premier lieu une dépression, modérée à légère (plus fréquente chez les obèses souffrant de BED que chez les sujets de poids similaire qui ne mangent pas de façon excessive) voir un épisode dépressif caractérisé, des troubles anxieux voir un trouble anxieux généralisé et des troubles de la personnalité (55-65-70).

Très souvent, une association avec des troubles addictifs peut s'observer, mais moins fréquemment que dans la BN.

Peuvent aussi co exister une phobie sociale ou un trouble bipolaire (55) et un troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) (65).

Le risque suicidaire peut être présent mais est plus faible que dans les autres TCA (55).

1.1.7) Autre trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, spécifié (OSFED) (Code 307.59)

Anorexie mentale atypique :

Tous les critères de l'AN sont remplis, mais malgré une perte de poids significative, le poids de l'individu est dans la norme ou au-dessus (53).

Boulimie (de faible fréquence et/ou de durée limitée) :

Tous les critères de la BN son définis mais, les accès hyperphagiques et les comportements compulsatoires inappropriés surviennent, en moyenne, moins d'une fois par semaine et/ou pendant moins de 3 mois (53).

Accès hyperphagique (de faible fréquence et/ou de durée limitée) :

Tous les critères d'accès hyperphagique sont remplis,mais, les accès hyperphagiques surviennent, en moyenne, moins d'une fois par mois et/ou pendant moins de 3 mois (53).

Trouble purgatif :

Le comportement purgatif récurrent vise à influencer le poids ou la forme du corps (vomissement

provoqués, mésusage de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments) en l'absence d'accès hyperphagiques (53).

Syndrôme d'alimentation nocturne :

Episodes récurrents d'alimentation nocturne, se manifestant par une alimentation après un réveil nocturne ou par une consommations excessive de nourriture après le repas du soir (53). Il existe une prise de conscience du trouble et un souvenir de l'épisode. L'alimentation nocturne n'est pas mieux expliquée par des éléments extérieurs comme des changements dans le cycle veille-sommeil ou par des normes sociales locales. L'alimentation nocturne entraîne une détresse significative et/ou un retentissement fonctionnel. La perturbation du schéma d'alimentation n'est pas mieux expliquée par un trouble d'accès hyperphagiques ou par un autre trouble mental, ni par l'utilisation d'une substance ou par un effet iatrogène (53).

1.1.8) Trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments non spécifiés (EDNOS) (Code 307.50)

Les EDNOS présentent des tableaux cliniques caractéristiques d'un trouble de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments, entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, mais ne remplissant les critères d'aucun des TCA spécifiques décrits précédemment.

Cette catégorie est utilisée dans des situations où le clinicien décide de ne pas préciser la raison particulière pour laquelle la présentation clinique ne remplit pas tous les critères d'un trouble spécifique de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments, et inclut des situations où les informations sont insuffisantes pour poser un diagnostic spécifique (en situation d'urgence par exemple) (53).

1.2) Historique

Si aujourd'hui les TCA se déclinent au pluriel, les divers troubles ayant été décrits à des époques différentes, la définition la plus ancienne des TCA, et plus précisément de l'AN, est relatée par Richard Morton en 1689 ("Traité des consommations") sous le nom de "consommation /phtisi nerveuse", correspondant à une forme de dépérissement physique d'origine nerveuse (59).

Concernant le trouble Pica, son existence, signalée dans de nombreuses régions du monde (85), est ancienne et retrouvée dans des écrits datant du II^{ème} siècle après JC (Galien). Au XVI^{ème} siècle, Ambroise Paré rédige une première définition de ce qu'il nomme "maladie de pica"

et c'est au cours du XXème siècle que la pathologie commence à être plus connue et décrite dans les populations (91).

La première description du mérycisme est faite par Fabricius Aquapendente (Padoue) en 1618, dans lequel il note l'absence de particularité du point de vue anatomique, pour faire valoir un mécanisme purement fonctionnel du trouble. En 1883, Bourneville et J. Séglas évoquent aussi ce trouble dans des écrits d'abord neurologique. Concernant le mérycisme chez le bébé ou "mérycisme infantile", selon A. Guedeney, il n'est pas reconnu avant la fin du XIX ème siècle avec, semble t'il, une première description due à Freud (1903) ou à Maas (1907). Désormais, cette pathologie a des textes de référence, que ce soit sur une abord clinique, (M.Forest. Ruminantion chez un nourrisson. 1948) ou psychanalytique (M.Soulé. Le mérycisme du nourrisson. 1966) (90).

L'ARFID a été décrit pour la première fois en 2012 (85), puis ajouté dans le chapitre des TCA dans le DSM 5, qui est paru en 2013 (92).

Concernant l'AN, certains historiens affirment l'existence de description de tableau typique d'AN dans des écrits à partir du XIII ème siècle, dans l'hypothèse émise qu'il existe un comportement de privation de nourriture, s'accompagnant d'autres signes, présent depuis longtemps, historiquement daté au Moyen Âge, dont on retrouverait la trace dans la forme contemporaine d'AN. D'autres historiens mettent plutôt en avant l'idée qu'il semble difficile de porter à posteriori ce diagnostic en faisant coïncider des signes d'AN avec ce que l'on entend aujourd'hui par ce symptôme, dans un contexte historique médiéval où la psychiatrie comme discipline clinique n'était pas fondée et la pathologie psychiatrique n'existait pas (86).

Vers le milieu du XIXème siècle, l'AN a été décrite pour la première fois comme une maladie (Lasègue et Gull) (86). Sa clinique prend son origine dans deux textes de la psychiatrie française de la fin du XIX ème siècle, celui de Ernest-Charles Lasègue, et celui de Charcot ultérieurement. L'article de Lasègue, publié en avril 1873, décrit, à partir d'une série de huit cas, une entité clinique nouvelle qui pour être grave et d'évolution parfois fatale, n'en est pas moins d'origine psychologique, «hystérique», c'est-à-dire dans un contexte de causalité non organique. À partir de là, le clinicien souligne un déroulement de la maladie en trois phases caractérisées par un état mental particulier fait de puissance d'inertie, de refus, d'insouciance. La diminution de l'appétit, le refus de manger, font ici le lit de ce qui se déploiera ensuite avec Freud, comme avatars de la pulsion orale (88).

Durant les premières décennies du XX ème siècle, l'AN sera considérée comme une maladie exclusivement endocrinienne ("cachexie hypophysaire") (Simmonds), puis d'origine psychique après 1937 ("nécrose hypophysaire") (Sheehan), puis d'étiologie neurologique jusqu'en 1960 (Kretschmer), avant de devenir par la suite une psychopathologie à part entière en 1965 (Hilde Bruch) (59-89). En 1972, l'AN est décrite en six critères diagnostiques (Feighne) puis, après 1975, partagée en 2 types, l'AN restrictive et l'AN boulimique (Morgan et Russell) (89).

Concernant la BN, elle apparait en 1950 sous le nom de "conduites boulimiques" et est définie comme une forme d'AN (Nemiah), avant d'en être séparée en 1970 (Russel) (59-89),

nommée BN en 1979 (Russel) (85-89), et individualisée dans le DSM III, publié en 1980 (59).

Le BED a été décrit comme TCA individualisé pour la première fois en 2012, puis inclus dans le chapitre TCA du DSM 5, qui a été publié en 2013 (93).

L'OSFED et les EDNOS ont été définis plus précisément dans le chapitre TCA du DSM 5, publié en 2013 (93)

1.3) Epidémiologie

Il existe peu de données représentatives sur la prévalence des TCA (64).

Les études épidémiologiques sur les TCA se heurtent à la honte et au secret (64) avec un déni et une dissimulation de la maladie, ainsi qu'à l'évitement de l'aide professionnelle par les patients (63) (plus de la moitié ne seraient pas soignées (85)), conduisant à de probables sous estimations des occurrences de TCA (63).

De plus, l'étude des TCA en population générale nécessite des échantillons très larges, qui sont difficiles à obtenir et coûteux avec beaucoup de connaissances acquises issues d'échantillons cliniques (des personnes soignées pour TCA), qui ne reflètent pas l'ensemble des personnes souffrant de TCA (85).

Ainsi, à titre d'exemple, le risque de surmortalité liée aux TCA en population générale n'est pas connu, car aucune étude n'a été réalisée à ce sujet. La surmortalité connue concerne les populations soignées et elle varie selon la situation des personnes considérées (85).

Les TCA s'avèreraient plus fréquents chez les femmes, en particulier chez les jeunes femmes, que chez les hommes (60).

Concernant le pica, le mérycisme et l'ARFID, peu d'études épidémiologiques ont été réalisées concernant ces troubles peu communs.

La prévalence du trouble pica varie de 0,02 % à 74 %, cette amplitude étant due aux différences régionales, à l'origine ethnique, aux pratiques culturelles, au niveau d'éducation, au statut socio-économique, à la non-divulgation et aux critères de diagnostic utilisés dans les différentes études (80). La prévalence la plus élevée de ce trouble est retrouvée dans de multiples pays d'Afrique subsaharienne, puis ensuite dans de nombreuses communautés rurales sud-américaines et nord-américaines (74-79), et enfin dans les sociétés occidentales, en Eurasie, notamment parmi les populations étrangères ou autochtones mais aussi chez les femmes moins éduquées (74). De rares études américaines montrent que pica peut s'observer chez 10 % de personnes souffrant d'un handicap mental, est beaucoup plus présent chez les enfants et existe durant la grossesse (plus d'un quart de femmes enceintes souffriraient possiblement de pica) (68). Il en ressort cependant la nécessité de réaliser plus d'études pour étoffer ces données.

La symptomatologie du mérycisme, fréquemment inavouée dans cette affection (sentiment de honte), dont le diagnostic est peu posé et fréquemment retardé (en moyenne de 21 à 77 mois) (82), rend l'évaluation de sa prévalence difficile. Ce trouble touche tous les âges (67-72), mais plus principalement les enfants de 3 mois à 1 an et plus rarement les adultes (55). Il serait évalué à environ 2% chez le nourrisson (67-87) (prépondérance masculine (82)), et à 1,7 % chez

l'enfant d'âge scolaire (67-87) (prévalence plus importante chez les filles (82)) mais peu d'études ont été réalisées (67).

Concernant l'ARFID, ce trouble peut se développer à tout âge.

Les études concernant la prévalence de l'ARFID ont produit des estimations très différentes, entre 0,3 et 22 % (66).

L'AN a une prévalence au cours de la vie aux alentours de 1,4 % chez les femmes et aux alentours de 0,2 % chez les hommes (34-55-58) et affecte toutes les classes sociales.

L'AN étant syntonique de l'ego, la honte d'être atteint d'un TCA peut entraîner une sous-déclaration et des estimations plus faibles.

Le sexe ratio est de 1 homme pour 8 femmes (55).

Cette pathologie touche préférentiellement les jeunes femmes entre 15 et 25 ans (55) et apparaît le plus souvent à l'adolescence (entre 14 et 17 ans avec un pic de prévalence maximale à 16 ans) (58). Elle peut survenir en pré-pubertaire (dès 6-8 ans) ou à l'âge adulte (rarement après 40 ans (60)), ces formes étant associées à un pronostic plus sévère (55).

Ce trouble dure en moyenne un an et demi à trois ans et peut se prolonger jusqu'à cinq ans. Au-delà de cinq ans d'évolution, deux tiers des patients sont guéris et on parle d'anorexie mentale chronique pour les autres.

A terme, la moitié des personnes soignées pour une anorexie mentale à l'adolescence guérissent, un tiers est amélioré, 21 % souffrent de troubles chroniques et 5 à 6 % décèdent (55, 58). Les rechutes sont fréquentes (30-50 % de rechutes dans l'année qui suit une hospitalisation (55)).

La mortalité est maximale dans l'année qui suit la sortie d'hospitalisation, secondaire à des complications somatiques dans plus de la moitié des cas (arrêt cardiaque le plus souvent), à un suicide dans 27 % des cas et à d'autres causes dans 19 % des cas (58).

L'AN est la maladie psychiatrique qui a le taux de mortalité le plus élevé (environ 5% 10 ans après le début de la maladie) (55) et le taux de suicide associé le plus important (55-58) du fait d'une tendance à la dépression associée (61).

La BN a une prévalence au cours de la vie estimée aux alentours de 1,9% chez les femmes et aux alentours de 0,6% chez les hommes (55-63).

Le sexe ratio est de 1 homme pour 3 femmes (55).

Cette pathologie débute le plus souvent à l'adolescence et au début de l'âge adulte.

Son évolution est plus rapidement résolutive que l'anorexie mentale (55).

Le taux de mortalité est estimé à 2 % par tranche de 10 ans (55) (risque important de surmortalité lié aux troubles métaboliques induits et au suicide).

La BN et l'AN sont intimement liées et peuvent être associées ou s'alterner, 27 % des sujets souffrant de boulimie ayant des antécédents d'anorexie mentale (58).

Le BED a une prévalence estimée sur la vie variable fonction des études (de 2,8 % (55) à 3,5 % (58-64-71) chez les femmes et de 1 % (55) à 2 % chez les hommes (58-64-71)).

Certaines études évaluent un taux minime de suicide chez les patients atteints de BED (63).

La prévalence à vie de l'OSFED/est de 1,5 % estimée selon des études.

L'âge moyen d'apparition de l'OSFED est de 18 ans, la durée médiane des symptômes est de deux ans et la probabilité de guérison à cinq ans est de 60 %.

Plus d'un tiers des femmes atteintes d'OSFED souffrent de troubles psychiatriques comorbides (69).

Les EDNOS seraient la catégorie la plus courante dans les échantillons cliniques (63).

Les études épidémiologiques sur les EDNOS sont rares, en raison de son hétérogénéité et de ses critères non définis (63).

1.4) Les outils de dépistage

Des outils de dépistage ont été élaborés et validés, dans l'objectif de repérer les TCA pour proposer une PEC la plus précoce possible.

En effet, l'impact des TCA sur la santé est tel que l'Organisation Mondiale de la Santé les considère comme l'une des priorités de santé publique (les TCA sont considérés comme l'une des principales maladies mentales chez l'adolescent par exemple) (33).

Les deux outils de dépistage présentés sont le SCOFF-F et l'EDE-Q. Ce sont les questionnaires les plus validés dans la littérature pour le dépistage des TCA.

Le Questionnaire SCOFF-F (Cf Annexe 1)

C'est un outil de 5 questions.

Il a été testé sur une population féminine en dépistant 85 % des TCA (boulimie et anorexie) (John F. Morgan and J. Hubert Lacey and al., 1999).

Le SCOFF est non validé comme questionnaire durant la grossesse car trop de risque de Faux Positif chez la femme enceinte (Claydon and al. 2022) (25).

Le SCOFF-F sera abordé plus en détail dans la partie exposant le déroulement de l'étude.

Le Q-EDE (Questionary Eating Disorder Examination) = EDE-Q en français (Cf Annexe)

C'est un questionnaire de 28 items au total en deux parties.

Une première partie qui regroupe 22 items distribués selon 4 sous-échelles:

La restriction

Les préoccupations à l'égard de la nourriture

Les préoccupations à l'égard de la silhouette

Les préoccupations à l'égard du poids

Il évalue la présence et l'intensité d'attitudes généralement associées à un TCA, au cours des 28

derniers jours.

Les participantes répondent à ces items au moyen d'une échelle de Likert allant de 0 (aucune journée) à 6 (tous les jours).

Cette première partie permet d'obtenir un score pour chacune des sous-échelles ainsi qu'un score global correspondant à la moyenne des scores obtenus aux différentes sous-échelles.

Plus le score obtenu est élevé, plus l'indice de psychopathologie alimentaire est grand.

Un score ≥ 4 à l'une des sous-échelles ou à l'échelle globale suggère la présence d'un TCA.

Une seconde partie comprenant 6 items et permettant d'évaluer la fréquence d'adoption de comportements alimentaires inadéquats spécifiques au cours des 28 derniers jours, tels que le recours à des vomissements induits, l'utilisation de laxatifs ou la pratique excessive d'exercice physique visant à contrôler son poids ou à perdre du poids.

Actuellement l'EDE-Q est le plus recommandé mais il nécessite une validation supplémentaire et il est trop long (28 items) (25).

L'EDE-Q et le Q-EDE sera abordés plus en détail dans la partie exposant le déroulement de l'étude.

Existence de l'EDE-PV (EDE adapté aux femmes enceintes) qui est de bonne fiabilité, mais dans une population de femmes enceintes en surpoids et/ou obèses.

Mais l'identification clinique rapide n'est pas possible.

Il n'y a pas de validation chez les femmes enceintes ayant un IMC < 30 (25)

1.5) Hypothèses physiopathologiques et psychopathologiques

L'étiopathogénie des TCA est encore mal connue. Ils sont d'origine multifactorielle et en lien avec des facteurs de vulnérabilité ("terrain" génétique et/ou des anomalies biologiques préexistantes), des facteurs déclenchants (régimes alimentaires strictes, événements de vie majeurs, puberté et oestrogènes) et des facteurs d'entretien (déséquilibres biologiques induits par le trouble, bénéfices relationnels vis-à-vis de l'environnement, "bénéfices" psychologiques) (55).

Les modifications des comportements alimentaires seraient initialement des mécanismes adaptatifs à des situations de stress psychique. Ces mécanismes, initialement bénéfiques, sont rapidement débordés et aboutissent à la mise en place d'un comportement contraignant ayant des effets délétères. In fine, ces comportements deviennent durables et aboutissent à de véritables maladies qui peuvent aller jusqu'au décès du patient (55).

Concernant le pica, son étiopathologie et sa psychopathologie ne sont pas comprises clairement, mais diverses hypothèses ont été proposées.

Tout d'abord, une hypothèse suggère que le pica est motivé par la faim et l'insécurité alimentaire. Plus précisément, les substances géophages (argile et terre) par exemple, seraient consommées pour assouvir la faim ; cependant, cette hypothèse ne peut pas expliquer tous les comportements de ce trouble, étant donné que les individus rapportent généralement leur motivation comme des "envies intenses" (76).

Ensuite, une hypothèse évoque un aspect nutritionnel, le pica pouvant être une réponse biologique aux carences en micronutriments, à savoir le fer, le calcium ou le zinc (76). En effet, les individus s'engageraient dans ce trouble pour remplacer les nutriments absents de leur alimentation. Certains sols auraient une concentration élevée de ces nutriments (80). Le lien le plus habituel est fait avec l'anémie : le corps réclamerait des substances contenant du fer du fait de l'anémie de la femme en début de grossesse par exemple, qui serait alors « poussée » à consommer de la terre pour pallier ce manque (74). Paradoxalement, le pica peut être un épiphénomène d'une carence en micronutriments (zinc, calcium (80), fer (la consommation importante de terre peut provoquer une chélation du fer dans l'organisme et renforcer une possible anémie par exemple (74))).

Une autre hypothèse envisage un rôle protecteur du trouble pica, pouvant soulager les maladies à court terme et/ou les effets à long terme des produits chimiques, des agents pathogènes et des parasites. Ainsi, des études ont identifié par exemple que certaines substances pica, comme les argiles, peuvent se lier directement aux agents pathogènes ou aux toxines ou réduire la perméabilité de la paroi intestinale, ce qui pourrait empêcher leur transmission (76). Certaines substances peuvent également adsorber des agents pathogènes pour les éliminer de l'intestin (80).

Pica pourrait aussi être protecteur sur le plan immunitaire chez les populations dont l'immunité est en développement ou compromise (les enfants et les femmes enceintes) en améliorant l'activité immunologique, en induisant une immunité nutritionnelle et en introduisant des bactéries bénéfiques dans l'intestin, permettant ainsi de lutter contre les effets d'une éventuelle infection ou d'en réduire ses effets (80). Certains micro-organismes ingérés lors d'un trouble pica pourraient stimuler le système immunitaire inné, ce qui entraînerait une moindre réponse aux allergènes et aux auto-antigènes (77).

Egalement, certaines substances pica, en particulier les terres géophagiques, contiennent des substances alcalines qui en font des antiacides utiles et des minéraux qui seraient efficaces pour réduire les nausées, vomissements et troubles gastro-intestinaux (80).

Une hypothèse suggère encore que des facteurs tels que les croyances culturelles ou les normes sociales pourraient influencer le recours au comportement pica. L'insécurité alimentaire et le statut socio-économique ont été supposés influencer aussi le pica et contribuer probablement aux hypothèses sur la faim et la nutrition. A prédominance féminine pendant la grossesse dans les pays en voie de développement, le trouble pica ne serait cependant pas admis comme une pratique culturelle et serait sous déclaré. (76).

Enfin, le trouble pica pourrait survenir dans un rôle de gestion de situations stressantes, ou un rôle de stimulations sensorielles voir d'auto-stimulations lorsqu'il est associé à d'autres pathologies neuropsychiatriques (autisme, retard mental par exemple) (98).

Concernant le mérycisme, la physiopathologie n'est pas parfaitement élucidée.

Le phénomène de rumination serait dû à une inversion du gradient de pression œsogastrique, possible grâce à une manœuvre abdominothoracique coordonnée, consistant en une aspiration thoracique, une relaxation du diaphragme et une augmentation de la pression intragastrique (> 30 mmHg) précédant un épisode de remontée du bol alimentaire (82-87).

Une première hypothèse implique la relaxation du Sphincter Inférieur de l'Oesophage (SIO) qui, associée à la contraction des muscles abdominaux et à l'augmentation de la pression intragastrique, permettrait la remontée alimentaire du contenu gastrique jusque dans la bouche. Dans ce cas, le sphincter supérieur de l'œsophage (SSO) est relâché alors que le SIO est fermé (87).

Une autre hypothèse soutient le rôle de la remontée intrathoracique de la jonction œsogastrique comme initiateur de la régurgitation (67), c'est à dire que l'élément déclencheur est un reflux gastro oesphagien, la contraction de l'estomac qui suit étant à l'origine de la remontée du bol alimentaire jusqu'à la bouche. Le SSO est alors relâché et le SIO transitoirement ouvert (87). Fréquemment, le diagnostic de mérycisme est suggéré après une histoire longue de reflux gastro oesphagien non compliqué mais difficile à traiter, pour lequel les examens anatomiques et muqueux sont normaux. L'apparent désintérêt de l'enfant pour les symptômes peut être un élément permettant de l'évoquer.

La rumination peut être aussi supragastrique, on parle de bébés «avaleurs d'air », lorsque l'air pénètre au niveau du sphincter et déclenche une contraction (87).

Sur le plan psychopathologique, une hypothèse suggère que la succession d'évènements moteurs serait le symptôme probable d'une étiologie comportementale (angoisse, tics, trouble de la relation parent-enfant etc) car, même si la relaxation du SIO peut être volontaire, la remontée alimentaire reste généralement involontaire et majoritairement non intentionnelle (82).

En effet, bien qu'il existe très peu d'études, le mérycisme a été décrit, chez des patients avec une fonction intellectuelle normale, comme un TCA en lien avec la dépression, l'anxiété, le stress et les troubles alimentaires (82).

Certains facteurs prédisposants ont été évoqués, comme un défaut de stimulation, une carence en soins, des conditions de vie difficiles ou encore des problèmes relationnels avec les parents (82).

On retrouve très fréquemment un évènement déclenchant comme un traumatisme psychologique avant la survenue des symptômes de mérycisme, ou une infection virale causant des vomissements qui ne s'amendent pas à distance de l'épisode aigu (67).

Chez le nourrisson, le mérycisme est décrit dans une situation de carence, comme une insuffisance du lien mère/bébé, ce trouble étant classiquement observé dans les cas où la mère souffre de difficultés psychiques et n'arrive pas à être émotionnellement en lien avec son bébé, par exemple, lors d'une dépression du post-partum (82).

Contrairement aux nourrissons, chez l'enfant comme chez l'adulte, les éléments psychopathologiques sont largement méconnus. (82)

Par le passé, il a été décrit, chez des patients avec une déficience intellectuelle ou atteints d'autisme, le symptôme de régurgitation comme amenant un autoapaisement. (82)

Concernant l'ARFID, la cause exacte de la maladie est inconnue, les connaissances sont peu importantes (85).

Ce trouble peut avoir des composantes génétique et neurobiologique avec des études futures envisagées en ce sens (99).

Des modifications des hormones régulatrices de l'appétit pourraient contribuer au comportement alimentaire et aux manifestations cliniques de l'ARFID (99) mais elles sont à étudier.

Sur le plan psychopathologique, des composantes psychosociales sont évoquées, comme des antécédents de traumatisme, et/ou l'existence d'une anxiété et/ou celle d'un autisme et/ou la présence des troubles du développement (73) avec un apprentissage de l'évitement mis en place et l'existence possible de caractéristiques cognitives telles que la rigidité ou l'orientation vers les détails ayant un impact sur le maintien de l'ARFID (99).

Concernant certains TCA comme l'AN, la BN, le BED, l'OSFED et les EDNOS, les facteurs de risque, comprennent le sexe féminin, la tranche d'âge allant de 16 à 25 ans, un antécédent familial de TCA, des antécédents de maladies psychiatriques (par exemple de dépression, de troubles d'anxiété et d'addictions), l'utilisation antérieure de régimes et une attention particulièrement vive portée à l'alimentation, des abus physiques et/ou sexuels, une faible estime de soi, une préoccupation importante par la forme corporelle, une obésité pendant l'enfance ou l'adolescence, et certaines professions dans lesquelles la performance et la forme physique sont regardées positivement, tels que le sport de haut niveau, la danse etc (33).

Les TCA apparaissent le plus souvent chez les jeunes femmes alors qu'elles sont encore à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, ce qui coïncide avec le début de la période de reproduction. Par conséquent, la relation entre les TCA et la santé reproductive reste une question qui suscite la réflexion, en particulier dans le contexte des dysfonctionnements sexuels et des troubles menstruels observés chez les femmes atteintes de TCA (58).

Les patients souffrant de TCA auraient des déficits des fonctions exécutives incluant la prise de décisions, la flexibilité mentale et la cohérence centrale. Ainsi certains traits cognitifs retrouvés chez les sujets souffrant de TCA (comme le perfectionnisme, la peur de se tromper et la résistance à changer) seraient liés à une faiblesse de la cohérence centrale, c'est-à-dire une tendance à traiter les informations dans le détail, une attention aux détails associée à une incapacité à intégrer ces informations dans une compréhension plus générale. Les patients TCA auraient plus de difficulté à s'adapter à la nouveauté et aux changements de leur environnement. La difficulté à „guérir“ les TCA serait en partie liée à cette combinaison (116).

La dimension socio-culturelle occuperait un rôle important dans l'occurrence de certains TCA comme l'AN, la BN, le BED, l'OSFED et les EDNOS.

Si dans le passé, ces TCA ont été caractérisés comme des syndromes spécifiques aux sujets caucasiens des sociétés industrialisées occidentales, des études récentes démontrent que ces TCA sont présents aussi dans les pays non occidentaux et parmi les minorités ethniques. Cette occurrence

croissante a été associée à la transition culturelle et à la mondialisation, y compris la modernisation, l'urbanisation et l'exposition médiatique promouvant l'idéal de beauté occidental (63).

Ainsi, culturellement, dans les sociétés occidentales, l'obésité est considérée comme "laide" on parle d'"obésophobie" (112). Par opposition, la maigreur est valorisée. Les médias alimentent les préoccupations de minceur et seraient un premier stimulus pour développer une AN (61).

Parallèlement, une pression s'exerce sur le corps dont l'image devient symbole de réussite. Cette pression ne serait celle d'une apparence physique mais aussi celle d'un idéal de performance lié à l'individualisation.

Ainsi, des préoccupations excessives peuvent apparaître concernant le poids ou des antécédents de régimes et semblent indiquer un risque accru de développer un trouble d'AN (à titre d'exemple, plus de 50 % des filles prépubères aux Etats-Unis font un régime alimentaire ou prennent d'autres mesures pour contrôler leur poids) (61). Les jeunes adolescentes de milieu social aisé souhaitent davantage être mince que celles de milieux sociaux plus modeste. Il existerait une corrélation positive entre le genre, la classe sociale et le désir de minceur (112).

Par ailleurs, un lien apparaîtrait déjà entre milieu social modeste et obésité féminine (112).

Sur le plan neurobiologique, il existe peu d'études concernant les TCA en général, certains des troubles étant inexplorés (le BED et l'ARFID).

Sur le plan neurobiologique, l'ensemble des recherches sur les TCA ont identifié l'impact à court terme des TCA, en particulier sur la structure du cerveau, les voies de récompense du cerveau étant impliquées dans la modification de l'activité cérébrale dans le TCA.

De récentes recherches (54) ont pu mettre en évidence que la restriction alimentaire, la frénésie alimentaire et la purge modifient la structure du cerveau. L'insula et le cortex orbitofrontal sont importants pour la perception du goût et l'évaluation de la récompense (alimentaire), et des altérations pourraient interférer avec l'envie de manger. Une connectivité fonctionnelle plus faible à l'état de repos a été observée chez les personnes souffrant de TCA, impliquant des réseaux associés à la fonction exécutive, au traitement de la récompense et à la perception, soutenant la notion que ces circuits sont altérés dans les TCA (54). Les altérations du système nerveux pendant l'état de repos pourraient perturber la "disposition" à s'approcher de la nourriture (54).

Les patients souffrant de TCA évoquent des symptômes liés à l'alimentation qui ressemblent à ceux présentés classiquement lors de troubles de l'usage des substances, comme les envies impérieuse (craving) et des rituels compulsifs de consommation. Cette ressemblance peut refléter, la participation de certains systèmes neuronaux communs, notamment ceux impliqués dans le circuit d'autorégulation et de la récompense (53).

Par ailleurs, le modèle de l'addiction est retenu pour mieux appréhender les TCA, de type AN et BN plus précisément, tant sur le plan neurobiologique que dans une dimension plus psychopathologique, avec une clinique observée de la dépendance.

Il s'agirait en fait d'une addiction au plaisir de maigrir plutôt qu'une peur de grossir (112).

En effet, si le "choix" du type de conduite et les effets de l'objet d'addiction sont radicalement différents comparé à une addiction aux substances/jeux etc, la genèse et la pérennisation de la conduite comportent des points communs : un début à l'adolescence, le caractère compulsif et obsessionnel ; un sentiment de vide et une impulsivité précédant le recours à l'objet d'addiction lors des accès hyperphagiques ; la substitution d'une relation de dépendance à l'objet

humain par une dépendance à un objet externe (l'alimentation), et un maintien de la conduite malgré les effets de manque et les conséquences psychologiques, biologiques et sociales délétères.

L'adolescence est un âge sensible, une période d'autonomisation, d'identification et de séparation. L'apparence physique est une donnée importante pour l'estime de soi à cet âge. La perte de poids peut apporter à la fois un soulagement et une satisfaction émotionnelle intense au travers d'un bénéfice sensoriel (sédation de l'anxiété, sentiment de toute puissance et euphorie) et social (gratification du régime et de la perte de poids).

La fonction du symptôme addictif dans ces conduites est conçue comme une défense contre des affects dépressifs ou encore comme un autostimulant face à un sentiment de vide désorganisateur. Ainsi, on observe un premier temps dans lequel ces conduites procurent un apaisement sur le plan psychique, l'adolescent trouvant satisfaction dans cette stratégie de gestion du stress et des émotions. Puis les conduites évoluent pour elles-mêmes, le patient AN y aura à nouveau recours telle une drogue (112). Progressivement, ces comportements auront leurs propres complications psychiques et biologiques, jusqu'à mener souvent à une désinsertion sociale, qui accroît la souffrance initiale. Le comportement pathologique alimentaire a donc des effets psychotropes répondant à des mécanismes neurobiologiques semblables à ceux que l'on retrouve dans la dépendance à un produit toxique (17).

La dépendance à la conduite alimentaire, qui tient une fonction d'équilibre pour le sujet et devient centrale tout en étant destructrice, est souvent masquée et déniée par le patient atteint (17).

Le contexte familial pourrait être à la fois un facteur de vulnérabilité et de maintien de ce comportement (haut-niveau de critique, conflits, ou négligence)(112).

Le comportement AN peut être lu comme un auto sabotage. L'AN s'apparente à une lutte permanente contre l'avidité tandis que la BN montre une impossibilité à différer la satisfaction d'un désir (112).

Concernant plus spécifiquement l'AN, il n'y a pas d'étiologie précise connue, le trouble est poly factoriel (58). Peu de facteurs de risque ont été identifiés, sauf le sexe féminin.

Les traumatismes liés à la naissance, une prématurité, une séparation précoce ou bien la surprotection d'enfant fragile représente des facteurs de stress fréquemment retrouvés dans l'AN.

Ainsi les événements périnataux interagiraient avec le patrimoine génétique de sujets vulnérables augmentant ainsi le risque de développer une AN à l'adolescence.

Sur le plan psychopathologique, les patientes AN sont préoccupées par l'image corporelle, le poids, leur aptitude à les contrôler et surévaluent leur importance. Elles se sentent valorisées dans leur capacité de contrôle qu'elles tirent de la sous-alimentation (11).

La psychopathologie de l'AN, de manière intégrative, comprend les abords psychanalytique/psychodynamique, attachementiste, systémique, cognitivo comportemental et neuroscientifique (neurobiologique et cérébrale) (112).

Concernant l'abord psychanalytique/psychodynamique, la première hypothèse décrit les patientes souffrant d'AN comme de jeunes femmes qui craignent la féminité et l'hétérosexualité, et définit l'acte de manger comme l'expression de la libido ou de pulsions sexuelles (Freud, 1895). L'AN est alors considérée comme un véritable symptôme de conversion lié au refoulement de la sexualité avec déplacement de la genitalité vers l'oralité, l'acte alimentaire étant érotisé et provoquant le refoulement de l'appétit (112).

Quelques décennies plus tard, l'AN est associé aux problématiques de l'adolescence (Kestenberg). Ainsi, les bouleversements pubertaires agiraient comme détonateur chez une adolescente dont l'image corporelle n'est pas suffisamment unitaire. Cette unité serait menacée par "une grande vulnérabilité de l'organisation narcissique" liée d'une part à une mauvaise qualité

d'investissements des objets précoces (en particulier la figure maternelle) et d'autre part à une incapacité de désinvestissement de ces objets (112).

Concomitamment, les jeunes patientes AN seraient considérées comme non préparées à faire face aux conséquences psychologiques et sociales de l'âge adulte et notamment à ce qui implique la sexualité et, en refusant de manger, elles ralentiraient alors le processus de maturation sexuelle (aménorrhée, corps ressemblant à celui d'une enfant) (H.Bruch) (112).

Aussi, les patientes AN pourraient être dans un contrôle du corps, en opposition à une vie qui leur échappe (112)

Donc, le refus de s'alimenter ne serait pas dû à un véritable dégoût, mais bien au contraire à une impulsion à manger contre laquelle la patiente AN présente une défense efficace, celle-ci luttant contre le "fantasme boulimique" par la négation de ses besoins corporels, y trouvant une forme de jouissance et d'excitation appelée "orgasme de la faim" (Kestemberg) (112).

La jeune fille AN apparaît alors comme une fille modèle qui alterne entre complaisance et rébellion, le refus de la nourriture étant une forme de toute puissance (112).

L'AN se révèle souvent pendant la puberté, période clé de l'autonomisation sociale et de la sexualisation durant laquelle les individus sont focalisés sur l'image du corps et l'image de soi. Elle débute toujours par une restriction alimentaire, le plus souvent voulue ("régime") parfois fortuite, impliquant une dénutrition.

Concernant l'abord psychodynamique, les TCA sont envisagés comme des conduites de dépendance (Corcos et Jeammet (2003)).

L'origine de cette dépendance serait à chercher dans l'inconstance des relations précoces mère-enfant où la mère n'aurait pas été en capacité de distinguer elle-même les demandes affectives des besoins physiologiques de son nourrisson, et aurait ainsi répondu de façon inadéquate aux demandes de l'enfant, qui, pas la suite ne parviendrait pas à identifier ses propres émotions et ses sentiments. Les bouleversements internes liés à l'adolescence ainsi que la nécessité de construire sa propre identité seraient des facteurs catalyseurs d'angoisses massives archaïques (abandon) (112).

L'alexithymie, désignant l'incapacité à exprimer ses émotions par des mots, est au cœur de cette conception de l'AN, et sert à court-circuiter, à travers l'agir comportemental, des affects intolérables (M. Corcos (2003)) qui seraient le produit de la réactualisation à l'adolescente d'un deuil de l'"objet primaire" (la mère le plus souvent) non résolu.

Ainsi, la "phobie du relationnel" constante dans l'AN serait un mode opératoire alexithymique très organisé (P. Jeammet (1992)). L'évitement de la pensée et de l'éprouvé mis en place par le sujet dans ses relations ultérieures a pour fonction essentielle de ne pas mettre en péril une organisation d'être au monde sécurisante (112).

Concernant l'abord attachementiste, les adolescentes atteintes d'AN auraient une sécurité d'attachement plus faible (114) et des difficultés de mentalisation, qui pourraient être liées à leurs symptôme et à leur manque d'autonomie (115).

Concernant l'abord systémique, l'AN serait d'abord une opposition parentale avant d'être éventuellement une opposition sociétale.

Ainsi, il existerait certaines formes d'environnement familial favorisant un mode passif de défiance comme le fait de refuser de manger et rendrait difficile pour les membres de cette famille le fait de faire valoir leur individualité (S. Minuchin) (112).

La "famille psychosomatique" est définie, contrôlante, perfectionniste et non confrontationnelle et la jeune fille AN y est comme "empêtrée". Le processus normal d'individualisation est bloqué par les besoins psychologiques de cette jeune fille, de ses parents et de la fratrie. Dans cette théorie du système familial, la patiente seule n'est pas AN, c'est toute la famille qui est AN. L'adolescence annonce la séparation future entre l'enfant et ses parents, cette séparation menacerait l'équilibre familial d'autant plus qu'il existerait des difficultés anciennes (dépression d'un parent, conjugopathie, etc). Le symptôme AN aurait alors un rôle dans

l'homéostasie familiale, soit de mécanisme de régulation au sein de la famille, visant à maintenir sa structure constante chaque fois que celle-ci est menacée (112). Ainsi, l'AN, permettrait de réduire la crise familiale induite par l'adolescence, et légitimerait le fait que les parents du sujet AN continuent de s'occuper de leur adolescent comme s'il était encore un enfant (112).

Il existe des familles ayant des caractéristiques familiales potentialisatrices comme la dépression, l'alcoolisme, les TCA chez l'un ou les deux parents, les conflits familiaux, la conjugopathie, l'absence de communication ouverte, l'usage d'une communication paradoxale ("sois adulte" versus "reste avec moi"), une éducation centrée sur la performance et la réussite, ou encore un attachement fusionnel avec l'un de deux parents et la mise à l'écart de l'autre (112).

Ainsi, la patiente AN souffre d'un besoin multiforme d'exercice du pouvoir, une véritable addiction parfois comparée à une jouissance, sur son corps, d'abord, puis sur les membres de sa famille et, plus loin encore, sur son cadre social immédiat, notamment son milieu scolaire (113).

Concernant la dynamique familiale, l'hypothèse évoquée, classique maintenant, sera celle d'une structuration plus verticale qu'horizontale de la famille, ce qui correspond en l'occurrence au fait que les adultes sont plus parents que membres d'un couple, plus nourriciers et dédiés à leurs enfants que préoccupés par leur propre vie affective. La patiente AN, par l'extrême focalisation des autres sur son comportement, notamment alimentaire, est dite parentifiée, au sens où menant l'ensemble des interactions familiales, elle prend une place prépondérante dans le quotidien, au détriment des prérogatives des autres membres de la fratrie, lorsqu'ils sont présents.

Il est souvent décrit des pères absents, des mères distantes et froides et le lien entre l'existence d'un climat incestueux et l'apparition de TCA (féminité abolie). La difficulté réside, bien évidemment, dans la fréquence des non-dits qui accompagnent l'existence de ce climat.

Ainsi, l'association entre fragilité du couple parental, distanciation de la mère et idéalisation du père peut amener l'adolescente à une solution paradoxale, dans laquelle son refus de la féminité lui permet à la fois d'éloigner toute menace d'inceste et de prendre le contrôle d'un système familial où les adultes sont disqualifiés en tant que garants de la mise en place et du respect d'une "loi". Le couple parental, implique ainsi le ou les enfants dans les interactions conjugales. Encore une fois, face à ce délitement, la patiente AN a en quelque sorte besoin de territoires pour exercer son pouvoir (113).

L'approche cognitivo-comportementale débute avec l'application thérapeutique du modèle comportemental et cognitif de la dépression transposée aux patientes AN. Cette transposition sera adaptée et aborde 3 niveaux de la cognition supposés perturbés qui sont les pensées automatiques, les processus cognitifs et les schémas cognitifs.

Les pensées automatiques sont observables, passent souvent inaperçues bien qu'elles déterminent pour une grande part les émotions. Elles reposent sur des schémas cognitifs (connaissances élaborées à partir de l'expérience).

Les processus cognitifs sont les différents modes à travers lesquels un système traite l'information en y répondant par une action.

Les schémas cognitifs sont les connaissances élaborées à partir de l'expérience, qui constituent des croyances de base concernant des aspects importants de l'adaptation. Les schémas cognitifs guident l'interprétation des nouvelles situations, interprétations qui sont souvent accessibles par l'observation des pensées automatiques.

La cognition jouerait un rôle déterminant tant dans la survenue du trouble AN que dans son maintien. Ces cognitions ou pensées peuvent être déclenchées par un stimuli interne ou externe. Ainsi, les pensées automatiques qui en résultent sont relativement résistantes aux données issues du monde extérieur du fait des erreurs de raisonnement sous-jacentes, ou des distorsions cognitives.

Ces distorsions cognitives concernent l'alimentation, l'image du corps, les relations aux autres et l'estime de soi et sont l'abstraction sélective (s'attacher à des détails isolés de telle sorte que la signification de l'ensemble n'est plus perçue), le raisonnement dichotomique (raisonnement en tout ou rien), la généralisation (extraction d'une règle basée sur un événement et transposée à des situations non semblables), la dramatisation, les pensées magiques (établissement d'une relation de cause à effet entre des événements non contingents) et la maximalisation (surestimation des conséquences d'un événement indésirable).

Toutes ces distorsions de la pensée perturberaient le traitement des informations relatives au corps, aux aliments et à l'autre. Il en résulterait une propension à lier de façon étroite l'image du corps avec l'estime de soi, le bonheur et la réussite.

Les schémas cognitifs (structure cognitive organisée à partir d'expériences et de réactions passées) participeraient à la chronicisation de la maladie. Les schémas de soi correspondent le plus souvent à une généralisation cognitive des expériences passées.

Par exemple, la peur du rejet et le manque d'estime de soi entraînent le plus souvent des conduites d'évitement qui confortent les croyances et les pensées erronées à l'origine du manque d'estime de soi. Aussi en évitant de faire de nouvelles expériences, anticipées comme douloureuse, le sujet reste soumis à ses peurs avec une baisse de confiance en lui, c'est un cercle vicieux (112).

Des études rétrospectives montrent qu'une autodépréciation dans l'enfance serait significativement plus fréquente chez les femmes souffrant d'un TCA que celles n'en souffrant pas. Ainsi, une faible estime de soi prédisposerait au développement d'un TCA (112).

Les premières thérapies cognitivo-comportementales spécifiques de l'AN étaient des thérapies d'exposition. En effet, au départ, l'AN a été décrit comme "une phobie du poids" avec des pensées erronées à l'origine de ce trouble du comportement (Crisp (1965).

Plus tard, une théorie cognitivo-comportementale de la chronicisation de l'AN sera proposée. Ainsi, au début du trouble, il existe un besoin extrême de contrôle sur la nourriture en rapport avec les sentiments d'inefficacité et de perfectionnisme, eux-mêmes en interaction avec une estime de soi basse. Ce besoin de contrôle de soi à travers l'alimentation se fonderait sur plusieurs raisons : la restriction qui fournit un résultat immédiat et direct sur le contrôle de soi ; son effet puissant sur les autres ; il est encouragé par la famille qui focalise sur le comportement alimentaire ; il influence les effets de la puberté et est encouragé par les société occidentale (112).

Le maintien du trouble s'opérerait par 3 mécanismes de rétrocontrôle qui sont la restriction alimentaire qui accroît le sentiment de maîtrise, le succès initial ayant un effet catalyseur pour la suite.

Au fur et à mesure, les individus maîtrisent un à un tous les domaines de leur vie.

Ce sentiment de compétence retrouvé ou trouvé explique la profonde résistance au changement.

L'inanition (état de faiblesse pathologique causé par le manque de nourriture) encourage la restriction. Les distorsions cognitives concernant la perception du corps et la nourriture entrave la prise alimentaire. Le besoin de maîtrise semble au cœur de l'AN et les considérations pondérales et corporelles sont un ajout spécifiquement culturel à la pathologie alimentaire car elles ne sont pas toujours présentes (112).

L'abord globale gènes-environnement-biologie explore le plan hormonal, immunitaire et bactérien, génétique, neurobiologique et le microbiote.

Sur le plan hormonal, des taux anormaux hormonaux, de polypeptides ou encore de neurotransmetteurs ont été repérés chez les patientes AN comme un hyperfonctionnement du système sérotoninergique ou une anomalie de l'axe corticotrope avec une augmentation de la sécrétion de cortisol, l'hormone de stress (61).

Les anomalies endocriniennes sont fréquentes et comprennent des taux d'hormones gonadiques bas, des taux légèrement diminués de thyroxine (T4) et de triiodothyronine (T3).

Des dérèglements hormonaux sont aussi suspectés comme la ghréline, hormone stimulatrice de l'appétit et de la faim, qui présenterait un taux plasmatique anormalement élevé chez les patients AN avec l'hypothèse émise, soit d'une sensibilité diminuée à cette hormone, soit d'une contribution à une aversion active alimentaire, via la stimulation chronique de structures cérébrales et la libération de neurotransmetteurs responsables du vécu d'anxiété des patients lors de la prise alimentaire. Les scientifiques tentent donc de clarifier le rôle de cette hormone et d'identifier d'autres neuropeptides qui pourraient également être impliqués dans les TCA, telles que l'insuline et la leptine, qui, comme la ghréline, pourraient avoir une action sur certaines structures cérébrales, notamment sur le système de récompense pouvant également contribuer à la perturbation du comportement alimentaire (58).

A noter que ces anomalies sont inconstantes, et régressent avec la renutrition ce qui laisse à penser qu'elles sont plutôt la conséquence de la dénutrition que la cause (112).

La piste immunitaire et bactérienne a été explorée notamment avec le rôle immun d'*Escherichia Coli* sur la régulation de l'activité l' α -Melanocyte-stimulating hormone (α -MSH). L' α -MSH est impliquée dans la régulation de l'équilibre énergétique en diminuant la prise alimentaire et en augmentant la dépense énergétique tout en régulant aussi l'humeur et les émotions en augmentant l'anxiété. Les variations du niveau d'IgG et d'affinité des anticorps anti- α -MSH influencent la médiation de la mélanotropine sur la satiété et l'anxiété. Il existe une homologie de structure entre plusieurs protéines issues de bactéries spécifiques de la flore intestinale dont *E. Coli* et la structure de l' α -MSH. Cette homologie entraînerait une immunité croisée qui perturberait la régulation de l'appétit et de l'anxiété (112).

Sur le plan de la génétique, aucun gène prédisposant directement à l'AN n'a été mis en évidence, mais il se peut plutôt qu'il existe des prédispositions génétiques, avec de nombreux gènes à effet mineur contribuant à l'apparition de ce trouble en présence d'autres facteurs de risque (58-60).

La notion d'une transmission familiale des TCA est déjà existante. Le fait d'avoir un parent biologique souffrant lui-même d'AN multiplierait par 11,3 pour ses enfants le risque de développer une AN et par 4,2 le risque de développer une BN d'emblée. Le risque de développer une AN est multiplié par 12,3 si l'un des parents est BN (112).

Dans une analyse bidimensionnelle de l'AN et de la dépression majeure portant sur des jumeaux homozygotes et dizygotes, l'hérédité de l'AN a été estimée à 58 % et a montré qu'il existait une corrélation génétique dans l'hérédité de l'AN et de la dépression majeure (112).

Des variations génétiques ont été associées à certains aspects comportementaux, psychiatriques et/ou métaboliques présents dans l'AN. Ainsi, les personnes souffrant d'AN présenteraient plus fréquemment des mutations sur des gènes déjà associés aux troubles obsessionnels compulsifs, à la dépression, à l'anxiété, à une forte inclination pour l'activité physique, mais aussi à un moindre risque de développer un diabète et à un faible IMC (58-60).

Une attention particulière est portée aux variants du gène du BDNF (Brain-Derived Neurotrophic Factor soit facteur neurotrophique de croissance dérivé du cerveau présent sur le chromosome 11) corrélées à plusieurs symptômes de la maladie, comme l'aspect de récompense lié à la maigreur (58). Le gène BDNF fournit des instructions pour fabriquer la protéine BDNF. Cette protéine est présente dans le cerveau et la moelle épinière et favorise la survie des cellules nerveuses/neurones en jouant un rôle dans la croissance, la maturation (différenciation) et le maintien/entretien de ces cellules. Dans le cerveau, la protéine BDNF est active au niveau des connexions entre les cellules nerveuses (synapses), où se produit donc la communication entre les cellules. Les synapses peuvent changer et s'adapter au fil du temps en réponse à l'expérience, une caractéristique appelée plasticité synaptique. La protéine BDNF aide à réguler la plasticité synaptique, qui est importante pour l'apprentissage et la mémoire (75) (l'expression du gène BDNF serait réduite chez les patients atteints des maladies d'Alzheimer, de Parkinson et de Huntington). Ce gène BDNF pourrait aussi jouer un rôle dans la régulation de la réponse au stress et dans la biologie des troubles de l'humeur.

La protéine BDNF se trouve dans les régions du cerveau qui contrôlent l'alimentation, la boisson et le poids corporel ; la protéine contribuant probablement à la gestion de ces fonctions (75). Certaines variations génétiques communes (polymorphismes) du gène BDNF ont été associées à un risque accru de développer des troubles psychiatriques tels que le trouble bipolaire, l'anxiété et les troubles de l'alimentation. Un grand nombre de facteurs génétiques et environnementaux, dont la plupart restent inconnus, déterminent probablement le risque de développer ces troubles complexes (75).

Le rôle de l'environnement sur la régulation de l'expression des gènes encore appelé épigénétique est également envisagé.

Concernant le microbiote (ensemble des microbes peuplant l'appareil digestif qui établiraient des communications avec le reste de l'organisme via la circulation sanguine et via l'axe intestin-cerveau qui englobe l'ensemble des signaux biologiques existants entre le système gastro-intestinal et le système nerveux central), une altération de l'équilibre microbiote intestinal appelée "dysbiose intestinale" a été mise en évidence dans l'AN. Des interrogations sont en cours sur la chronologie d'apparition de l'AN et des anomalies du microbiote (anomalies du microbiote antérieures à l'installation du trouble AN ou résultantes ?). Une diminution de certaines espèces bactériennes productrices d'acides gras à chaîne courte, bénéfiques pour les parois intestinales et le cerveau aurait été observée. Concomitamment, une augmentation d'espèces bactériennes dégradant des composants de la paroi intestinale a été constatée, ce qui entraînerait une hausse de la perméabilité intestinale, avec une inflammation et une stimulation de la réponse immune résultantes, avec des effets possibles sur le fonctionnement cérébral (58). L'existence d'espèces surreprésentées dans la flore intestinale des patients atteints d'AN, notamment des bactéries produisant une protéine (ClpB) ayant une forte analogie structurale avec l'hormone de la satiété, est également source d'interrogation avec l'hypothèse émise que la réponse immune initialement

dirigée vers ClpB pourrait également cibler les récepteurs de l'hormone de satiété et, en les stimulant chroniquement, décourager la prise alimentaire (58). Un retour au poids normal et une alimentation diversifiée, riche en fibres et acides gras polyinsaturés pourrait permettre de corriger, au moins en partie, la dysbiose intestinale des patients et rétablir une flore intestinale plus proche de celle de personnes non anorexiques (58).

Sur le plan neurobiologique, des anomalies de la neurotransmission ont été repérées, avec des dysfonctionnements des circuits neuronaux qui sous-tendent les symptômes de la maladie, comme un hyperfonctionnement du système sérotoninergique (impliqué dans la régulation de la faim et les addictions) et des anomalies du circuit dopaminergique (58). Une dérégulation du système de prise de décision et de motivation semblerait impliquée, avec une réduction de la motivation à s'alimenter, et une routine centrée sur l'alimentation et le sport. Les choix sont davantage guidés par les habitudes, et les capacités de changement et d'adaptation altérées. Ainsi, le corps s'adapterait à la restriction alimentaire, prolongée par des modifications des systèmes de régulation de l'appétit, du métabolisme, de l'humeur.

Ainsi le système cérébral de la récompense serait altéré chez environ 80 % des patients. Normalement les éléments appétissants provoquent la libération d'endorphine, reflétant le plaisir pris à les déguster, mais chez les personnes souffrant d'AN, c'est au contraire le jeûne, les restrictions alimentaires et l'activité physique intense qui sont à l'origine d'une libération d'endorphines, une personne atteinte d'AN se réjouissant et exprimant une satisfaction face à sa maigreur et son pouvoir de contrôle sur son corps. Le système dysfonctionne et appelle alors ces comportements, les renforce et les perpétue (58).

Ces différents modes de prises de décisions (habitude ou nouveauté) sont contrôlés par des régions différentes du cerveau. Les anomalies qui pourraient expliquer le manque de capacité de ces jeunes à modifier leur comportement, ce qui renforcerait leur restriction alimentaire (58) sont étudiées.

La notion d'anomalies serait retrouvée dans certaines zones cérébrales (répartition substance blanche/ substance grise par exemple) sans déterminer si elles étaient présentes avant l'AN ou résultantes de la dénutrition.

Certains traits de personnalité seraient très fréquemment retrouvés chez les sujets AN et seraient présents bien avant la survenue de la maladie : perfectionnisme, pseudo-maturité, rigidité et obsessionnalité. Ces traits étant associés à une hyperactivité sérotoninergique. Cet hyperfonctionnement du système sérotoninergique a été démontré chez des patientes en rémission depuis plusieurs années par l'augmentation du métabolisme de la dégradation de la sérotonine dans le liquide cérébral (112).

Sur le plan neurochimiques, une sensibilité augmentée aux récepteurs cérébraux dopaminergiques est retrouvée, or ces récepteurs régulent le plaisir et la régulation hormonale des comportements d'appétit et de satiété postprandiale (11).

Les troubles alimentaires que sont l'AN et la BN sont intimement liés et peuvent être associés ou s'alterner : 20 à 50% des sujets souffrant d'AN seraient de type purgatif et 27% des

sujets souffrant de BN auraient des antécédents d'AN (58). Entre un tiers et la moitié des patients souffrant d'AN passent du type restrictif au moment de l'adolescence au type purgatif aux alentours de 18 ans. Les raisons de cette évolution ne sont pas connues. Le pronostic de guérison est équivalent chez les jeunes femmes souffrant d'AN de type restrictif ou d'AN de type purgatif (58).

Des facteurs psychologiques comme la dépression, l'anxiété, les troubles obsessionnels compulsifs, des troubles de la personnalité ou un trouble dysmorphique corporel pourraient être des comorbidités associées ou agir en tant que mécanismes déclencheurs.

De nombreux facteurs sociaux sont importants dans le déclenchement de ces troubles, comme des stress précoces avec des difficultés périnatales ou un traumatisme psychologique durant l'enfance (la maltraitance et les abus sexuels (58) la négligence) ou des facteurs de stress interpersonnels, comme une rupture de l'unité familiale ou une surprotection familiale par exemple, ou des événements de vie traumatisant (deuil) ou encore la pression culturelle exercée par les films et les magazines (58).

La restriction cognitive est une caractéristique commune à l'AN et à la BN.

La restriction cognitive est un état instable alternant entre deux phases, la plupart du temps, avec une périodicité variable, la phase d'hyper-contrôle/état d'inhibition sans perte de contrôle et la phase de perte de contrôle/état de désinhibition (32).

L'AN de type restrictif reste uniquement dans la première phase.

La phase d'hyper contrôle est donc l'état d'inhibition sans perte de contrôle et elle comporte deux phases distinctes : la phase volontariste et la phase inconsciente.

Pendant la phase volontariste, dominée par des cognitions, l'individu renonce délibérément à écouter ses sensations alimentaires de faim et de satiété pour s'en remettre à des règles strictes et des croyances alimentaires erronées devant permettre de contrôler le poids. Ce comportement alimentaire en décalage avec les systèmes physiologiques de régulation de la prise alimentaire, entraîne une perturbation des sensations alimentaires, qui ne guident plus les prises alimentaires. Il en résulte pour l'individu une focalisation et une obsession sur la nourriture.

Pendant la phase inconsciente, les sensations alimentaires de faim, de rassasiement et de satiété sont brouillées et le comportement alimentaire est gouverné par des processus cognitifs inconscients et des émotions. Les processus cognitifs incitent la personne, à son insu, à manger au-delà de sa faim et viennent se substituer à ses sensations alimentaires. La restriction cognitive empêche donc que la prise alimentaire soit réconfortante dans la mesure où le mangeur ne peut penser du bien d'aliments qu'il juge néfastes au contrôle de son poids, voire à son état de santé. Il est donc conduit à poursuivre vainement sa consommation à la recherche d'un réconfort qu'il pressent sans jamais pouvoir l'obtenir.

Durant un temps variable, l'état de restriction cognitive se résume à la phase d'hyper-contrôle, puis, dans la plupart des cas, il alterne avec un état de désinhibition et de perte de contrôle.

L'état de désinhibition ou de perte de contrôle est habituellement considérée comme l'élément prépondérant, caractéristique de la restriction cognitive. Les facteurs déclenchants sont divers : exposition à des aliments interdits, émotions et dysphorie, prise d'alcool ou de médicaments, variations physiologiques, accès de fatigue, événements de vie entraînant une rupture de l'équilibre psychologique de la personne. Il est difficile de prévoir les conséquences pondérales de la restriction cognitive.

Le poids du sujet apparaît comme la résultante de la fiabilité de ses sensations alimentaires et de ses capacités à résister à ses pertes de contrôle. On peut concevoir qu'un hyper-contrôle sans faille s'associe à une restriction calorique sévère et un poids bas, comme on le voit chez certains restreints chroniques ou chez les personnes souffrant d'AN.

Enfin, ceux qui alternent les deux phases présenteront un poids variable, évoluant parfois en yoyo, selon l'intensité des réductions caloriques compensatoires qu'ils parviendront à s'imposer.

La restriction cognitive peut engendrer diverses carences en micronutriments en raison de la restriction alimentaire, particulièrement pour les personnes qui se maintiennent dans la phase d'inhibition sans perte de contrôle. Il est également possible pour les personnes n'ayant pas de diagnostic de TCA de développer des carences en raison de la restriction cognitive.

Donc, préoccupé excessivement par son poids et sa silhouette, généralement pour compenser une basse estime de soi, l'individu entre dans le cercle vicieux de la restriction cognitive et se restreint de manière stricte au niveau alimentaire. En réponse à divers facteurs, comme des émotions négatives ou une frustration alimentaire, l'individu présente une perte de contrôle sous forme d'accès hyperphagique. L'individu culpabilise alors, ce qui renforce sa mauvaise estime de lui. Afin de reprendre le contrôle, il a recours à des comportements compensatoires et retombe dans la restriction alimentaire. Le cercle vicieux est ainsi refermé.

Concernant le BED, les connaissances le concernant sont peu importantes du fait de son apparition récente (85). Il présenterait de fortes similitudes dans ses mécanismes et sa psychopathologie avec la BN qui vont être décrits ensuite, la différence entre ces deux troubles étant l'absence de comportements compensateurs dans le BED.

Sur le plan de la physiopathologie et de la psychopathologie de la BN est associée à un manque de contrôle et à de l'impulsivité.

Ces traits de personnalité peuvent expliquer certains comportements qui lui sont associés, comme l'abus de substances, les jeux d'argent, des relations sexuelles et d'autres comportements à risque.

Sur le plan biologique, la BN a des prédispositions favorisant le stress et la dépression (11).

Sur le plan cognitif, la BN présente une altération cognitive typique avec a deux aspects principaux : l'insatisfaction par rapport à sa figure corporelle et les idées surévaluées à propos du poids et de l'image. Ainsi, l'idéalisation du poids et de la figure corporelle mènerait la patiente à faire des régimes hypocaloriques (101).

La BN est marquée par un trouble de la dépendance, qui s'installe pour compenser

une "blessure" psychique non résolue, avec une addiction mise en place, le produit étant la nourriture (117).

Les symptômes sont généralement associés à un trouble de la personnalité, particulièrement le trouble de la personnalité borderline.

Les personnes atteintes de BN auraient une dynamique de suradaptation à l'environnement, les besoins et les désirs de l'environnement étant prioritaires, dans l'objectif de plaire à l'environnement. Les besoins du patient sont eux réprimés et vécus comme dangereux par le patient lui-même (117).

Les patientes BN ont une incapacité à opposer un refus sinon par la fuite, ont une peur de la confrontation et une très grande sensibilité au regard de l'autre. De ce fait, elles développent ainsi une fausse personnalité, ou „faux-self“ pour plaire aux autres et sont, en conséquence, dans l'ignorance de ce qu'elles veulent (indépendamment de leur besoin ressenti d'être aimé).

Ainsi, de nombreux paradoxes sont observables chez les patientes BN qui sont à la fois dans un désir de fusion à l'autre et dans une peur du contact, qui sont dans l'envie de recevoir des autres et en même temps dans une volonté de se suffire à soi-même, avec un besoin de s'affirmer mais une peur de la confrontation. C'est le paradoxe de la dépendance, ainsi le besoin de l'autre est recherché, mais le refus d'en être dépendant également avec une dépendance à la nourriture décidée dans une tentative de ressentir de la maîtrise.

Lors d'un accès hyperphagique, une sensation urgente, irrésistible, impérative et envahissante de manger est ressentie, tout en sachant que ce n'est pas motivé par la faim.

Peu d'émotions émergent concomitamment hormis le dégoût de soi.

La patiente va se mobiliser entièrement pour répondre à ce besoin impérieux sans possibilité de résister à la crise, avec la sensation de "ne pas avoir le choix".

L'action va consister à trouver dans l'urgence des aliments, puis de les engloutir. La satisfaction est inexistante, la personne s'arrêtant de manger uniquement parce qu'elle ne peut plus rien avaler, avec souvent par la suite un état de torpeur ou de flottement interne (Jeammet, 2005).

Lors de la crise hyperphagique, la patiente ne peut se mettre en retrait avec la sensation d'un échec, d'une incompétence, de la culpabilité et la perte de l'estime de soi.

Les patientes peuvent parvenir à décrire un sentiment constant de vide et d'ennui comme "un puits sans fond" avec un besoin de "combler ce vide" lors des accès hyperphagiques.

Elles peuvent aussi exprimer la peur de décevoir l'autre, l'angoisse d'abandon, le sentiment d'être transparent, la solitude, la nullité et la honte, la rage quand elle déborde et bien sûr la culpabilité.

En général, les patientes se coupent beaucoup de leurs émotions.

La pathologie BN BED résulterait de l'échec de la métabolisation des enjeux d'attachement et d'estime de soi en premier lieu.

Ces femmes qui s'envahissent de nourriture semblent avoir été envahies psychiquement à un âge où la maturité n'était pas suffisante pour en avoir conscience et se défendre.

On retrouve souvent dans l'enfant des antécédents de psychotraumatismes (abus sexuels, inceste, maltraitance, humiliations, violences physiques) (70), un abandon, le fait de ne pas avoir été considéré comme un enfant ou ne pas avoir été pris en compte dans ses besoins, de ne pas avoir eu de place, de déranger.

Dans ce contexte, l'enfant ne pourra évoluer avec insouciance dans un environnement sécurisant avec des parents capables de gérer leurs affects (117).

L'insupportable a été souvent d'«avalier» ces vécus traumatiques (la violence, la maltraitance et les humiliations), d'apprendre à éviter, de se taire, de fuir le rejet et la critique, d'amadouer l'un des parents, d'obéir au désir de l'autre.

Régulièrement, il y a eu une interdiction spécifique en elle-même imposé par le système familial (ne pas exprimer ses sentiments par exemple) et la menace de retrait d'amour en cas de désobéissance à l'interdiction (117).

Dans un mécanisme adaptatif, une anesthésie des émotions s'est entreprise y compris de la souffrance, les patientes se retrouvant en très grande difficulté pour décrire leur souffrance.

La psychopathologie des BN et BED est marquée également par l'impulsivité, définie comme une tendance à répondre rapidement à un stimuli immédiat avec une incapacité à différer ou à inhiber l'action, sans penser aux conséquences de ce comportement.

Les patients souffrant d'impulsivité alimentaire retrouvée lors des crises hyperphagiques seraient conditionnés à manger sous l'effet d'une émotion, avec un soulagement de celle-ci secondaire. Ainsi renforcé, ce comportement se réitère et devient un réflexe conditionné (116).

La patiente aura tendance à recourir à l'aliment pour des émotions de plus en plus faibles.

Ainsi, la tolérance émotionnelle baisse tandis que l'impulsivité s'intensifie, et s'amplifie progressivement du fait des émotions négatives qui accompagnent la prise alimentaire. Ainsi, plus le patient va mal, plus il mange et plus il mange, plus il va mal. Il ne supporte plus de manger mais ne parvient pas à vivre ses émotions. Il essaie donc de lutter, de mettre des stratégies en place pour éviter ces comportements alimentaires délétères pour sa santé mentale et pour son poids (116).

Les recherches en neuropsychologie mettent en évidence un lien entre un déficit d'inhibition de réponse et l'intensité des accès hyperphagiques.

De plus, les patients souffrant de BN et BED auraient des fonctions exécutives détériorées comparativement aux sujets sains. En effet, la pleine conscience, la thérapie d'acceptation et d'engagement et des entraînements spécifiques à des tâches "stop signal" ou "go/not go", centrés respectivement sur la flexibilité psychologique, l'augmentation de la tolérance émotionnelle et l'amélioration de l'inhibition alimentaire, semblent être des pistes thérapeutiques intéressantes (116).

1.6) Stratégies thérapeutiques

Concernant le pica, on ne connaît pas de traitement spécifique.

Beaucoup de patients atteints de pica ont été stigmatisés et ont tendance à dissimuler leur habitude alimentaire, rendant la PEC difficile (79).

Les carences nutritionnelles et autres complications sont traitées, l'occlusion intestinale pouvant nécessiter le recours à une intervention chirurgicale.

Parfois, des techniques de modification comportementale s'avèrent utiles mais il est nécessaire de réaliser plus d'études concernant ce traitement (71).

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine pourraient être utiles dans certains cas (78) mais les connaissances sont à approfondir.

Concernant le mérycisme, La PEC en ambulatoire est possible mais, dans la plupart des cas, une hospitalisation, associée à un travail avec une équipe pluridisciplinaire sont nécessaires. En effet, le patient a souvent besoin d'une renutrition suite à une perte de poids trop importante ou lorsqu'une anomalie électrolytique et/ou une indication médicale est présente (82). Les techniques de modification comportementale, y compris les traitements qui utilisent des stratégies cognitivo-comportementales (TCC), peuvent être utiles (72). La compréhension et l'acceptation du diagnostic par le patient et sa famille sont des éléments clés dans la réussite du traitement, notamment parce qu'elles conditionnent la motivation (67).

Chez le nourrisson, la PEC se fera principalement grâce au travail du lien mère-bébé, avec des résultats qui peuvent être observés rapidement.

Pour les autres patients, quel que soit l'âge, le traitement consistera en une thérapie comportementale accompagnée d'un travail sur la respiration diaphragmatique post-prandiale et des exercices de relaxation (82). Les différents traitements qui ont fait preuve de leur efficacité utilisent des stratégies qui se sont elles-mêmes révélées comme efficaces dans les troubles du comportement (67).

Tout d'abord, l'apprentissage de la respiration diaphragmatique, qui, peut être apprise dès l'enfance avec une efficacité retrouvée (82), rend incompatible la contraction des muscles abdominaux, points de départ de la remontée alimentaire. L'objectif est donc de respirer avec l'abdomen afin de modifier les cycles de contraction abdominale qui déclenchent les épisodes de régurgitation (82). C'est un traitement comportemental qui peut être enseigné au patient par un professionnel entraîné (kinésithérapeute, pédiatre), la technique pouvant être acquise en une seule séance de 15 à 20 minutes, répétable au besoin. Elle consiste en une respiration profonde et lente, d'une fréquence de 6 à 8 respirations (82) par minute sans participation abdominale ni déglutition (bouche ouverte), sur un temps total de 5 à 10 minutes. On conseille ensuite au patient de répéter cette respiration diaphragmatique périodiquement dans la journée autour des repas (pendant environ 15 minutes après le repas) et à distance, pour maîtriser cette technique, en prévention mais aussi en traitement lorsque les symptômes surviennent (67).

En plus de l'un de ces deux exercices respiratoires, le patient sera accompagné afin qu'il soit capable de détecter son comportement ruminatoire qui, avec le temps, relève souvent de l'automatisme. Il peut être intéressant d'utiliser un journal quotidien pour noter les observations. Une fois la prise de conscience faite, des techniques pour changer les habitudes par des moyens de distraction (marche, lecture, jeux vidéos) sont alors proposées (82).

La PEC pluridisciplinaire globale (PEC pédopsychologique, gastroentérologique, nutritionnelle) et des techniques de distraction et de massages relaxants ajoutés, semble pouvoir améliorer le mérycisme sévère chez les adolescents (67).

Chez l'adulte, le biofeedback, basé sur le contrôle de l'activité des muscles

abdominothoraciques guidé par électromyogramme, permet de réduire le nombre d'épisodes de rumination. En moyenne trois séances d'apprentissage d'une trentaine de minutes, après l'ingestion d'un repas, sont nécessaires pour maîtriser la technique. L'objectif est de réduire volontairement l'activité des muscles intercostaux et abdominaux antérieurs et d'augmenter l'activité du diaphragme notamment après les repas. Ces techniques sont ensuite reproduites par le patient durant 5 minutes avant et 5 minutes après chaque repas de la journée (67).

Sur le plan médicamenteux, le BACLOFENE semble être une piste sérieuse : c'est un agoniste des récepteurs GABA-B qui inhibe les relaxations transitoires inappropriées du SIO, c'est donc un myorelaxant qui pourrait donc améliorer les symptômes post prandiaux du mérycisme, mais les études menées jusqu'alors ont toutefois des résultats discordants (67). Chez l'adulte, la posologie habituellement proposée est de 10 mg x 3/ jour en commençant par 5 à 10 mg le soir et en augmentant progressivement sur quelques jours (82). Chez l'enfant, ce médicament n'a pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication et sa prescription doit être discutée au cas par cas dans les centres spécialisés. Il est utilisé avec succès chez le grand enfant cependant (82). Les effets d'un traitement à long terme n'ont pas encore été testés. Les effets secondaires connus du BACLOFENE sont la confusion, la somnolence, la sensation de vertige, la faiblesse et les tremblements (67).

Peu d'études existent sur le devenir au long terme des enfants suivis pour un mérycisme mais il semble qu'à un an après un traitement comportemental, 20 à 30% des enfants soient asymptomatiques, 40 à 56% des enfants aient une amélioration des symptômes en termes de fréquence et/ou intensité, et qu'il n'y ait pas de changement pour 13% d'entre eux. Pour les 55% d'enfants qui nécessitaient un soutien nutritionnel au diagnostic, il reste nécessaire à 1 an pour 18% d'entre eux. La coexistence d'une autre pathologie médicale, psychologique ou psychiatrique au diagnostic de mérycisme est un facteur de mauvais pronostic (67).

Concernant l'ARFID, malgré le fait qu'aucune étude randomisée n'ait évalué les traitements disponibles pour l'ARFID, l'efficacité de différents traitements est actuellement en cours d'évaluation (92).

La psychoéducation sur l'ARFID, sur la nutrition et sur les principes d'exposition et d'accoutumance est entreprise rapidement (99).

Tout traitement pour un enfant ou un adolescent présentant un ARFID nécessitera une approche multidisciplinaire comprenant au moins une approche psychiatrique, psychologique, pédiatrique et diététique. L'implication des parents sera nécessaire, ainsi que le recours à des techniques comportementales, incluant entre autres les techniques de thérapie d'exposition impliquant à la fois un travail en séance et hors séance (99) ou le renforcement positif pour favoriser le changement de comportement (92-99).

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est couramment utilisée sur le plan psychologique, pour aider les patients à normaliser leur alimentation. Cela peut aussi les aider à être moins anxieux à propos de ce qu'ils mangent (73). Le soutien des parents est nécessaire pour une application quotidienne des techniques apprises en thérapie (92) pour renforcer le changement (99).

La thérapie familiale (TF) est également proposée dans la PEC (92).

D'autres stratégies couramment mises en œuvre sont les traitements sensoriels et d'autorégulation, la gestion de l'anxiété, le recours à des heures de repas structurées (99).

Certaines interventions pharmacologiques, comme par exemple la CYPROHEPTADINE (anti-histaminique) ont été suggérées (92) mais il est nécessaire de réaliser plus d'études.

Sur le plan des soins somatiques de l'ARFID, les déficiences nutritionnelles chroniques doivent être ciblées, gérées initialement par des suppléments, puis ensuite par un travail de diversification du régime alimentaire (92).

Concernant l'AN, le traitement donne de meilleurs résultats chez les enfants que chez les adultes. Le pronostic des TCA serait fortement déterminé par la durée de la maladie avant le début de la PEC, par le nombre d'hospitalisations et par la maigreur du patient au moment du diagnostic. La réduction du délai avant le diagnostic, la PEC précoce et les programmes de prévention parmi les populations à risque amélioreraient son pronostic (33).

Sur le plan symptomatologique: les patients persistent dans des efforts pour perdre du poids en dépit des assurances et des avertissements de leurs amis et membres de la famille qui leurs disent qu'ils sont minces, voire qu'ils ont un poids nettement insuffisant, avec une préoccupation pour leur alimentation (61). Ainsi, ils peuvent étudier les régimes et les calories, ou accumuler, cacher et gâcher les aliments, ou encore collectionner les recettes voir préparer des repas élaborés aux autres. De nombreux patients présentant une AN pratiquent également une activité physique excessive pour contrôler leur poids. Même les patients d'aspect cachectique peuvent rester très actifs (poursuite de programmes d'exercices physiques vigoureux) (61)

La PEC et le suivi sont multidisciplinaires (58), avec comme objectifs de soins de restaurer le poids, traiter la souffrance psychologique et minimiser les conséquences sociales et relationnelles avec des PEC sur plusieurs plans (58-61) :

- La supplémentation nutritionnelle (PEC somatique) ;
- La psychothérapie (TCC ou autres) et le soutien (PEC psychologique) ;
- Un traitement familial (TF) dans le cas des enfants et des adolescents ;
- Parfois recours aux antipsychotiques de 2e génération (PEC médicamenteuse)

Le traitement de l'AN peut nécessiter des soins somatiques aigus (92) et des mesures de réanimation pour restaurer le poids (61).

La PEC est soit en consultation, soit avec une hospitalisation, qui s'avère nécessaire en cas de risque vital pour la patiente (causes physiques ou risque suicidaire), mais aussi en cas d'épuisement familial ou d'échec des soins ambulatoires.

Les critères d'hospitalisation à temps plein pour les enfants/adolescents et pour les adultes reposent sur des critères cliniques, biologiques et sur l'ensemble des événements récents engendrés ou en lien avec la maladie (critères anamnestiques) comme la vitesse de la perte de poids ou la survenue de malaises. Ainsi, si la perte de poids a été sévère ou rapide ou bien si le poids a chuté en dessous de près de 75% du poids recommandé, il est impératif de le restaurer vite avec une hospitalisation

nécessaire (61). En cas de refus de la patiente, l'hospitalisation peut être imposée par les parents ou par un tiers, en collaboration avec des médecins (58).

Les traitements ambulatoires peuvent comprendre des degrés variables de soutien et de supervision et impliquent souvent une équipe de praticiens (61).

Dans 20 à 40% des cas, une hospitalisation à temps complet est nécessaire pour une PEC plus intensive sur le plan à la fois nutritionnel et psychologique (coupure avec l'environnement quotidien). Cependant, récemment il a été montré chez les jeunes filles souffrant d'AN modérément sévère, nécessitant une PEC intensive, que l'hospitalisation de jour apporte des résultats similaires à ceux observés avec une hospitalisation à temps complet. Les deux stratégies de PEC auraient le mêmes taux de récupération de poids et de maintien de ce gain dans l'année suivant les soins (58).

La supplémentation nutritionnelle, souvent utilisée associée à une TCC, a pour objectif à court terme la restauration du poids avec une normalisation du poids progressive et le retour vers une alimentation spontanée, régulière et diversifiée (58). La patiente doit retrouver les sensations de faim et de satiété, et savoir y apporter une réponse adaptée.

La renutrition commence en fournissant, près de 30 à 40 kcal/kg/jour et peut entraîner une prise de poids allant jusqu'à 1,5 kg/semaine pendant l'hospitalisation et à 0,5 kg/semaine pendant la phase ambulatoire (61).

Une renutrition orale par des aliments solides est préférable mais de nombreux plans de restauration de poids utilisent également des suppléments liquides.

Chez les patients très sévères et dénutris, une renutrition par utilisation d'une voie nasogastrique est parfois nécessaire.

Du calcium élément (1200 à 1500 mg/jour) et de la vitamine D (600 à 800 UI/jour) sont couramment prescrits en cas de perte osseuse (61).

La psychothérapie, traitement à long terme, débute une fois l'état nutritionnel et l'équilibre hydroélectrolytique stabilisés. La psychothérapie ambulatoire est la pierre angulaire du traitement. Les traitements doivent mettre l'accent sur des résultats comportementaux tels que la normalisation de l'alimentation et du poids. Le traitement doit se poursuivre pendant une année complète après rétablissement du poids. Les résultats sont meilleurs chez les adolescents chez qui l'apparition du trouble date de < 6 mois (61).

La TF est, dans la littérature, la PEC la plus efficace pour des enfants et adolescents atteints d'AN (Family Therapy for children and young people (FT-AN)) (92).

La TF se centre sur la famille et les interactions au sein de celle-ci. Elle implique les parents mais également la fratrie (thérapie multi-familiale). L'AN génère souvent un stress et des perturbations familiales importants. L'objectif est de renforcer les liens intrafamiliaux pour replacer la famille au cœur d'une dynamique constructive (58).

La TF, en particulier celle utilisant le modèle Maudsley (également appelé traitement à base familiale), s'avérerait utile chez les adolescents (61).

Ce modèle comporte 3 phases:

Les membres de la famille apprennent comment réalimenter l'adolescent (durant un repas familial supervisé par exemple) dans le but de rétablir in fine le poids de l'adolescent (61) ;

Le contrôle sur l'alimentation est progressivement PEC par l'adolescent ;

Après que l'adolescent soit devenu capable de maintenir son poids, la TF se

concentre sur la capacité à promouvoir un fonctionnement sain (61).

A noter que le traitement de l'AN est compliqué par l'aversion du patient pour la prise de poids et par le déni de la maladie. Le médecin doit donc essayer d'établir une relation calme, personnalisée et stable, tout en encourageant fermement une alimentation comportant un apport calorique raisonnable (61).

Le traitement comprend également un suivi régulier et souvent l'implication d'une équipe de professionnels dont un nutritionniste, qui peut établir des plans de repas spécifiques ou des informations sur les calories nécessaires pour ramener le poids à un niveau normal (61).

Un traitement médicamenteux est parfois utile, bien que la psychothérapie soit le traitement principal. L'OLANZAPINE jusqu'à 10 mg par voie orale 1 fois/jour peut favoriser la prise de poids (61). En revanche, les études récentes ne montreraient pas d'effet d'amélioration des symptômes psychologiques et comportementaux spécifiques à la maladie. Actuellement, cette molécule est indiquée dans le traitement des psychoses et trouble bipolaires, où elle apporte un bénéfice concernant le contrôle de symptômes délirants et hallucinatoires ainsi que sur l'anxiété (58).

La rémission et la reprise pondérale peuvent s'accompagner d'une amélioration des troubles psychiatriques éventuellement associé à l'AN, comme les symptômes dépressifs et anxieux. Mais cet effet n'est pas systématique : les troubles psychiatriques peuvent persister, s'aggraver ou même apparaître chez certains patients en rémission. Cependant, alors qu'il est difficile de poser un diagnostic clair de la santé psychiatrique du patient en phase aiguë d'AN en raison des intrications complexes entre ces différents troubles, le retour à un poids normal permet de mieux évaluer le tableau psychiatrique global du patient (58).

Le déni des troubles par la patiente est un obstacle fréquent et important à la PEC. D'autres facteurs comme le fait d'avoir plus de 18 ans, d'avoir un ou des enfants, de vouloir rester maigre ou encore d'avoir un comportement compulsif offrent un moins bon pronostic d'adhésion aux soins. Entre 25% et 50% des patients abandonnent leur traitement en cours, y compris en hospitalisation. Les rechutes sont fréquentes lors de l'évolution de l'AN. En cas de rémission, le suivi doit se maintenir au moins un an (58).

Sur le plan clinique, la remédiation cognitive constituerait une technique prometteuse, avec un travail entrepris pour corriger des comportements délétères liés à une rigidité cognitive, et à une focalisation sur les détails qui contribuent à entretenir leur troubles. Par exemple, il pourra être employé un outil de réalité virtuelle en exposant les patients à des stimuli anxiogènes comme la nourriture, ou l'exposition à des stimuli addictifs comme l'exercice physiques dans le cadre d'une surveillance médicale, avec le but d'une désensibilisation des patients pour que ces stimuli finissent par ne plus générer d'anxiété ou d'impulsion (58).

Des techniques expérimentales sont aussi en cours, basées sur l'hypothèse selon laquelle l'AN est maintenue, au moins en partie, par un dysfonctionnement de circuits neuronaux, avec l'emploi de la stimulation cérébrale profonde pour modifier de manière ciblée le fonctionnement de ces circuits, dans le but de réduire la sévérité de l'AN. La TMS (Stimulation Magnétique Transcrânienne soit l'application d'un champ magnétique à la surface du crâne pour modifier l'activité neuronale) est la stratégie non invasive cérébrale la plus étudiée avec une certaine efficacité chez les AN de type purgatif (58). La stimulation électrique transcrânienne à courant

direct, également non invasive, est aussi employée avec l'utilisation des électrodes en envoyant des courants électriques sur les zones cérébrales ciblées. La stimulation cérébrale profonde, plus invasive, a été employée de manière expérimentale au cours des dernières années pour des cas sévères d'AN, résistants aux autres approches, avec l'implantation d'électrodes dans les zones cibles du cerveau, afin d'y délivrer un courant électrique qui modifierait l'activité de groupes des neurones précis. En modulant la fréquence de la stimulation, l'activité de ces structures peut être inhibée ou, au contraire, augmentée. Les zones ciblées sont les structures limbiques, siège des circuits de régulation des émotions et de l'anxiété (58).

La place de ces différentes techniques dans la pratique clinique reste expérimentale avec des résultats d'études hétérogènes et sans protocole défini à ce jour. Des essais cliniques randomisés sont nécessaires pour documenter leur efficacité et leur sécurité, à court et à long terme (58).

La BN et le BED sont insuffisamment repérées et PEC (65).

Concernant la PEC de la BN, les traitements proposés sont des psychothérapies associées à des anti-dépresseurs (62) :

La TCC

La Psychothérapie interpersonnelle

La médication par les Inhibiteurs Sélectifs de Recapture de la Sérotonine

La TCC est le traitement de choix de la BN.

La thérapie implique habituellement 16 à 20 séances individuelles sur 4 à 5 mois, bien qu'une thérapie de groupe soit également possible et vise à (62) augmenter la motivation au changement, remplacer les repas dysfonctionnels par un motif régulier et flexible, diminuer les craintes injustifiées concernant la forme et le poids du corps et prévenir les rechutes.

La TCC éliminerait l'hyperphagie et le recours aux purgatifs chez environ 30 à 50% des patients. De nombreux autres patients s'améliorent; certains abandonnent le traitement ou n'y répondent pas. L'amélioration est habituellement bien maintenue sur le long terme (62).

Dans la psychothérapie interpersonnelle, l'accent est mis sur l'aide aux patients pour identifier et modifier les problèmes actuels dans les relations interpersonnelles qui peuvent être en cause dans le maintien du TCA. Le traitement est à la fois non directif et ne porte pas sur la recherche des causes, et ne se concentre pas directement sur les symptômes des TCA. La psychothérapie interpersonnelle peut être envisagée comme une alternative lorsqu'une thérapie cognitivo-comportementale n'est pas disponible (62).

Les Inhibiteurs Sélectifs de Recapture de la Sérotonine, utilisés seuls, réduisent la fréquence de crises de boulimie et des vomissements, bien que les résultats à long terme soient inconnus. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine sont également efficaces pour traiter l'anxiété et la dépression. La FLUOXETINE est approuvée dans le traitement de la BN; la dose de 60 mg par voie orale 1 fois/jour est recommandée (cette posologie est supérieure à celle qui est généralement prescrite en cas de dépression) (62).

Concernant la PEC du BED., le traitement repose sur des psychothérapies associées à des traitements médicamenteux (70):

La TCC

La psychothérapie interpersonnelle parfois

Une médication, habituellement par des Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine [ISRS] ou la LISDEXAMFETAMINE).

La TCC est le traitement le plus étudié et le plus efficace dans le BED.

La psychothérapie interpersonnelle semblerait tout aussi efficace.

Ces deux psychothérapies entraînent des taux de rémission $\geq 60\%$, et l'amélioration est généralement maintenue à long terme.

Ces traitements ne produisent pas de perte de poids significative chez les patients obèses.

Les traitements comportementaux conventionnels pour perdre du poids ont une efficacité à court terme en réduisant la frénésie alimentaire, mais les patients ont tendance à rechuter (70).

Un traitement médicamenteux peut être envisagé :

Le plus souvent par les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine [ISRS] (anti dépresseurs) qui seraient également efficaces à court terme en éliminant l'hyperphagie boulimique, mais son efficacité à long terme est inconnue (70).

La LISDEXAMFETAMINE est approuvée dans le traitement de l'hyperphagie boulimique modérée à sévère. Elle peut réduire le nombre de jours d'accès boulimiques et semble causer une légère perte de poids, mais son efficacité à long terme est inconnue.

L'emploi de médicaments coupe-faim (LE TOPIRAMATE par exemple) ou des médicaments induisant une perte de poids (ORLISTAT par exemple) peuvent être employées (70)

2) LA GROSSESSE

2.1) Les aspects obstétricaux

Durant le grossesse, les changements corporels sont multiples.

Un intérêt sera porté tout particulièrement sur les changements alimentaires et les modifications de la sphère orale, en lien avec la problématique abordée.

Tout d'abord, sur le plan alimentaire, des changements s'opèrent fréquemment.

Les femmes enceintes sont généralement confrontées à une hausse de l'appétit (25).

En effet, pour couvrir les besoins nutritionnels du fœtus, la plupart des femmes ont besoin d'augmenter leurs apports d'environ 250 kcal/jour (96).

Concomitamment, les femmes enceintes doivent suivre les recommandations de santé, d'une part en évitant certains aliments à risque de toxoplasmose et de listériose, d'autre part en mangeant "sainement" (25) et enfin en étant vigilante sur la prise de poids globale (si l'IMC pré-conceptionnel de la femme est estimé "normal", la prise de poids doit être de 12 kg sur 9 mois par exemple, et moindre en cas d'IMC pré-conceptionnel estimé en surpoids ou en état d'obésité) (96).

Si la prise de poids maternelle est excessive (> 1,4 kg/mois pendant les premiers mois) ou insuffisante (< 0,9 kg/mois), le régime alimentaire doit être modifié en conséquence. Il n'est pas recommandé de faire un régime amaigrissant pendant la grossesse, même chez la femme atteinte d'une grande obésité (96).

La plupart des femmes enceintes doivent prendre des suppléments. Si elles sont variables en fonction des besoins de chaque femme enceinte, un supplément vitaminique systématique d'acide folique sera prescrit en début de grossesse pour réduire le risque d'anomalie de fermeture du tube neural et un supplément en fer sera presque systématiquement préconisé pour prévenir une carence martiale, avec une dose parfois doublée en cas d'anémie constatée (96).

Il existe donc une forte pression sociale et médicale concernant l'alimentation durant la grossesse (83).

De façon générale, toutes les femmes enceintes, et pas uniquement celles ayant une histoire de TCA, seraient hautement préoccupées par leur alimentation, la majorité modifiant leurs habitudes alimentaires et présentant la crainte de perdre le contrôle des quantités ingérées (83-97).

Ensuite, sur le plan physiologique, la grossesse est marquée par des changements corporels caractéristiques de la gestation (5).

Les transformations physiques observées sont la prise de poids, physiologique et nécessaire au déroulement favorable de la grossesse (11), l'arrondissement des seins, des hanches, des cuisses et enfin du ventre (5).

La prise de poids est due en moitié au gain de tissus adipeux maternels, au développement du fœtus et de son environnement (placenta, liquide amniotique, hypertrophie utérine) ainsi qu'à l'augmentation de la poitrine (11).

Pour l'autre moitié de la prise de poids, elle est due à l'augmentation du liquide intracellulaire et du volume plasmatique (11).

La particularité de ces modifications physiques est le temps limité de leur survenue et une adaptation à ce nouveau corps, qui se doit rapide (5).

Les changements alimentaires du début de grossesse seraient dus à l'hypersensibilité de la sphère orale, qui expliquerait les petits "maux" communs tels que les dégoûts, les nausées, les vomissements et les envies (97).

Ceux-ci disparaissent dans la majorité des cas à la fin du premier trimestre et seraient le reflet de l'adaptation maternelle à l'état de grossesse (97).

Les nausées et les vomissements affectent jusqu'à 80% des femmes enceintes. Ils peuvent durer ou récidiver pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines (94).

Bien que, généralement, on parle de nausées et/ou de vomissement matinaux, ils peuvent survenir à tout moment de la journée et varient de légers à graves (hyperemesis gravidarum) (94).

Leur physiopathologie est inconnue, bien que des facteurs métaboliques, endocriniens, digestifs et psychologiques aient été identifiés.

Les nausées, avec parfois des vomissements, pourraient également survenir en raison de facteurs hormonaux, suite à une sécrétion accrue d'œstrogènes sous l'action des sous-unités bêta de la Gonadotrophine Chorionique humaine (Bêta-hCG). Cette sécrétion est réalisée par les cellules syncytiales du placenta, et débute 10 jours après la fécondation. La Bêta-hCG a pour rôle de stimuler le corps jaune de l'ovaire pour poursuivre la sécrétion en grande quantité d'œstrogènes et de progestérone afin d'entretenir la grossesse. Une grande fatigue et un ressenti très précoce d'un gonflement abdominal peuvent être associés chez beaucoup de femmes enceintes (95).

La bêta-HCG a des taux particulièrement élevés durant le 1er trimestre de grossesse, ce qui pourrait expliquer, du fait de son action évoquée sur les nausées et les vomissements, la fréquence et la gravité plus importantes de ces symptômes durant le 1er trimestre (94).

Les vomissements induits par la grossesse peuvent être soulagés en buvant ou en mangeant fréquemment (5 ou 6 petits repas/jour), mais seulement des aliments légers (par exemple biscuits, boissons sans alcool, régime BRAT (Bananes, Riz, Applesauce soit compote de pommes et Toasts secs)) et il est conseillé de manger avant de se lever (94).

L'hyperemesis gravidarium, rare mais sévère, consiste en des vomissements gravidiques incoercibles, avec un risque de déshydratation importante, à laquelle s'associent souvent des troubles hydro-électrolytiques, une cétose et une perte de poids. Les taux plasmatiques d'œstrogène sont élevés chez les patientes qui en sont atteintes (94).

Pour soigner ce trouble, une réhydratation sera entreprise en premier lieu (administration Intra Veineuse de 1 à 2L de solution physiologique ou de Ringer lactate) ainsi qu'une correction des troubles hydro-électrolytiques. Après la réanimation liquidienne initiale, du dextrose IV peut être ajouté au liquide d'entretien si l'apport oral reste limité, avec une administration au préalable en IV de THIAMINE pour prévenir une encéphalopathie de Wernicke. Si la perte de poids se poursuit et les symptômes persistent malgré le traitement, une nutrition entérale par sonde nasogastrique ou nasoduodénale peut être envisagée (94).

Plus rarement, des vomissements graves peuvent persister résultant d'une môle hydatiforme qui est une tumeur placentaire bénigne à potentiel malin. C'est une maladie trophoblastique gestationnelle, soit une prolifération de tissu trophoblastique chez la femme enceinte ou récemment fécondée. Les manifestations sont habituellement en début de grossesse, et peuvent comprendre,

outre les vomissements, une augmentation excessive de la taille de l'utérus, des hémorragies vaginales et une pré-éclampsie. Le diagnostic comprend la mesure de la Bêta-hCG, une échographie pelvienne et la confirmation histologique par une biopsie. Les tumeurs sont réséquées par curetage aspiration endo-utérin. Si la maladie persiste après la résection, une chimiothérapie est indiquée.

Il existe donc un continuum entre la normalité et la pathologie et il est important de pouvoir faire la différence entre des changements alimentaires et des modifications de la sphère orale dans le cadre de la grossesse, et des spécificités chez les femmes ayant des antécédents de TCA (83-97).

2.2) Les remaniements psychiques

La grossesse s'accompagne d'un état d'hypersensibilité, la „préoccupation maternelle primaire“ (D. Winnicott, 1956) qui sensibilise la femme enceinte aux besoins de son enfant après la naissance (99-111).

Le concept de maternalité décrit les processus psychiques en oeuvre au cours de la grossesse (J.-P. Racamier, 1961), soit l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez les femmes à l'occasion de la maternité, créant une „crise d'identité“ pendant laquelle la femme doit passer du statut d'enfant de sa mère à celui de la mère de son enfant (84, 111).

La gestation est une période de chamboulements pour toute femme, quelle que soit son histoire, de par les changements psychiques et corporels qu'elle induit dans un temps limité, la femme enceinte devant s'adapter à ces changements (15).

La grossesse est l'occasion d'une "crise psychique" dite aussi "crise identitaire", où la position subjective de la femme enceinte est bouleversée (84).

Cette période est identifiée comme "deuxième crise maturative" dans la vie d'une femme (15), la première crise étant déclenchée par la puberté avec le renoncement du statut d'enfant pour devenir adulte (84-99)). L'enjeu étant alors le changement de génération inéluctable et flagrant (99).

La grossesse se traverse en mobilisant de l'énergie, en réveillant de l'anxiété et des conflits latents, avec comme finalité de contribuer au processus de formation d'une identité nouvelle (99).

La maternité est donc pourvoyeuse de remaniements psychiques profonds qui s'opèrent chez toutes les femmes, et dont le but est de les préparer à leur futur rôle de mère (84).

Dans l'état de « transparence psychique » de la grossesse (M. Bydlowski, 1997), la barrière du refoulement est abaissée, ainsi la remémoration infantile ne rencontre pas les résistances habituelles, les résistances psychiques sont moindres et l'inconscient de la femme est mis à nu, à fleur de peau (84-111). Ainsi, elle provoque la résurgence de problématiques remontant à l'enfance

et d'angoisses refoulées qui reviennent subitement à la surface (84).

En effet, la grossesse est donc le moment d'un état particulier du psychisme, "transparence" où des fragments de l'inconscient viennent facilement à la conscience, dans un retour de mémoire et réactive les relations précoces, les conflits archaïques et les vécus traumatiques, le rapport dedans/dehors, la distinction soi/non-soi et convoque l'image du corps (84).

Ce remaniement psychique intense qui accompagne le bouleversement biologique et physiologique de la grossesse est un évènement ordinaire chez la femme enceinte (99).

Cependant, l'impact de cet état dépend du vécu de chacune. La grossesse, de par ce phénomène psychique, ce moment de „rencontre intime avec soi-même“ (M.Bydlowski) apparaît pour certaines femmes comme une „expérience réparatrice“ (84).

De plus, la grossesse est également marquée par une régression sur un mode narcissique, c'est-à-dire que la femme se concentre davantage sur elle-même et sur son fœtus, comme si les 2 ne faisaient plus qu'un (84). Egalement, une hypersensibilité de la sphère orale s'observe, l'alimentation renvoyant à un mode d'expression très archaïque qui est favorisé chez la femme en début de grossesse (5).

La „nidification psychique“ (S. Missonnier) a pour finalité de préparer la femme à s'occuper de son enfant. Cette finalité adaptative ne doit pas faire oublier une autre réalité, d'ordre chronologique à savoir l'intrusion de l'être en gestation, la conception imposant la présence de l'être humain conçu à l'intérieur de l'appareil génital. La femme doit donc „accepter“ cette forme inhabituelle de relation avec le bébé, un autre que soi à l'intérieur de soi (111).

Ainsi, en se nichant dans le corps maternel, l'être humain conçu, impose donc à la femme enceinte une situation particulière et un état psychique singulier „être à la fois soi-même et autrui“.

Ce mécanisme d'indifférenciation soi-autrui permet la „greffe psychique“ de l'enfant à naître, (84,111).

Ainsi, si au départ, le fœtus est "interne" physiquement, il est psychiquement absent puis il devient, petit à petit, externe physiquement et internalisé psychiquement par le parent (M. Bydlowski, Bernard Golse). Une transition s'opère graduellement du narcissisme de la transparence psychique à l'investissement du bébé avec l'émergence de la préoccupation maternelle primaire (84).

L'espace maternel de gestation psychique est l'activité progressive de représentation mentale qui se développe au cours de la grossesse, la femme construisant une image différenciée de son enfant, lui attribuant progressivement un tempérament, des qualités d'héritage familial, cette construction imaginaire s'établissant notamment à la faveur des mouvements du foetus à l'intérieur de l'utérus (la mère peut l'assimiler à elle ou autrui fonction de son activité dans le ventre par exemple) (111).

Parallèlement, la femme anticipe la façon dont elle va être mère, en s'identifiant ou en se différenciant de sa propre mère et en imaginant également la relation qui l'unira à son enfant. Cette relation anticipée peut être réaliste, à la fois paisible et en adéquation avec les besoins de l'enfant. La femme se prépare ainsi à son rôle maternel de façon adaptée (111).

Au total, les représentations autour de l'enfant à naître et autour du rôle maternel contribuent à forger un espace interne de relation avec l'enfant. Un véritable espace maternel de gestation psychique se construit, soit un espace de pensées, de représentations, en lien avec la venue de l'enfant. La femme pense à lui, se prépare à l'accueillir, dans son rôle de mère et noue une relation avec lui. Cet espace psychique de gestation dessine les contours de la future relation mère-enfant (111).

Concernant l'enfant à naître, il n'est pas uniquement un corps biologique, mais déjà

porteur d'une subjectivité en construction qui sera très différente en fonction de sa conception (différence entre un enfant qui est un enfant de l'amour, ou celui qui est un enfant de remplacement par exemple) (84-111).

C'est „l'identité conceptionnelle“ (111).

Ces étapes de la grossesse ont une valeur organisatrice des relations futures entre la mère et l'enfant, la gestation préparant la relation à l'enfant (111).

La grossesse et l'arrivée d'un enfant entraînent de profonds changements tant physiologiques que pathologiques, psychologiques et sociaux, et sont à considérer comme un stress majeur.

La période périnatale est donc une période de vulnérabilité particulière pour les troubles psychiatriques, particulièrement chez les patientes ayant des antécédents de troubles psychiatriques personnels et familiaux ou présentant des troubles de l'usage des substances, particulièrement un trouble lié à l'usage de l'alcool (55).

La grossesse est à risque tout d'abord de rechute d'un trouble psychiatrique chronique, ou à risque d'une décompensation, plus fréquemment en post partum, d'un trouble de l'humeur (trouble bipolaire) ou d'une schizophrénie pré-existants avant la grossesse.

Des troubles anxieux pré-existants peuvent s'aggraver, de manière isolée ou associée à d'autres troubles, durant la grossesse, et particulièrement en post partum en ce qui concerne le trouble obsessionnel compulsif (TOC).

Il est nécessaire de ce fait de mettre en place un suivi psychiatrique renforcé avec la proposition d'un suivi en psychiatrie périnatale ajouté (55).

Concernant la période de la grossesse, plusieurs troubles psychiques peuvent apparaître chez des femmes enceintes n'ayant aucun antécédent psychiatrique.

Les troubles anxieux en anténatal seraient plus fréquents au premier et dernier trimestre, peut être en lien avec les risques de fausse couche au premier trimestre et la perspective de l'accouchement au dernier trimestre.

L'anxiété spécifique de la grossesse se définit par des inquiétudes et des préoccupations se rapportant directement à la grossesse, autour des modifications corporelles, des risques de malformations du fœtus, de l'angoisse de l'accouchement, de la capacité à s'occuper du bébé.

Elle peut se manifester par une crainte permanente, des crises d'angoisse, des conduites d'évitement ou de réassurance, des obsessions, des rituels, de l'irritabilité, des envies alimentaires et/ou des troubles du sommeil (55).

Un épisode dépressif caractéristique anténatal peut survenir et touche 10% des patientes enceintes en population générale.

Sur le plan de l'humeur, les patientes présentent une tristesse persistante, quasi constante, prédominant le matin au réveil et s'améliorant en journée. Emotionnellement, une anhédonie, une anesthésie affective, une anxiété, voir une irritabilité et un désintérêt pour la sexualité peuvent s'observer. Sur le plan moteur, un ralentissement moteur est notable avec une perte d'élan vital, une aboulie, une bradykinésie, une hypomimie, une voix monocorde voir une clinophilie avec incurie. Des altérations cognitives peuvent survenir avec des troubles de la concentration, de la mémoire, un déficit attentionnel et une indécision. Le sommeil est perturbé (insomnie ou hypersomnie), une plainte d'asthénie est retrouvée. Sur le plan alimentaire, une anorexie est rapportée avec une perte de poids, mais parfois des changements alimentaires surviennent avec la consommation de produits sucrés et une prise de poids. Le cours de la pensée est perturbé avec bradypsychie, ruminations sur un contenu négatif avec de l'auto dévalorisation et une perte d'estime de soi, un sentiment de culpabilité et d'incurabilité. Des idées noires voir suicidaires peuvent être verbalisées (55).

L'intensité de l'épisode dépressif est la plus souvent légère ou moyenne.

La symptomatologie spécifique de la grossesse est une culpabilité centrée sur le fœtus et le sentiment d'incapacité maternelle (55).

Un déni de grossesse peut également se produire et concernerait environ 3 femmes sur 1000.

Il n'y a pas de profil privilégié de femmes à risque et non lié à des antécédents de troubles psychiatrique maternel.

Il se définit comme la non-prise de conscience de l'état de grossesse à partir de 22 SA (déni partiel) parfois jusqu'à l'accouchement (déni total).

Ce trouble se différencie du phénomène volontaire de dissimulation que l'on peut retrouver lors des grossesse chez une adolescente ou lorsque l'environnement est hostile à une grossesse.

Cliniquement, peu ou pas de modification(s) habituelle(s) de la grossesse est (sont) observable(s) : poursuite de ménorragies, peu ou pas d'augmentation mammaire, aucune ou faible augmentation du volume abdominal, pas ou peu de prise de poids etc. La grande majorité de ces dénis de grossesse sont associés à aucune modification corporelle. La découverte de la grossesse est alors fortuite.

Il n'y aurait pas d'évolution vers un trouble psychiatrique pour la femme, sauf si elle présente un trouble psychiatrique pré-existant (55).

Concernant le post partum, plusieurs troubles psychiques peuvent apparaître chez des femmes n'ayant aucun antécédent psychiatrique.

Un épisode dépressif caractérisé du post partum ou la dépression du post partum (DPP) peut survenir et concerne environ 15 % des femmes de la population générale.

Le diagnostic peut être envisagé dans l'année suivant l'accouchement, avec un pic entre 3 à 6 semaines post partum, venant prolonger des symptômes du post partum blues au-delà de 15 jours, ou se déroulant dans les suites d'un épisode dépressif débuté en anténatal.

Ce sont en majorité des épisodes caractérisés dépressifs d'intensité légère à modéré sans caractéristique psychotique (55).

L'humeur est triste avec un sentiment de découragement et d'incapacité concernant la fonction maternelle. Une forte culpabilité peut s'exprimer avec une minimisation, voir une dissimulation des symptômes à l'entourage par la patiente. Les plaintes physiques sont parfois au premier plan (céphalées, douleurs abdominales). Une anxiété importante s'exprime surtout par des phobies d'impulsion hétéro-agressives avec la crainte de faire du mal au bébé, des pensées intrusives, une inquiétude, une absence d'intérêt et d'attachement avec un évitement du contact avec le bébé (55-56).

Il faut faire attention aux signes d'une éventuelle hypomanie (tachypsychie, insomnie sans fatigue, hyperréactivité émotionnelle) une DPP étant à risque d'évolution vers un trouble bipolaire.

Dans de rares cas, la DPP peut être associée à des caractéristiques psychotiques dont le thème des idées délirantes est classiquement centrée sur le bébé (négation de filiation, persécution) avec parfois des symptômes confusionnels associés. Le risque suicidaire, et d'infanticide est présent.

De nombreux épisodes de dépression du post partum passent inaperçus, les jeunes mère pouvant avoir des difficultés à évoquer un vécu difficile de la naissance de leur enfant (56).

Une DPP est un facteur de risque de récurrence dépressive au décours d'une nouvelle grossesse ou hors périnatalité et nécessite d'être PEC pour prévenir ces récurrences (55).

Un épisode maniaque du post partum peut se produire également, et concernerait une naissance sur 1000 (55).

Il débute le plus souvent de manière brutale, dans les 4 premières semaines après l'accouchement, mais il peut aussi s'installer au cours du troisième trimestre.

Sa symptomatologie est celle d'un épisode maniaque, où, de façon anormale et persistante, l'humeur est élevée, expansive ou irritable et l'activité et l'énergie sont augmentées. Cet état persiste la plupart du temps presque tous les jours, pendant une semaine minimum.

Au cours de cette période, on peut observer une augmentation de l'estime de soi ou des idées de grandeur, une réduction du besoin de sommeil, une plus grande communicabilité que d'habitude ou un désir constant de parler, une fuite des idées ou des sensations subjectives que les pensées défilent. Également peut survenir, une distractibilité, une augmentation de l'activité orientée vers un but (professionnel, social etc), une agitation psychomotrice (activité sans objectif) et enfin un engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (achats inconsidérés, conduites sexuelles inconséquentes etc). Au moins 3 des symptômes précédemment décrits (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative, le comportement alors observé étant totalement changé et en rupture avec le comportement habituel.

La perturbation de l'humeur est suffisamment grave pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou des activités sociales. Une hospitalisation peut s'avérer nécessaire, soit pour prévenir les conséquences préjudiciables pour le sujet ou pour autrui, soit dans le cas où des caractéristiques psychotiques s'ajoutent. En effet, il peut s'associer des idées délirantes et des hallucinations, congruentes à l'humeur (le contenu des idées délirantes est en accord avec le thème de l'épisode comme un thème délirant de culpabilité lors d'un état dépressif caractérisé) ou non (55).

L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (abus de toxiques ou effet secondaire à un médicament par exemple) ou à une autre affection médicale généralisée.

Dans le cas de l'épisode maniaque du post partum, certaines particularités peuvent s'observer.

Ainsi, un post partum blues sévère avec des éléments de confusion ou de bizzarrerie est souvent prodromique, ces éléments confusionnels pouvant persister lors de l'épisode.

L'épisode maniaque du post partum est davantage associé à des caractéristiques mixtes, comme des symptômes dépressifs, qu'il faudra systématiquement rechercher.

Une caractéristique psychotique de l'épisode maniaque est également plus fréquente lors du post partum, et sera décrit ci-dessous.

Rarement, cette épisode reste isolé, permettant de poser le diagnostic de trouble

bipolaire, et, dans près de la moitié des cas, une récurrence au décours d'une grossesse ultérieure (nouvel épisode maniaque ou épisode caractéristique associé) (55).

Un épisode psychotique bref peut apparaître, touchant 1 à 2 naissances sur 1000. et débutant le plus souvent de façon brutale, dans les 4 premières semaines après l'accouchement, avec un pic de fréquence au 10^{ème} jour.

Sa symptomatologie est celle de l'épisode psychotique décrit précédemment mais avec l'ajout de symptômes confusionnels. Les mécanismes du délire sont classiquement polymorphes ont souvent une thématique centrée sur la maternité, l'accouchement, le bébé ou le conjoint. La participation affective est souvent marquée par une labilité émotionnelle.

Le risque majeur est un risque suicidaire ou d'infanticide.

L'évolution se fait dans la majorité des cas vers un trouble psychiatrique chronique comme un trouble bipolaire essentiellement ou parfois une schizophrénie. Dans 20 à 30 % des cas, il y a une récurrence au décours d'une grossesse ultérieure (55).

Enfin, des troubles anxieux peuvent être présents et être isolées ou associés à d'autres entités cliniques du post partum.

Les phobies d'impulsion sont des angoisses de passage à l'acte à l'égard du bébé, qui peuvent aller jusqu'à la phobie d'infanticide. La mère reconnaît le caractère déraisonnable de ses pensées. Ces phobies d'impulsion ne sont pas un facteur de risque de passage à l'acte hétéro agressif.

Un trouble de stress post traumatique peut marquer les suites d'un accouchement ayant eu lieu en urgences et/ou avec des complications obstétricales (55).

L'hyperémèse gravidique, qui peut survenir dans 0,1 % à 2 % des grossesses, constituant en des nausées et vomissements incoercibles entraînant une déshydratation et des troubles électrolytiques, peut débuter dès la deuxième semaine de grossesse et peut persister jusqu'à l'accouchement.

Sa physiopathologie reste incertaine.

Concernant sa psychopathologie, au début du vingtième siècle, ce trouble avait une tonalité péjorative, avec l'hypothèse psychanalytique que le vomissement venait symboliser un rejet oral de la grossesse et du fœtus. , avec l'image greffée de la femme devenant une « mauvaise mère », renforcée par le recours à l'avortement devant le caractère insupportable des symptômes.

Après glissement des représentations, il est désormais admis que la femme enceinte présente en début de grossesse une ambivalence inévitable vis-à-vis de son désir d'enfant et de son fœtus. Des difficultés de traitement psychique de cette position ambivalente pourrait rendre compte de symptômes de compromis tels que des vomissements incoercibles.

Les théories actuelles sont dans un modèle poly factoriel dit « bio-psycho-social » rendant compte des interactions entre le corps, l'esprit et l'environnement.

3) LES TCA DURANT LA GROSSESSE

L'existence ou la survenue de symptômes de TCA pendant la grossesse peut compliquer son déroulement, celui du travail et de l'accouchement et est associée à une forte probabilité de conséquences négatives, pour la mère (complications somatiques et psychologiques), dans les interactions entre la mère et le nouveau-né, et enfin pour le bébé (15).

Il apparaît important d'exercer une surveillance chez les femmes enceintes, pour repérer une éventuelle survenue d'un TCA ou constater une intensification de celui-ci chez les femmes chez lesquelles un TCA a été confirmé (15).

La PEC durant la grossesse des patientes souffrant d'un TCA nécessite la constitution d'un réseau interdisciplinaire s'articulant autour d'un suivi somatique, gynéco-obstétrical, puis pédiatrique, mais aussi d'un suivi spécialisé dans le TCA, et un suivi également psychiatrique / psychothérapeutique et diététique.

Un suivi mère-bébé par une sage-femme puis un(e) infirmier(-ère) de la petite enfance et, en cas de besoin, un(e) pédopsychiatre peut être proposé.

Au travers d'une approche empathique, non jugeante et surtout non culpabilisante, il s'agira de se centrer initialement sur la santé présente et future du fœtus afin d'accompagner la patiente dans ses efforts pour contenir ses symptômes.

Pour des patientes habituellement peu sûres d'elles et en recherche perpétuelle de contrôle, la psychoéducation (sur les besoins de leur enfant, leur propre évolution pondérale et l'accentuation de leur sentiment de faim, le risque de dépression du post-partum, etc.) et la formulation d'objectifs clairs et mesurés (par exemple, en termes de prise de poids et de changements diététiques progressifs, de diminution des comportements de purge) constituent des éléments rassurants.

Il est absolument impératif que cet accompagnement se poursuive de façon rapprochée et en étroite coordination avec les différents intervenants du réseau durant toute la grossesse, mais également dans le post-partum et ceci même si aucune complication n'a été observée.

En outre, il s'agit de rester très attentif à l'évolution des comorbidités psychiatriques afin, le cas échéant, de pouvoir les traiter spécifiquement. Sur le plan psychothérapeutique, les éléments principaux sont l'approche motivationnelle et surtout le soutien. Dans la mesure du possible, il faut également veiller à la stabilité des intervenants tout au long de la PEC (9).

Ainsi, entre risque et opportunité, la grossesse représente une étape charnière pour les patientes souffrant, ou ayant souffert, d'un TCA.

Un suivi intensif et régulier par un réseau interdisciplinaire constitue le meilleur atout pour minimiser les risques somatiques, obstétricaux et psychiques pour elles-mêmes ainsi que pour leur enfant. Il doit, par ailleurs, les accompagner dans le développement de nouvelles ressources motivationnelles leur permettant de progresser durablement dans le traitement spécifique de leur TCA (9).

3.1) Impacts obstétricaux

Les femmes enceintes souffrant d'un TCA seraient plus à risques de complications obstétricales dans le peri partum (10), le déroulement, de la grossesse, du travail, et du post partum, étant plus souvent anormal (15).

Tout d'abord, ces femmes seraient plus à risque de grossesses non planifiées et de fausses couches (10-25).

Elle seraient également plus susceptibles de présenter des différences sur le plan nutritionnel, comparé à la population générale, et des problèmes de santé (25).

Dans les études, tous les TCA seraient associés à un risque accru d'accouchement prématuré et à un risque environ 2 fois plus élevé de purge incontrôlé (10-15).

Au moments de l'accouchement, ces femmes seraient plus susceptibles de subir une césarienne ou d'être déclenchée, et auraient fréquemment un travail prolongé (15).

Des déséquilibres électrolytiques, conséquences de comportements de purge, seraient associés à une plus grande fréquence de fausses couches et de prématurité (9).

Concernant les impacts obstétriques de l'AN :

Les femmes, souffrant d'AN seraient plus à risque de grossesse inopinée (25).

Environ 68 à 89 % de patientes AN confirmeraient la présence d'une aménorrhée pendant au moins 3 mois au cours de la période de la maladie, ces types de perturbations du cycle menstruel étant le résultat d'apports caloriques limités et/ou d'exercices excessifs, qui entraînent des perturbations endocriniennes. Les modifications de l'anatomie et de la physiologie de l'appareil reproducteur féminin au cours de l'AN ont conduit par le passé à l'hypothèse que l'AN entravait de manière significative la conception, mais des études récentes indiquent que la fertilité des femmes atteintes d'AN ne diffère pas de celle de la population générale. Dans ce contexte, les femmes souffrant d'AN seraient donc, du fait de l'aménorrhée, dans une incapacité à apprécier le déroulement de leurs cycles menstruels, tout en présentant une fertilité équivalente à la population générale, donc plus à risque de grossesse inopinée (15).

En outre, les femmes atteintes d'AN, auraient tendance à avoir un âge moyen plus bas comparé à la population générale lorsqu'elles tombent enceintes (15).

Les femmes présentant des symptômes d'AN durant la grossesse présenteraient un risque accru d'hémorragie prénatale et d'accouchement instrumental (15).

Ces femmes seraient plus à risque de fausse couche que la population générale (10).

Concernant les impacts obstétriques de la BN :

Il semble que le risque de fausse-couche serait particulièrement plus élevé (10).

Ces femmes seraient exposées à l'éventualité d'une prise de poids excessive et d'un diabète gestationnel (9).

Concernant les impacts obstétriques du BED, en se référant à la littérature:

Ces patientes seraient plus exposées à un risque accru de diabète gestationnel,

d'hypertension gravidique et de pré-éclampsie (15).

Ces patientes seraient plus à risque d'une prise de poids excessive (9).

Concernant les effets sur les nouveau-nés issus de femmes atteintes de TCA en général :

Ces nouveau-nés seraient plus à risque de présenter un état nécessitant une réanimation (15).

Chez ces nouveau-nés, l'incidence des décès périnataux serait plus fréquente avec un risque accru (x 6) de mortalité périnatale (15).

Egalement, les nouveau-nés seraient plus susceptibles de présenter de nombreuses anomalies après la naissance (15).

En fonction des types de TCA, les impacts obstétricaux varient et sont plus détaillés ensuite.

Concernant les effets sur les nouveau-nés issus de femmes souffrant d'AN :

Ces nouveau-nés seraient plus à risque de prématurité (10-12).

Le périmètre crânien de ces nouveau-nés serait inférieur dans certaines études à celle des nouveau-nés de mères en santé (12).

Ces nouveau-nés auraient une longueur corporelle plus courte à la naissance (15) et seraient plus à risque d'un poids de naissance inférieur (15) voir très inférieur aux normes attendues (10-12). Ces impacts pourraient être en partie expliqués par l'état nutritionnel, en conséquences de la malnutrition/dénutrition, mais aussi par une réactivité accrue au stress et aux émotions négatives de la mère (12). Ils pourraient être liés aussi à des symptômes persistants de TCA résiduels ou à la récurrence des symptômes TCA ou à des comorbidités associées à l'AN (conduites addictives par exemple) (15-100).

L'hypothèse a été émise aussi d'une implication de l'IMC, qui était inférieur avant la grossesse (10). Il a été constaté que le faible poids maternel à la conception ou à l'accouchement pouvait avoir un impact significatif sur les issues périnatales, principalement sur le poids à la naissance et l'accouchement prématuré (10).

Un IMC anormalement bas avant la conception et une prise pondérale insuffisante durant la grossesse seraient corrélés avec un risque accru de RCIU et un faible poids de naissance (9-15). La croissance fœtale réduite pourrait être le fruit d'une perturbation de la balance métabolique de la mère (12). Une relation positive entre l'anémie durant le premier trimestre et un faible poids de naissance aurait aussi été identifiée (11).

Concernant les effets sur les nouveau-nés issus de femmes souffrant de BN :

Ces nouveau-nés seraient plus à risque de prématurité (10-12).

Des carences alimentaires maternelles pourraient être en lien avec ce risque (12).

Le périmètre crânien de ces nouveau-nés serait inférieur dans certaines études à celle des nouveau-nés de mères en santé (12).

La circonférence crânienne serait également en lien avec l'état nutritionnel mais aussi avec le stress et les émotions négatives de la mère (12).

Concernant les effets sur les nouveau-nés issus de femmes souffrant de BED :

Ces nouveau-nés seraient plus à risque d'avoir un poids de naissance inférieur à la normale (10-12) ; cependant d'autres études évoqueraient une éventuelle macrosomie (9).

Le faible poids de naissance pourrait être en lien avec l'état nutritionnel mais aussi avec le stress et

les émotions négatives de la mère (12).

Ces nourrissons atteindraient une plus grande longueur corporelle à la naissance (15).

Ces nouveau-né pourraient également présenter une macrosomie foetale (9).

Les causes de ce phénomène ne sont pas entièrement claires, mais peuvent inclure la suralimentation, une réactivité accrue au stress, des symptômes persistants de TCA résiduels ou la récurrence des symptômes (15).

Devant ces données, un dépistage et une PEC spécialisés, multidisciplinaires et périconceptionnels des femmes atteintes de TCA semble essentiel afin de diminuer les risques de complications.

Bien que la littérature se soit développée au cours des dernières années, elle demeure insuffisante et nécessite des études rigoureuses pour mieux comprendre l'implication périconceptionnelle des TCA et leurs mécanismes d'influence (12).

3.2) Impacts maternels

3.2.1) Impacts somatiques

Durant la grossesse, le corps maternel est sollicité pour répondre aux besoins permettant le développement du fœtus.

Celui-ci qui puise prioritairement dans les éléments nutritifs présents.

Lors d'apports alimentaires maternels insuffisants, les besoins fœtaux ne sont couverts, qu'au détriment des réserves de la mère, avec un possible retentissement chez celle-ci (11).

De ce fait, une alimentation déséquilibrée peut engendrer des carences et donc d'éventuelles malformations (11).

Des conduites alimentaires inadaptées au cours de la grossesse, voire des conduites de restrictions peuvent avoir donc avoir des répercussions sur la santé maternelle et fœtale (21) (24).

En effet, certaines patientes atteintes de TCA, du fait d'un défaut d'apports nutritifs en lien avec leurs troubles, sont plus à risque de carences nutritionnelles durant la grossesse.

Par exemple, des patientes TCA ayant recours à des vomissements auto induits sont à risque de carences hydro électrolytiques, majorées du fait de la grossesse avec des complications cardiaques secondaires pouvant s'avérer graves.

Egalement, la carence martiale peut être majorée avec nécessité d'une supplémentation majorée. Ainsi, les femmes présentant des symptômes d'AN durant la grossesse présenteraient un risque deux fois plus élevé d'anémie pendant la grossesse (15).

Afin d'éviter des carences maternelles ainsi que d'éventuelles complications néfastes pour le fœtus, des recommandations ont été éditées comme par exemple une supplémentation

systematique d'ACIDE FOLIQUE en début de grossesse et une supplémentation ferrique quasi systematique en deuxième partie de grossesse.

Peu de patientes souffrant de TCA consultent pour leur pathologie avant leur grossesse.

Le suivi obstétrical offre la possibilité d'un dépistage des carences via des bilans biologiques et de la mise en œuvre d'un suivi plus rapproché et de traitements spécifiques au besoin comme des suppléments, susceptibles de prévenir les complications précitées.

Les femmes souffrant de TCA seraient, pendant leur grossesse, plus sujettes à l'hyperémèse gravidique (phénomène rare provoquant des vomissements incoercibles chez les femmes enceintes au cours des premiers mois de grossesse (102))

L'hyperemesis gravidarium, rare mais sévère, consiste en des vomissements gravidiques incoercibles, avec un risque de déshydratation importante, à laquelle s'associent souvent des troubles hydro-électrolytiques, une cétose et une perte de poids. Les taux plasmatiques d'oestrogène sont élevés chez les patientes qui en sont atteintes (94).

Pour soigner ce trouble, une réhydratation sera entreprise en premier lieu (administration Intra Veineuse de 1 à 2L de solution physiologique ou de Ringer lactate) ainsi qu'une correction des troubles hydro-électrolytiques. Après la réanimation liquidienne initiale, du dextrose IV peut être ajouté au liquide d'entretien si l'apport oral reste limité, avec une administration au préalable en IV de THIAMINE pour prévenir une encéphalopathie de Wernicke. Si la perte de poids se poursuit et les symptômes persistent malgré le traitement, une nutrition entérale par sonde nasogastrique ou nasoduodénale peut être envisagée (94).

3.2.2) Impacts psychologiques

La période de la grossesse et du post partum est une période particulièrement difficile pour les femmes souffrant d'un TCA.

La grossesse concentre plusieurs éléments susceptibles de constituer pour les femmes enceintes atteintes d'un TCA des facteurs majeurs de stress et d'anxiété.

La confrontation aux immenses changements qui se produisent dans le corps de la femme, les plus grands changements depuis la puberté, comme la prise pondérale, les transformations corporelles et le sentiment de perte de contrôle sont générateurs d'angoisse (15).

La plus grande sensibilité à la perception négative de soi, pouvant contribuer à la détérioration de l'estime de soi (15) ainsi que le remaniement identitaire (83) sont générateurs de stress également.

La prévalence des TCA durant la grossesse est de 5-8 %. L'ambivalence quant à leurs symptômes, combinée à des sentiments de honte et de culpabilité, exacerbés durant cette période, font que ces patientes hésitent souvent à évoquer spontanément leur maladie (83).

La période débutante de la grossesse est la plus compliquée pour les femmes atteintes de TCA car, le corps des patients subit des changements, mais ils ne sont pas encore assez prononcés pour indiquer clairement une grossesse (15).

Durant la grossesse, l'évolution d'un TCA antérieur à la grossesse est variable.

Dans ce contexte de crise psychique, le TCA peut se poursuivre voir s'exacerber, avec un renforcement des problématiques alimentaires (83).

Il existe aussi des cas de récurrence d'un TCA en rémission.

A l'opposé, la grossesse peut être l'opportunité d'une amélioration symptomatique (9-15). En effet, principalement centrées sur les besoins du bébé à venir et soucieuses de ne pas nuire à la santé de leur enfant à naître, de nombreuses patientes parviennent à dépasser leur ambivalence quant à leurs symptômes et à les contenir, partiellement ou totalement. Elles acceptant ainsi la nécessité d'un apport alimentaire accru et suffisant, d'une prise de poids optimale et de l'adoption de conduites alimentaires saines pour assurer le bon développement du bébé (52). En outre, la valorisation sociale de la grossesse et de ses rondeurs qui les dégagerait des idéaux de minceur socialement valorisés habituellement et le soutien identitaire qu'elle représente permettent aux femmes enceintes souffrant d'un TCA hors grossesse de supporter une prise de poids qui, en d'autres circonstances, serait inenvisageable tant elle les effraierait.

Si cette évolution est constatée, pouvoir soutenir ces évolutions positives est une opportunité pour le bon déroulement de la grossesse et du post-partum, mais aussi pour tenter d'ancrer ces améliorations à long terme (9).

Certaines femmes enceintes atteintes de TCA habituellement présenteront un comportement alimentaire similaire aux femmes enceintes sans histoire de TCA (25-83).

Une recrudescence symptomatique est souvent fréquente dans le post-partum (9, 15,83) qu'il s'agisse de TCA actuels ou passés. Ainsi, chez les femmes atteintes de BN, deux tiers connaîtraient des rechutes (30)(37).

Un TCA peut également apparaître durant la grossesse, les symptômes persistent au-delà de la grossesse et du post-partum (15).

En effet, face aux transformations corporelles, particulièrement saillante aux plans de la silhouette et du poids, et rapides inhérentes à la grossesse, certaines femmes sont mises à l'épreuve dans leur capacité à s'y adapter et à tolérer l'incertitude et le manque de contrôle qui peuvent accompagner ces changements.

En ce sens, certaines femmes enceintes développent des préoccupations accrues à l'égard de leur alimentation, de leur silhouette et de leur poids voir cherchent à retrouver un certain contrôle face à ces transformations en restreignant leur apport alimentaire avec le risque de développer un TCA (52).

Cette réaction peut être dans la continuité d'un jugement intransigeant posé par certaines femmes sur leur corps et d'une insatisfaction qu'elles pouvaient ressentir face à leur image corporelle avant la grossesse (52).

Les patientes atteintes de TCA ont un risque élevé de développer une dépression, celle-ci touchant environ un tiers des patientes souffrant de TCA (9). La dépression peut être anté ou post natale.

Un épisode dépressif caractéristique anténatal touche 10% des patientes enceintes en population générale.

Sur le plan de l'humeur, les patientes présentent une tristesse persistante, quasi constante, prédominant le matin au réveil et s'améliorant en journée. Emotionnellement, une anhédonie, une

anesthésie affective, une anxiété, voir une irritabilité et un désintérêt pour la sexualité peuvent s'observer. Sur le plan moteur, un ralentissement moteur est notable avec une perte d'élan vital, une aboulie, une bradykinésie, une hypomimie, une voix monocorde voir une clinophilie avec incurie. Des altérations cognitives peuvent survenir avec des troubles de la concentration, de la mémoire, un déficit attentionnel et une indécision. Le sommeil est perturbé (insomnie ou hypersomnie), une plainte d'asthénie est retrouvée. Sur le plan alimentaire, une anorexie est rapportée avec une perte de poids, mais parfois des changements alimentaires surviennent avec la consommation de produits sucrés et une prise de poids. Le cours de la pensée est perturbé avec bradypsychie, ruminations sur un contenu négatif avec de l'auto dévalorisation et une perte d'estime de soi, un sentiment de culpabilité et d'incurabilité. Des idées noires voir suicidaires peuvent être verbalisées (55).

L'intensité de l'épisode dépressif est la plus souvent légère ou moyenne.

La symptomatologie spécifique de la grossesse est une culpabilité centrée sur le fœtus et le sentiment d'incapacité maternelle (55).

Le post partum est une période également à probabilité élevée de dépression chez la femme souffrant d'un TCA (9).

Un épisode dépressif caractérisé du post partum ou dépression du post partum (DPP) concerne environ 15 % des femmes de la population générale.

Le diagnostic peut être envisagé dans l'année suivant l'accouchement, avec un pic entre 3 à 6 semaines post partum, venant prolonger des symptômes du post partum blues au-delà de 15 jours, ou se déroulant dans les suites d'un épisode dépressif débuté en anténatal.

Ce sont en majorité des épisodes caractérisés dépressifs d'intensité légère à modéré sans caractéristique psychotique.

L'humeur est triste avec un sentiment de découragement et d'incapacité concernant la fonction maternelle. Une forte culpabilité peut s'exprimer avec une minimisation, voir une dissimulation des symptômes à l'entourage par la patiente. Les plaintes physiques sont parfois au premier plan (céphalées, douleurs abdominales). Une anxiété importante s'exprime surtout par des phobies d'impulsion hétéro-agressives avec la crainte de faire du mal au bébé, des pensées intrusives, une inquiétude, une absence d'intérêt et d'attachement avec un évitement du contact avec le bébé (55-56).

Il faut faire attention aux signes d'une éventuelle hypomanie, une DPP étant à risque d'évolution vers un trouble bipolaire.

Dans de rares cas, la DPP peut être associée à des caractéristiques psychotiques dont le thème des idées délirantes est classiquement centrée sur le bébé (négation de filiation, persécution) avec parfois des symptômes confusionnels associés. Le risque suicidaire, et d'infanticide est présent.

De nombreux épisodes de dépression du post partum passent inaperçus, les jeunes mères pouvant avoir des difficultés à évoquer un vécu difficile de la naissance de leur enfant (56).

Une DPP est un facteur de risque de récurrence dépressive au décours d'une nouvelle grossesse ou hors périnatalité (55) et nécessite d'être PEC pour prévenir ces récurrences.

Enfin, chez les patientes enceintes souffrant d'un TCA, une prévalence des troubles anxio-dépressifs associés qui serait de 33 % contre 10 à 15% en population générale (6-9).

Les troubles anxieux en anténatal seraient plus fréquents au premier et dernier trimestre, peut être en lien avec les risques de fausse couche au premier trimestre et la perspective de l'accouchement au dernier trimestre (55).

L'anxiété spécifique de la grossesse se définit par des inquiétudes et des préoccupations se rapportant directement à la grossesse, autour des modifications corporelles, des risques de

malformations du fœtus, de l'angoisse de l'accouchement, de la capacité à s'occuper du bébé (55).

Elle peut se manifester par une crainte permanente, des crises d'angoisse, des conduites d'évitement ou de réassurance, des obsessions, des rituels, de l'irritabilité, des envies alimentaires et/ou des troubles du sommeil (55).

Les troubles anxieux en anténatal peuvent être isolés ou associés à d'autres entités cliniques du post partum.

Les phobies d'impulsion sont des angoisses de passage à l'acte à l'égard du bébé, qui peuvent aller jusqu'à la phobie d'infanticide. La mère reconnaît le caractère déraisonnable de ses pensées. Ces phobies d'impulsion ne sont pas un facteur de risque de passage à l'acte hétéro agressif.

Un trouble de stress post traumatique peut marquer les suites d'un accouchement ayant eu lieu en urgence et/ou avec des complications obstétricales (55).

3.3) Impacts sur les interactions précoces mère-bébé

Les interactions précoces correspondent à la relation dynamique et réciproque qui a lieu entre un nourrisson et son entourage proche, généralement sa mère (103).

Leur description varie selon études, dans la première année de vie ou jusqu'à l'âge trois ans (103).

Trois grands types d'interactions sont classiquement décrits (Lebovici, 1983) à savoir les interactions comportementales, affectives et fantasmatiques (104).

Les interactions comportementales sont directement observables pendant les activités du quotidien (103-104), parfois appelées interactions „réelles“ et reflètent la façon dont le comportement de l'enfant et celui de sa mère s'organisent et s'ajustent l'un par rapport à l'autre au fil du temps sur différents registres : corporel, visuel et vocal (103).

Sur le plan corporel, l'ensemble des échanges passant par le corps, soit les interactions comportementales, est appelé „dialogue tonique“ et exprime les manières dont l'enfant est tenu, soutenu, câliné, porté par le parent et aussi la manière dont le nourrisson s'ajuste dans les bras du parent en réponse (103-104).

Le terme de „dialogue tonico-émotionnel“ est aussi employé, le tonus permettant l'expression et la transmission des états émotionnels des deux partenaires entre eux (103).

Deux notions importantes dans les interactions entre une mère et son enfant sont définies : d'une part le « handling » qui est le portage „physique“ donc le maniement, la façon dont est porté, traité, manipulé et soigné l'enfant par sa mère. D'autre part, le „holding „, est un portage physique et psychique constitué des soins maternels qui permettent la mise en place chez l'enfant du sentiment d'exister, de se différencier, dès lors que la mère lui assure de façon satisfaisante et continue une sécurité affective (56, 103, 104).

Une véritable interaction existe entre les postures de l'enfant et de la mère : détente ou raidissement de l'un, confort ou inconfort de l'autre, attention ou désintérêt des deux. Peuvent s'y associer parfois des caresses, des chatouillements, des „blotissements“, des baisers etc. Les réponses du nourrisson aux stimuli de la mère sont perçues comme une incitation à les continuer ou au contraire à les interrompre (104).

Sur le plan visuel, la mère et le bébé se regardent dès la naissance, leur premier regard partagé étant souvent emprunt d'une vive émotion, ces échanges représentant un mode de

communication privilégié.

La mère voyant son bébé la fixer, en particulier durant les tétées, se sent gratifiée, valorisée et reconnue. Réciproquement, le regard maternel renforce celui du bébé envers sa mère.

Les initiations, les échanges et le maintien du regard permettent d'apprécier la qualité de ces interactions (104).

Sur le plan vocal, le premier langage du bébé pour exprimer ses besoins autant que ses affects (douleur, inconfort, plaisir) consiste en des pleurs et des cris, ces derniers déclenchant des affects intenses qui poussent la mère ou „caregiver“ à agir pour mettre un terme à l'état de détresse supposé (103, 104). Le vécu maternel des cris et des pleurs du nourrisson peut s'exprimer, selon les cas, par des sentiments de doute, d'agressivité, voire de désespoir (104).

Ces interactions vocales constituent le principal mode de communication entre le nourrisson et sa mère, comme un « cordon ombilical acoustique » (103-104).

Les mères parlent également à leur bébé dès les premières heures de vie, le contenu du propos étant moins important que la prosodie, les intonations, le timbre ou le rythme constituant un langage maternel („parler-bébé“) suscitant et maintenant l'intérêt du bébé (103-104).

Les interactions affectives correspondent aux sentiments associés aux interactions, au « climat émotionnel et affectif » dans lequel se déroulent les interactions parents-bébé (103)

. Qu'il soit ou non l'initiateur de l'interaction, le bébé partage divers affects au cours de ses échanges avec sa mère ou son père et l'adulte lui répond dans un mouvement en général empathique, en fonction de ce qu'il perçoit des émotions de l'enfant (104)

Les regards du bébé, ses mimiques, ses vocalises, ses gestes, son corps etc peuvent traduire l'intérêt, le plaisir, la joie ou le bien-être, ou au contraire, l'inconfort, la tristesse, l'ennui, l'indifférence, l'insécurité, la colère, la peur, voire l'agressivité. Autant d'émotions du bébé qui mobilisent les affects des parents (104).

La notion d'„accordage affectif“ (Stern, 1989) ou „d'harmonisation affective“ désigne le fait que la dyade partage les mêmes états affectifs et comportementaux au même moment, parfois sur un mode transmodal ; il s'agit de la capacité qu'a l'adulte de renvoyer au bébé ce que celui-ci a pu exprimer sur un mode sensoriel ou moteur, en utilisant un autre mode mais en conservant le même profil d'activation (104).

Par exemple, une modulation de la voix ou du regard de la mère peut s'accorder à un mouvement du corps de l'enfant. Ce qui fait correspondre n'est pas le comportement en soi, mais plutôt l'état affectif ou émotionnel interne de chacun des partenaires (104).

Un des exemples les plus importants d'interactions affectives basées sur les interactions comportementales concerne le lien entre le sourire du bébé et les sentiments maternels. Ainsi, un enfant qui sourit à sa mère lui procurera un sentiment de gratification, alors qu'un enfant qui détourne le regard et ne lui sourit pas pourra l'inquiéter (103).

Les interactions fantasmatiques correspondent à l'influence mutuelle de la vie psychique du bébé et de la mère dans leur modalité imaginaire, fantasmatique et inconsciente (Cramer, Lebovici) (103).

La vie psychique de la mère, ses fantasmes conscients et inconscients ont un rôle important dans l'organisation et le développement des interactions, et contribuent à modeler la vie psychique du bébé (104).

Ce type d'interactions fait référence à la théorie psychanalytique. Ainsi, les fantasmes inconscients liés à l'histoire personnelle des parents pourraient être projetés sur le bébé (103).

Au total, chez un nourrisson en bonne santé, les interactions vont permettre et

faciliter un bon éveil et un développement harmonieux. Ces interactions sont caractérisées par: une disponibilité affective de l'adulte ; une souplesse des réponses de l'adulte ; une stabilité, une continuité et une cohérence dans le temps. Lorsque ces conditions ne sont pas respectées, les interactions seront perturbées dans leurs différents mode d'expression (104).

On estime à environ 5 millions le nombre d'interactions répétées au cours de la première année entre le bébé et son „caregiver“ (la personne qui lui prodigue les soins). C'est à travers ces interactions qu se construit progressivement le lien dit d'attachement, qui est en place à partir de 9-10 mois (104),

L'attachement au sens de la théorie de l'attachement est une des formes de ces liens affectifs durables qui fait rechercher et trouver auprès de certaines figures spécifiques un sentiment de réconfort et de sécurité en situation de détresse, d'alarme ou d'impuissance (105). Son importance est toute particulière les premières années de la vie (105) et a pour but d'assurer la sécurité, la protection et la régulation émotionnelle de l'enfant, puis de développer son autonomie (104).

En effet, le bébé humain naît avec un équipement biologiquement programmé pour nouer des liens d'attachement (105). Il recherche de manière innée la proximité physique avec l'adulte qui prend soin de lui et qui peut lui amener du réconfort. Il utilise alors les pleurs, les cris, qui sont des „comportements d'attachement“ pour appeler à l'aide l'adulte et lui exprimer son malaise, sa détresse ou son inconfort, qui au-delà d'une certaine intensité, le désorganise (56-105). L'adulte de son côté possède des facteurs biologiques et psychologiques qui vont le conduire à des comportements très spécifiques destinés à répondre à ces besoins d'attachement (105) („responsiveness“), permettant au bébé de s'apaiser et de faire cesser ses comportements (56).

Ainsi, dès la naissance, le bébé va expérimenter à de multiples reprises, par des comportements visant à maintenir l'adulte à proximité (regarder, sourire à ceux qui peuvent le protéger) que la même personne s'approche, et par une série d'interventions (parole, action), lui fait ressentir qu'elle partage son vécu émotionnel, et lui apporte réconfort, apaise sa détresse et lui permet de retrouver un état d'équilibre, de détente et de reprendre le contrôle. Le bébé va alors associer à l'expérience de proximité physique l'expérience émotionnelle, plus intérieure, de sécurité et s'attacher aux figures qui répondent à ce besoin. La figure qui a le plus souvent, le plus durablement et le plus adéquatement, répondu à ses besoins de proximité deviendra la figure d'attachement principale, celle donnant le sentiment le plus intense de sécurité au bébé, rien que par sa proximité ou un peu plus tard son accessibilité et lui permettant par la suite, d'explorer, de découvrir son environnement et de développer son autonomie (105) (Bowlby, Ainsworth).

Les schémas d'interaction avec la figure d'attachement sont dits „styles d'attachement“ et influenceront la manière d'interagir avec les autres au cours de la vie (105). Egalement, il joue un rôle important dans les comportements parentaux, et dans la santé mentale des mères, les système d'attachement étant activé pendant la grossesse et l'accouchement, les relations précoces mère-bébé étant le reflet du style d'attachement de la mère (56).

Quatres styles d'attachement sont retrouvés, le secure, l'insecure anxieux-évitant, l'insecure anxieux-ambivalent et le désorganisé.

L'attachement „secure“ correspond à l'expression des comportements innés des bébés, car ils leur permettent d'obtenir ce dont ils ont besoin. Leur figure d'attachement est sensible,

accessible, elle répond à leurs besoins de manière rapide et appropriée, accepte et tolère leur comportement et coopère dans leurs rythmes, même en situation de stress. De ce fait, l'enfant se sent compris, accepté et valorisé dans ce qu'il est et développe un sentiment de sécurité et de confiance en lui et dans l'accessibilité de sa figure d'attachement (56-109).

La notion de sensibilité est souvent corrélée à un attachement dit „secure“ (104).

Ainsi, une mère ayant ce style d'attachement, a de bonnes compétences dans les relations interpersonnelles, grâce à de bonnes capacités de mentalisation et de régulation des émotions, lui permettant de mieux appréhender une situation de stress comme l'accès à la maternité (107-109).

L'attachement „insecure“, opposé au style „secure“, comprend le style d'attachement „anxieux-évitant“ et le style d'attachement „anxieux-ambivalent“. Ces attachements auraient une plus grande vulnérabilité face à la dépression ainsi que face à la séparation ou la perte (106).

Dans l'attachement anxieux-évitant, les enfants ont appris à ne pas solliciter leur figure d'attachement qui ne répond pas à leur demande de réconfort ou pas de manière adaptée (rejet ou au contraire intrusion) (109).

Plus tard, les individus ayant ce style d'attachement, tentent de minimiser l'expression de leur besoins d'attachement (adaptation pour ne pas se sentir rejeté et auto-autonimisation précoce) et leurs sentiments (dissimulation de l'expression émotionnelle, et croyances relatives à un „soi“ vécu comme invulnérable, à l'idée que les autres sont hostiles et non dignes de confiance, à des relations idéalisées). Le manque d'empathie et l'hostilité peuvent prédisposer ces individus à des troubles de conduites et des styles de personnalité antisociale (106-109).

Une mère ayant ce style d'attachement a tendance à une désactivation relative de son système d'attachement (107).

Dans l'attachement anxieux-ambivalent, les enfants doivent accentuer leurs sollicitations et leurs manifestations de détresse pour obtenir le réconfort de leur figure d'attachement, celle-ci pouvant répondre de manière sporadique, imprévisible ou insensible (109).

Plus tard, les individus ayant ce style d'attachement auront une moindre tolérance à la frustration, une tendance à exagérer les émotions et à maintenir des croyances négatives relatives au „soi“ et peuvent être amenés, à long terme, à des sentiments de confusion face aux défis posés par l'exploration et à des difficultés accrues dans la gestion de l'anxiété (106).

Une mère ayant ce style d'attachement a un système d'attachement suractivé (réveillant des angoisses d'abandon), a plus d'inquiétudes focalisées sur l'enfant et a un risque plus important de DPP (107).

Enfin, il existe le style d'attachement „désorganisé“, quand l'enfant est dans l'incapacité de développer une stratégie d'attachement cohérente et organisée, souvent dans le cas d'enfant ayant peur de leur figure d'attachement qui est le plus souvent imprévisible (56).

Plus tard, les individus avec ce style d'un attachement sont dans une impossibilité de maintien d'une stratégie d'attachement cohérente et sont en risque majeur de psychopathologie de diverses natures, incluant des perturbations de type dissociatif (106).

Une mère ayant ce style d'attachement a des difficultés à créer un lien avec son enfant (107).

Les interactions peuvent être évaluées par divers outils.

Les outils ne nécessitant pas l'usage de la vidéo, comme l'observation directe d'Esther Bick (1963) des Grilles dites „de Bobigny“ et le PIPE ou Parent Infant Pediatric Examination, (même s'il est préférable de l'utiliser à partir d'un document vidéo, il est possible de l'utiliser sans).

Les méthodes d'évaluation avec vidéo les plus utilisées en France sont le GRS ou Global

Rating Scale : cette échelle de notations globale a été mise au point pour décrire les interactions „face à face“ ainsi que la CIB ou Coding Interactive Behavior (104).

Le post-partum chez les mères atteintes d'un TCA peut être marqué par des difficultés dans l'ajustement mère-bébé, les premières difficultés rencontrées étant celles liées à l'évolution dans le quotidien, des troubles associés au TCA (110) se manifestant dans la réponse alimentaire et l'allaitement (diminution de la durée des repas, arrêt précoce, mauvaise identification des signaux de faim et de satiété de son bébé), et par des préoccupations excessives de la mère pour le poids et l'aspect physique de son bébé (9).

Le TCA chez les femmes enceintes peut influencer les modalités d'attachement (9).

Enfin, les mères souffrant de TCA sont plus à risque de DPP ou d'un trouble anxieux, impactant secondairement les relations précoces mère-bébé (9).

Concernant la réponse alimentaire, nourrir le nourrisson est une tâche cruciale des parents, non seulement parce qu'elle peut absorber une partie considérable de la journée dans les premiers stades de la vie, mais aussi parce que c'est l'un des moyens de communication les plus importants entre la mère et l'enfant (13).

L'alimentation du nouveau-né peut être anxiogène pour la mère et source de projections préjudiciables pour l'enfant qui devient un prolongement d'elle-même sans différenciation ni ajustement à ses besoins (110).

Le passage à l'alimentation diversifiée est souvent une étape difficile. Les morceaux, le risque d'étouffement peuvent aussi être vécus comme des dangers réactivant les phobies parfois présentes dans ces pathologies. Les mères les plus conscientes de leurs symptômes encore actifs et soucieuses du bon développement de leur enfant auront recours au tiers, le père est alors celui qui pourra permettre d'introduction de nouveaux aliments. D'autres intervenants (assistante maternelle, grand-mère par exemple) peuvent jouer un rôle protecteur auprès de l'enfant, apaisant ainsi les angoisses de la mère (110).

Les relations précoces mère-enfant tendent donc à être perturbées chez les mères souffrant de TCA, celles-ci ayant tendance à adhérer avec rigidité au rythme de puériculture, particulièrement en ce qui concerne le nourrissage. Ce comportement serait le résultat d'un manque de confiance en leur capacité à reconnaître les signaux émis par leur bébé, mais également de la nécessité de contrôler le comportement de leur enfant, s'associant parfois à un déni des compétences du nourrisson (66).

De plus, les femmes ayant des antécédents de TCA peuvent montrer des difficultés de conscience des signaux de faim et de satiété du nourrisson et ont plus de préoccupations autour d'un surpoids de leur bébé (13).

Pendant les repas et les jeux, les mères atteintes de TCA auraient plus fréquemment des interactions négatives et des comportements intrusifs et exprimeraient plus souvent des émotions et des commentaires négatifs (13).

La distorsion de l'image corporelle, les principaux symptômes de l'AN et de la BN, peuvent également avoir un impact sur les pratiques d'alimentation.

Ainsi, chez une fraction non négligeable de mères AN (environ 20 % d'entre elles) par exemple, la relation précoces mère-enfant tend à être perturbée par des préoccupations excessives concernant l'alimentation (Brinch) (14)(65). Une association avec un retard pondéral persistant au-delà de la première année est parfois observée (66).

Les nourrissons de femmes atteintes de BN auraient des niveaux plus élevés de refus de

prendre des aliments solides par rapport aux témoins (13).

Les mères souffrant de BED prédisposent à l'utilisation de pratiques d'alimentation plus insensibles (c'est-à-dire la régulation des émotions, la restriction pour la santé, la pression pour manger et la nourriture comme récompense), indirectement par le biais de plus de réponses de détresse aux émotions négatives des enfants (13).

Les symptômes de dépression maternelle faible combinés à des scores boulimiques élevés seraient significativement associés au refus alimentaire chez les filles (13).

Concernant l'allaitement maternel, les patientes souffrant de TCA peuvent présenter des problèmes de comportement alimentaire avec leur enfant à partir de l'allaitement au sein.

Elles auraient une plus grande tendance à allaiter, la pratique étant liée dans certains cas à la nécessité de mincir et de nourrir son enfant sans s'exposer aux aliments, donc au risque de crise boulimique (51).

Des difficultés de mise au sein sont retrouvées ainsi que des allaitements insuffisants.

Des arrêts précoces de l'allaitement chez les patientes TCA sont souvent observés, les mères craignant de ne pas avoir assez de lait et par conséquent de ne pas nourrir suffisamment leur enfant (surtout s'il s'agit d'une fille) (51).

Les mères atteintes de BN sont au contraire plus susceptibles de continuer à allaiter (13).

Le TCA chez les femmes enceintes influencerait sur les modalités d'attachement qu'elles vont développer avec leur bébé, qui sont plus souvent de type anxieux-évitant ou de type anxieux-ambivalent (9).

Dans les cas de la DPP, les patientes atteintes de TCA y étant plus à risque, les impacts sur les relations précoces mère-bébé sont notables (55-104).

Ainsi, les mères déprimées ont des altérations des interactions avec leurs bébés, les comportements maternels étant plus souvent anti-contingents, non synchrones et mal adaptés.

Les mères ont moins de contacts oculaires prolongés avec leur bébé et le bercent moins.

Leur style interactif va de l'apathie avec une aréactivité face au bébé (silencieuse, amimique, peu d'initiation de l'interaction, pas de repérage des signaux subtils) à l'intrusivité (geste intrusif), sans en avoir conscience.

Il a été constaté (Field 1990) que l'indisponibilité maternelle affecterait davantage le bébé qu'une séparation, qu'à 3 mois, les bébés de mère atteinte de DPP généralisent leur style interactionnel aux adultes non déprimés (plus d'interaction avec le tiers qu'avec leur mère présente), ces conséquences perdurant même après guérison de la DPP maternelle.

Ainsi, les bébés peuvent présenter, dans un mécanisme d'adaptation, un retrait relationnel avec leur mère, mais pas encore avec le tiers.

Donc, quand le bébé a été exposé à la DPP de sa mère trop longtemps, traiter la dépression ne suffit pas, il faut également agir au niveau des interactions (104).

Dans le cadre des troubles anxieux, les patientes de TCA y étant plus à risque, des

impacts sur les relations précoces mère-bébé peuvent s'observer (55-108).

Le post-partum expose à une recrudescence du trouble anxieux pouvant perturber les interactions parent-enfant du fait de craintes excessives conduisant à des conduites mal adaptées, à de l'hypervigilance exposant le nouveau-né à d'éventuels troubles fonctionnels (108).

Durant le post-partum, un trouble panique pourrait s'aggraver voir apparaître, étant susceptible de perturber les interactions mère-nouveau-né, favorisant l'hypervigilance et les troubles du sommeil chez le bébé (108).

3.4) Impacts sur l'enfant

La petite enfance est une période cruciale pendant laquelle les enfants se développent et s'engagent dans un apprentissage social et comportemental, exprimant leur tempérament (tendance biologique chez chaque enfant, mais qui est façonnée par des interactions complexes entre des facteurs génétiques, biologiques et environnementaux) (13).

Les conséquences de mère souffrant de TCA sur l'enfant sont plurifactorielles, allant de l'éventuelle vulnérabilité génétique aux effets de la pathologie maternelle, que ce soit en termes de carences nutritionnelles ou de dysfonctionnement relationnel.

Les événements extérieurs, le stress vécu pendant la grossesse ont aussi un rôle à jouer sur le comportement et le développement de l'enfant (110).

Ainsi, Le TCA maternel aurait un impact sur le développement cognitif, psychologique, alimentaire et psychopathologique de l'enfant (13) et pourrait affecter le développement d'un TCA chez celui-ci (15).

Les enfants de mères atteintes de TCA présenteraient aussi une croissance staturale-pondérale moins harmonieuse que les enfants de mères en santé (25).

Ainsi, les enfants de mères atteintes de TCA seraient plus à risque de présenter des problèmes psychiatriques tels que l'hyperactivité, le comportement d'évitement, l'énurésie, l'attachement insécurisé, la dépression, les peurs, les problèmes de personnalité, le bégaiement, le tempérament violent, le comportement de défi oppositionnel et les TOC (13-110).

Il est important de repérer l'existence de comorbidités maternelles car les troubles de la personnalité de type état-limite, l'anxiété, la dépression ou autre pathologie psychiatrique associée à la problématique de TCA peuvent aggraver les difficultés touchant le développement psychoaffectif de l'enfant (110).

Une notion émergerait de modification également du génome pouvant survenir avant la naissance du fait de la malnutrition, qui affecterait le développement du fœtus initialement et tout au long de la vie. (25).

Sur le plan alimentaire, deux types de tableaux cliniques pour le développement de

l'enfant de mère souffrant d'un TCA sont à reconnaître:

L'enfant risque de souffrir de situation de déséquilibre alimentaire, sa mère souffrant de TCA ne pouvant identifier les signaux de faim et de satiété et le déséquilibre en résultant.

L'enfant peut aussi souffrir de situation à la limite de la maltraitance, avec une restriction alimentaire instaurée par sa mère atteinte d'un TCA, sous différents prétextes, le retard de croissance étant alors expliqué par la morphologie familiale. Ces mères présentent un fonctionnement maternel rigide et figé, en position de maîtrise, ne permettant à personne d'avoir accès à leur conduite, le tiers ayant donc peu de disponibilité pour intervenir, enfermant l'enfant dans un dysfonctionnement pouvant marquer durablement son développement.

Le suivi médical peut être vécu comme intrusif dans les décisions maternelles (110).

Il existerait ainsi quelques rares exemples de mères qui affameraient véritablement leur enfant (11).

Les enfants dont les mères souffrent d'un TCA, présentent un risque accru de perturbations dans plusieurs domaines (13), psycho-physiologique, en particulier concernant l'alimentation et dans le domaine développemental, social et comportementale.

Tout d'abord, les enfants de mère souffrant de TCA présenteraient plus de difficulté dans l'alimentation et les comportements alimentaires.

Le TCA maternel peut en effet influencer sur l'apport nutritionnel, les habitudes alimentaires et la qualité de l'alimentation chez les nourrissons (13).

La restriction des styles d'alimentation seraient par exemple plus fréquents chez les mères souffrant de TCA, influençant l'alimentation de leur enfant (13).

Les mères atteintes d'AN par exemple signalent des problèmes d'alimentation accrus, notamment l'épuisement pendant l'alimentation, qui est lente avec une absence de routine établie (13) et des répercussions chez leurs enfants, l'alimentation demeurant ainsi une source de conflits internes pour la mère (65).

Le lait maternel serait associé à une plus grande utilisation des réponses de détresse chez les mères atteintes de TCA, ce qui prédirait indirectement un IMC plus élevé chez l'enfant, la nourriture étant identifiée dans ce cas comme une pratique d'alimentation de récompense.

Ensuite, les enfants de mères souffrant de TCA afficheraient plus de difficultés sur le plan développemental dans les domaines psychoaffectif, psychomoteur, du langage, cognitif et somatique.

Concernant le développement psycho-affectif, les enfants de mère atteintes de TCA seraient plus à risque de présenter un trouble émotionnel à un âge précoce (3,5 ans) avec une majoration des difficultés en grandissant (à l'âge de 7 ans) et un risque multiplié par 2 de souffrir en particulier d'un trouble anxieux ou émotionnel entre 7 et 13 ans (9-16).

Les enfants de mères atteintes de TCA auraient de plus un traitement différentiel des émotions faciales avec une moins bonne reconnaissance de la peur (13).

Une hypothèse est questionnée que les enfants de mères atteintes d'AN auraient un risque génétique plus élevé de développer un large éventail de phénotypes et de troubles psychiatriques tels que la psychose (13).

Les enfants de mère souffrant de BED seraient de leur côté plus à risque de présenter des troubles affectifs (13).

Concernant le développement psycho-moteur, les enfants de mère souffrant de TCA seraient plus susceptibles de présenter un retard du développement précoce psychomoteur et un développement moteur moindre à l'âge de 1 an (13).

Concernant le domaine du langage, les enfants de mère atteintes de TCA seraient plus susceptibles de présenter un retard précoce du développement linguistique et un développement du langage moindre à l'âge de 1 an (13).

Concernant le domaine de développement cognitif, les enfants de mère souffrant de TCA auraient un risque accru de résultats négatifs en matière de développement (13) avec une croissance, et un développement neurocognitif qui pourraient alors être retardés (9-16).

De plus, lors de la grossesse, à l'état potentiel de dénutrition maternel se joindrait une baisse du taux placentaire de 11- β -HSD (enzymes exerçant une action régulatrice sur le métabolisme du cortisol), ce qui exposerait le fœtus à un taux plus élevé de cortisol maternel. Cela mimerait une réponse au stress qui, premièrement, s'associerait à une plus grande fréquence de petits poids de naissance et, deuxièmement, aurait des conséquences sur la régulation neurohormonale du stress par le fœtus et l'enfant, ainsi que sur son développement cognitif ultérieur (102).

Concernant l'aspect somatique, les enfants de mère atteint de TCA pourraient présenter des pathologies médicales non psychiatriques (coliques, eczéma) (55).

Une hypothèse est questionnée que les enfants de mères atteintes d'AN auraient un risque génétique plus élevé d'avoir un IMC et un risque de diabète plus faibles (13).

Les enfants de mère souffrant de BED seraient de leur côté plus à risque de présenter des troubles du spectre autistique (13).

Sur le plan social, les enfants de mère souffrant d'AN et de BN auraient des difficultés de compétences sociales avec des troubles dans les interactions et la communication avec les pairs (13).

Sur le plan comportemental, les enfants de mère atteintes de TCA pourraient présenter des troubles du comportement (agitation, apathie) (55).

En effet, ils seraient plus susceptibles de présenter une dysrégulation neurocomportementale tôt après la naissance (13).

Par la suite, ils auraient aussi un risque plus élevé de troubles comportementaux à un âge précoce (3,5 ans) avec une majoration des difficultés en grandissant (à l'âge de 7 ans).

Les enfants de mère souffrant de TCA seraient plus susceptibles d'être décrits comme ayant un tempérament difficile (13) et d'être perçus comme ayant un affect négatif plus important, c'est-à-dire qu'ils manifesteraient plus de tristesse, d'irritabilité et de pleurs.

Enfin, les enfants de mères atteintes de TCA seraient plus susceptibles de développer eux-mêmes un TCA (13).

Ainsi, une nutrition insuffisante de femmes enceintes déjà sous-alimentées peut produire des altérations métaboliques et des complications obstétricales qui, avec l'ajout d'autres facteurs associés, pourraient être susceptibles de prédisposer leurs enfants à la survenue ultérieure de TCA (102), comme cela pourrait être le cas chez les enfants de mères souffrant d'AN qui auraient un risque plus élevé de développer des symptômes d'AN à l'adolescence et au début de l'âge adulte (15).

A noter que des études familiales et sur des jumeaux ont montré que le TCA a une forte composante génétique, mais l'environnement est susceptible de jouer un rôle crucial dans l'expression des prédispositions génétiques sous-jacentes (13).

Dans les cas de la DPP, les patientes atteintes de TCA y étant plus à risque, ce trouble aurait aussi un impact le comportement et développement de l'enfant 55-104).

En effet, près de 1/4 des enfants de mères ayant souffert de dépression en post-partum souffriront de troubles précoces du développement (16).

CAS CLINIQUES

Cas de Madame M., 27 ans, dans son 8 ème mois de grossesse avec un terme mi mai 2023.

Mode de vie

Madame est sous curatelle renforcée, suivie par des éducateurs au sein d'une structure pour des difficultés anciennes d'apprentissage scolaires (ULYS, CLIS). Madame a une formation d'agent d'entretien, est en congé maternité. Sa situation financière est correcte.

L'histoire développementale de Madame n'a pas été abordée durant l'entretien, la présence de symptômes antérieurs durant l'enfance étant de ce fait inconnue.

Couple et grossesse

Madame est en couple avec le père du bébé à naître, qu'elle décrit soutenant et étayant.

C'est une première grossesse pour le couple, désirée et survenue 5 mois après le début de la relation.

La grossesse est très investie par les deux parents, les affaires de puériculture sont prêtes.

Le bébé est présent dans le discours, une préoccupation maternelle est retrouvée avec une

projection dans le post partum (allaitement).

Madame a effectué son suivi en libéral, les échographies sont normales. Elle attend un garçon.

Antécédent

Diabète de type 2 diagnostiqué en 2021 avec règles hygiéno-diététique préconisées, non suivies. Madame pesait 100 kg pour 170 cm en début de grossesse, IMC à 34,6 (obésité). Pas d'antécédent rapporté par la patiente de suivi antérieur psychiatrique, pas de traitement psychotrope pris.

Anamnèse

Madame a été hospitalisée pour une cholecystite à 27 SA, bien résolue avec la PEC. Devant des hyperglycémies mesurées, l'existence d'un diabète de type 2 antérieur à la grossesse a été confirmée avec une orientation vers un suivi endocrinologique. Lors de l'hospitalisation, le poids estimé à 150kg de la patiente a motivé la préconisation d'un suivi diététique. Le suivi de grossesse est désormais effectué par les obstétriciens. Un déclenchement est envisagé début mai (comorbidités).

Histoire pondérale

Lors de son hospitalisation, du fait de son état d'obésité, l'histoire pondérale a été abordée.

Madame rapporte un poids de 150 kg pour 170 cm (IMC 51,9) en 2021 et avoir participé, à l'instar des encouragements d'une éducatrice qui la suit, à réaliser un stage de rééducation alimentaire en 08/2021, qui fut très investie par Madame.

Notion d'une perte de 50kg en 6 mois à partir de 08/2021 suite à l'application des conseils du stage.

Madame pesait 100 kg pour 170 cm en début de grossesse avec un IMC à 34,6.

Notion par la suite d'une reprise de 50 kg depuis le début de grossesse, avec un IMC actuel à 52.

Problématique alimentaire abordée

La sage-femme d'hospitalisation a mis en avant les complications obstétricales qui pourraient survenir du fait de cet état d'obésité morbide. Puis elle a évoqué les suspicions de l'équipe d'un éventuel TCA existant devant ces fluctuations importantes de prise de poids et émis l'hypothèse d'une nécessité de modifier les comportements alimentaires. Madame a pu entendre les propos.

Information

Lors de sa consultation de suivi avec l'obstétricienne, cette dernière a informé Madame de la demande d'un pédopsychiatre de pouvoir échanger avec des patientes enceintes, par téléphone, autour de leurs comportements alimentaires durant la grossesse avec l'éventualité de répondre à des questionnaires.

Madame a donné son accord pour être appelée.

Entretien téléphonique

En début d'entretien, Madame a donné son consentement oral pour répondre aux questions.

Cliniquement, Madame était calme, de bon contact, dans l'échange, verbalisant bien et répondant de manière adaptée aux questions sans signe de décompensation psychiatrique repéré en entretien.

Madame rapporte une bonne thymie mais avec des fluctuations. Madame évoque ses inquiétudes actuelles concernant les risques de complication éventuelles obstétricales et les répercussions sur son bébé. Madame ne verbalise pas d'anxiété ni d'idées négatives ou suicidaires. Madame rapporte un sommeil gêné par l'inconfort mais sans ruminations anxieuses ni cauchemards.

Histoire du comportement alimentaire

Madame décrit de son enfance jusqu'en 08/2021, une tendance au "grignotage" selon ses termes, préférentiellement des aliments sucrés, sans culpabilité ressentie ni comportements compensatoires (jamais de vomissements auto-induit ni de prises de laxatifs).

Madame évoque des essais de sa mère de limiter cette consommation quand elle était adolescente.

Madame n'était pas préoccupée par son poids mais pouvait comparer sa silhouette à celle de ses

amis et ne pas en être satisfaite, sans tentative effectuée de réduire sa consommation. Madame rapporte une envie impulsive de „porter à la bouche l'aliment sucré“. Madame rapporte une absorption en plus grande quantité d'aliments en cas de frustration ou de mauvaise nouvelle.

En 08/2021, Madame pesait 150 kg et mesurait 170 cm.

Réalisation d'un stage de rééducation alimentaire sous les conseils d'une éducatrice qui la suit. Madame dit s'y être rendue sans motivation. Rapidement, Madame y aurait trouvé un fort intérêt et aurait appliqué scrupuleusement les conseils préconisés avec une perte effective de 50 kg en 6 mois. Madame rapporte dans les mois suivants cette cure une modification de ses habitudes alimentaires avec une diminution majeure, sans éviction totale, des aliments sucrés et un arrêt du grignotage. Parallèlement, Madame avait augmenté son activité physiques avec de la marche régulière. Madame se décrit préoccupée par la nourriture durant cette période, dans une volonté de perdre du poids avec un plaisir résultant et la recherche d'une perte encore plus importante ("comme une drogue"). Madame pouvait avoir recours à des comportements de restriction alors qu'elle avait faim (suppression d'un repas) dans le but de ne pas reprendre le poids perdu, Madame pouvant dire sa peur durant cette période de reprendre du poids. Madame se plaisait à regarder sa nouvelle silhouette, dont elle était satisfaite, ainsi que de son poids et elle se pesait quotidiennement.

Depuis le début de grossesse, Madame évoque une "reprise des anciennes habitudes" selon ses termes, avec des "grignotages" d'éléments sucrés sans participation affective rapportée. Madame ignore pourquoi elle a repris ces comportements, elle ne rapporte pas d'évènement de vie déclenchant.

Mme évoque une perte de contrôle alimentaire, elle dit "se laisser aller".

Madame évoque aussi des prises alimentaires rapides plus importantes, sans faim et sans contrôle de ce qu'elle mange, en cas de contrariété. Depuis son début de grossesse, Madame se décrit plus souvent contrariée avec le recours récurrent à ce comportement qui est comme un « impériosité » selon ses termes, la finalité recherchée n'étant pas décrite par Madame qui n'évoque pas d'impact secondaire psycho-émotionnelle à ce comportement.

Madame semble décrire des périodes où elle consomme plus qu'habituellement, lors de contrariété. Il est cependant difficile dans le discours de Madame d'évaluer la fréquence et durée de ces consommations, et de quantifier les quantités ingérées (Madame évoque des boîtes entières de gâteau). Madame consomme dans un but recherché de se calmer mais sans apaisement effectif. Madame décrit plus de culpabilité ces derniers mois du fait des risques énoncés encourus pour le bébé, en lien avec sa surcharge pondérale. Mais Madame ne parvient pas à réfréner son comportement, disant manger "pour elle" comme un "besoin" de mettre à la bouche un goût sucré. Madame se dit insatisfaite de son poids et de sa silhouette depuis sa reprise de 50 kg, être gênée quand son compagnon la prend en photo, ne pas aimer son reflet dans le miroir. Madame dit manger en cachette de son compagnon, du fait des inquiétudes de celui-ci pour sa santé. La fréquence de ces consommations majorées semble hebdomadaire, dure depuis le début de la grossesse et semble se majorer.

Mme évoque aussi sa peur de ne pas parvenir à reperdre en post partum le poids pris.

Evaluation diagnostique

Au cours de l'entretien, évaluation de la présence ou non de critères pour établir un diagnostic

Le pica est exclu (pas d'ingestion rapportée de substance non nutritive ou non comestible).

Le mérycisme est exclu (pas de description d'épisode éventuel de rumination).

L'ARFID est exclu (pas de notion de trouble de l'ingestion d'aliment ni perte de poids).

L'AN est exclu (pas de restriction des apports énergétiques, pas d'IMC bas).

La BN est exclue (pas de comportement compensatoire, pas de vomissements)

Le diagnostic de BED n'est pas retenu, la patiente ne décrivant pas d'accès hyperphagique franc, les quantités absorbées en un temps limité n'étant pas quantifiées semble t'il comme largement

supérieures à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances. La patiente ne décrit pas non plus une rapidité d'ingestion des aliments comparé à la normale, ni une sensation pénible de distension abdominale ni une détresse marquée suite aux accès hyperphagiques.

En revanche, la perte de contrôle, la fréquence, la culpabilité ressentie, l'absence de faim lors des accès, la gêne d'être vue consommer et l'absence de comportements compensateurs sont verbalisés. Le diagnostic d'OSFED n'est pas retenu non plus. Le trouble décrit par la patiente ne présente pas un tableau clinique caractéristique d'un trouble de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments, avec le manque d'un seul critère pour remplir tous les critères du trouble spécifique. En effet, si le trouble décrit se rapproche du BED, il manque plusieurs critères. Le diagnostic EDNOS est retenu, la patiente rapportant un trouble du comportement alimentaire mais ne remplissant pas tous les critères ou presque d'un trouble spécifique TCA.

Sur un plan diagnostique, Madame M. semble présenter un TCA non spécifié, type EDNOS.

Passage oral par téléphone du questionnaire SCOFF-F

Résultats:

Une seule réponse positive est retrouvée à la question 2 ("Craignez vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?").

Pour rappel, 2 questions positives ou plus peuvent faire suspecter un TCA.

Passage oral par téléphone du questionnaire EDE-Q (Cf Annexe 3)

Résultats :

Le score de la sous-échelle de restriction est de « 0 ».

Le score de la sous-échelle de préoccupations à l'égard du poids est de « 9 ».

Le score de la sous-échelle de préoccupations à l'égard de la nourriture est de « 14 ».

Le score de la sous-échelle de préoccupations à l'égard de la silhouette est de « 35 ».

Le score global, soit la moyenne des scores des sous-échelles est de « 14 ».

Pour rappel, cette première partie du questionnaire permet d'évaluer la présence et l'intensité d'attitudes généralement associées à un TCA, au cours des 28 derniers jours.

Un score égal ou supérieur à 4 à l'une des sous-échelles ou à l'échelle globale suggère la présence d'un TCA (35).

La seconde partie du questionnaire permet d'évaluer la fréquence d'adoption de comportements alimentaires inadéquats spécifiques au cours des 28 derniers jours (vomissements induits, utilisation de laxatifs ou pratique excessive d'exercice physique visant à contrôler ou perdre du poids).

Dans le cas de la patiente, le SCOFF-F n'obtient pas un score faisant suspecter un TCA.

En revanche, les scores obtenus à l'EDE-Q suggèrent la présence d'un TCA.

Il apparaît nécessaire de passer d'autres questionnaires psychiatriques du fait de ces résultats non concordants.

Durant la grossesse, l'évolution des TCA est variée, entre diminution voire arrêt des troubles, ou au contraire exacerbation de ces derniers, ou encore recrudescence ou même apparition.

Dans le cas de cette patiente, son TCA, inactif suite à sa cure de rééducation alimentaire, est réapparu durant la grossesse.

Egalement, il existe semble t'il, une exacerbation des consommations d'aliments sucrés avec une prise de poids importante très rapide. La préoccupation autour du poids et de la silhouette est plus marquée que lors des TCA passés. De la culpabilité, peu ressentie par le passé, est apparue, avant tout vis à vis de son bébé, mais aussi vis à vis de son conjoint qui s'inquiéterait de la santé de Madame, avec une dissimulation par Madame des consommations en présence du conjoint. Parallèlement, Madame dit son désir de perdre du poids mais son incapacité à se mobiliser, d'autant que Madame identifie ces consommations comme un „besoin“ presque impérieux et nécessaire actuellement („Pour le moment je pense à moi“).

Il est intéressant de s'interroger sur la culpabilité ressentie par les femmes enceintes souffrant d'un TCA : reste t'elle surtout en lien avec leur propre corps, ou se déplace t'elle vis à vis du bébé ? Est-elle alors représentative d'un TCA en cas de grossesse ou liée à l'état de grossesse ?

Ces questionnements renforcent l'intérêt d'un outil de dépistage d'un TCA chez la femme enceinte.

Les 2 cas cliniques ci-dessous illustrent ainsi d'autres évolutions de TCA durant la grossesse

Le Cas clinique de Madame G., âgée de 30 ans, a été rencontrée en ante partum sur l'Unité Parent Bébé (UPB) pour une PEC dans un contexte de stress post traumatique suite à une agression survenue à ses 5 mois de grossesse par une ancienne connaissance de consommations.

Antécédent

Madame bénéficie d'un suivi psychiatrique libéral depuis 10 ans pour un diagnostic de bipolarité, une hyperactivité et un trouble de l'usage de la cocaïne (arrêté avant la grossesse). Récemment, le diagnostic d'un trouble de la personnalité borderline ajouté a été émis. Madame du fait de sa pathologie est reconnue en situation de handicap et bénéficie de l'allocation adulte handicapé. Madame est sous curatelle renforcée du fait de dépenses excessives lors d'accès maniaques passés. Madame n'a pas de traitement psychotrope durant la grossesse, est équilibré et ne présente pas de décompensation psychiatrique. Mme présente une d'obésité et un diabète gestationnel équilibré du fait d'un respect scrupuleux par Madame des recommandations.

Couple et Grossesse

Le compagnon de Mme, en situation irrégulière, a été expulsé du territoire suite à l'agression. La grossesse est désirée et investie par le couple, soudé malgré la distance géographique avec un projet de Madame de rejoindre son compagnon en post partum.

Accouchement et Post Partum

L'accouchement est déclenché à la demande de Madame devant une recrudescence anxieuse. Son bébé va bien. En post partum immédiat, des signes à bas bruit évocateurs d'une éventuelle décompensation motivent la reprise du traitement psychotrope, avec amendement des symptômes. En post partum, des doutes sur un possible TCA ont été évoqués par l'équipe.

Problématique alimentaire

Lors d'un échange, Madame décrit, il y a 10 ans, des accès hyperphagiques, soit des crises“ de consommation massive d'aliments durant 1 ou 2h, avec une perte de contrôle des quantités ingérées. Après la „crise“, Madame ressentait une pesanteur abdominale et de la culpabilité. Elle avait

recours aux vomissements auto-induits du fait d'une peur de prendre du poids et avait un IMC dans la norme. Madame n'a pas abordé ces comportements alimentaires et n'a pas été suivie.

Par la suite, Madame a débuté les consommations de cocaïne, et rapporte des accès d'hyperphagie boulimique autour des prises de toxiques, sans comportement compensatoire avec une prise de poids progressive. Madame parle de „remplissage autour des toxiques“.

De même Madame n'a jamais évoqué ces comportements et n'a pas été suivie.

Durant sa grossesse, Madame rapporte une disparition totale de ces comportements.

Madame dit avoir été très préoccupée par l'alimentation durant la grossesse, mais en lien avec le diabète gestationnel (respect des règles hygiéno-diététiques) et le désir de manger „sainement“ pour son bébé avec un rééquilibrage alimentaire entrepris. Madame peut dire avoir eu la sensation de perdre le contrôle en quantité qu'elle mangeait, du fait des modifications d'habitude alimentaire. Madame rapporte avoir perdu du poids du fait des vomissements gravidiques en début de grossesse et du régime recommandé avec le diabète gestationnel.

En post partum, Madame rapporte des grignotages. Madame peut dire que le contexte de l'hospitalisation limite la possibilité d'avoir des accès hyperphagiques.

Madame évoque le terme de „nourriture intellectuelle“ „Je mange pour ne pas penser“ selon elle.

Sur le plan diagnostique:

Madame a souffert de BN il y a 10 ans avec présence d'accès hyperphagique et de comportements compensateurs en lien avec une préoccupation autour du poids et un IMC normal)

Puis Madame a ensuite souffert de BED avec présence d'accès hyperphagiques sans comportements compensateurs et un IMC au-dessus de la normal

Passage oral du questionnaire SCOFF-F en se positionnant enceinte mentalement

Résultats:

Une Réponse positive est retrouvée à la question 2 (" Craignez vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?"), à la question 3 („Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en 3mois“) et à la question 5 („Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?“).

Les réponses aux autres questions sont négatives.

Pour rappel, 2 questions positives ou plus peuvent faire suspecter un TCA.

Dans ce cas clinique, le SCOFF-F, effectué par Madame, qui s'est positionnée mentalement en état de femme enceinte, peut faire suspecter un TCA.

Or, Madame rapporte une disparition de son TCA durant la grossesse.

Ces résultats illustrent le risque de Faux Positifs du test SCOFF-F chez les femmes enceintes, ayant conduit à une non validation du test SCOFF pendant la grossesse (25).

En effet, Madame a répondu positivement à la question 3 du SCOFF-F concernant une perte de poids de plus de 6 kilos dans les derniers mois, or elle est liée aux vomissements gravidiques.

Madame a répondu positivement à la question 2 du SCOFF-F concernant la perte de contrôle des quantités, ne sachant quelles quantités manger en tant que femme enceinte.

Madame a répondu positivement à la question 5 du SCOFF-F sur la place dominante de la nourriture dans sa vie, en lien avec sa préoccupation pour la nourriture du fait des recommandations nombreuses pour les femmes enceintes en plus du diabète gestationnel.

Cela renforce l'intérêt d'avoir un outil de dépistage des TCA spécifiques aux femmes enceintes.

Le cas de Mme D. 34 ans, hospitalisée en post partum sur l'UPB pour dépression du post partum.

Antécédent:

Madame a présenté un état dépressif traité par ISRS 10 ans auparavant. Madame a évoqué son comportement alimentaire durant la grossesse avec diagnostic évoqué d'AN de type purgatif. Madame semble également présenter un tableau de type trouble de la personnalité borderline ou état-limite. En effet, Madame rapporte une instabilité affective et un sentiment de vide chronique qu'elle « comblerait » par les accès hyperphagiques selon ses dires. Madame rapporte une instabilité interpersonnelle, marquée par des relations intenses et chaotiques alternant entre idéalisation et rejet, comme elle peut décrire la relation avec le père de sa fille. Enfin, Madame évoque une instabilité de l'identité et de l'image de soi, Madame pouvant dire s'adapter aux autres et ne pas savoir qui elle est (« Je suis un passager clandestin dans mes relations de couple, je ne prends pas ma place, je ne sais plus qui je suis » pour la citer). Par ailleurs Madame présente une impulsivité à travers ses accès hyperphagiques. Madame relie son sentiment de vide aux négligences voir maltraitances subies dans l'enfance du côté maternel et à la distance émotionnelle de son père.

Mode de Vie

Madame a été en couple pendant 18 mois avec le père de son bébé et décrit une relation toxique avec des violences verbales de Monsieur envers Madame qui a décidé de mettre un terme à la relation les premières semaines de vie de son bébé. Madame décrit un placement dans la petite enfance sur conflits parentaux, puis avoir été élevée par son père, sa mère étant décrite défaillante.

Grossesse

Désirée mais arrivée précocément, Madame pensant avoir des difficultés à concevoir du fait d'une aménorrhée depuis plusieurs années. Grossesse immédiate après l'arrêt de la contraception. Déroulement compliqué de la grossesse du fait de la conjugopathie.

Accouchement et Post Partum

Accouchement bien déroulé. Compagnon présent à la maternité mais absent pour leur enfant au retour à la maison et dévalorisant Madame d'où sa décision de séparation. Par la suite, notion de harcèlement de l'ex compagnon avec anxiété résultante chez Madame. Asthénie importante résultant d'une absence de relais pour s'occuper de son bébé et survenue d'un syndrome anxio-dépressif. Madame a été hospitalisée dans ce contexte sur l'UPB, envahie et effondrée au départ, une restauration progressive thymique sera observée avant un RAD avec un relais de PEC autour de son état thymique et de son TCA.

Interactions précoces de Madame avec sa fille

Sur le plan alimentaire, du fait de ses problématiques carentielles, l'allaitement exclusif est vite apparu comme un apport insuffisant aux besoins de son bébé avec un sentiment d'incompétence maternel à nourrir sa fille ressenti par Madame et une aggravation de l'effondrement thymique. L'allaitement mixte a pu se mettre en place et la diversification alimentaire se débute à 4 mois. Madame a pu solliciter fréquemment l'équipe autour de ses angoisses concernant l'alimentation de sa fille autour de la préparation des repas et de l'estimation des quantités, avec une réassurance progressive en mettant en place des menus avec l'équipe et un étayage autour des achats alimentaires.

Sur le plan des interactions, Madame, au départ effondrée du fait de la DPP, présentait moins d'interactions visuelles et peu d'initiations à la relation avec sa fille ainsi qu'une amimie.

Madame avait fréquemment une réponse alimentaire face aux pleurs de sa fille qu'elle a pu progressivement modifier en ajustant ses réponses aux demandes de son bébé sous les conseils des soignants.

Son bébé, au départ tendu et hypervigilant à l'arrivée en hospitalisation, a pu se détendre et présenter un endormissement de qualité. Son bébé présentait une amimie, un visage « sérieux » avec très peu de sourires-réponses envers le tiers, et une nécessité d'être porté sur le plan psycho-moteur pour initier le mouvement lors des séances de psycho-motricité.

Le bébé de Madame initiait beaucoup l'interaction avec sa mère, l'observant beaucoup, cherchant les échanges visuels avec elle et lui adressant beaucoup de sourires réponses avec un bon accordage mère-bébé rapidement observée concomitant à la restauration thymique de Madame.

Histoire du comportement alimentaire

Madame décrit, dès l'adolescence, la survenue ponctuelle d'accès hyperphagiques, identifiés au vu de sa description de „crises“ avec consommation massive d'aliments sur un temps limité, sans contrôler les quantités ingérées. Une distension abdominale et de la culpabilité faisaient suite avec des vomissements auto-induits par Madame du fait d'une préoccupation corporelle.

Lors du départ à l'université, majoration en fréquence progressive des „accès hyperphagiques“ avec des comportements compensateurs faisant suite. Concomitamment, Madame pouvait se restreindre sur le plan alimentaire, étant préoccupée par un risque de prise de poids. Madame décrit un IMC aux alentours de 18. Progressivement, ces comportements sont devenus quotidiens, comme une „habitude“ pour Madame. Madame avait rencontré un professionnel durant ses études, mais, si elle avait pris conscience de son trouble, elle n'avait pas trouvé les outils d'aide qu'elle cherchait dans ce suivi alors vite arrêté. Madame a toujours tu et caché ses problématiques alimentaires à ses proches.

En début de grossesse, Madame ne le sachant pas encore, asthénie profonde mise en lien avec ses vomissements quotidiens avec projet de Madame de réguler ses TCA, car impactant sa santé.

A la découverte de la grossesse, Madame a évoqué spontanément ses troubles auprès des professionnels de santé, s'inquiétant d'avoir des carences qui pourraient impacter le développement de son bébé. Un suivi plus rapproché s'est mis en place avec bilans réguliers et suppléments. Décision de Madame d'arrêter ses comportements alimentaires pendant la grossesse avec et arrêt immédiat, mais trop difficile pour Madame avec reprise progressive des comportements, malgré elle („C'était plus fort que ma volonté“). En fin de grossesse, du fait des conjugopathies, fréquence majorée de ces troubles à visée apaisante dans le climat tensionnel quotidien. Madame décrit ces comportements comme une „normalité“, un comportement ancré, son corps s'étant adapté. Madame pense que, sans la grossesse, qui a été un „électrochoc“ elle aurait poursuivi ses comportements.

En post partum, lors du séjour à la maternité, repas servis, se sentait pris en charge avec rythme alimentaire régulier, pas de vomissements auto-induits ni accès hyperphagiques. Décision de poursuivre ce rythme au domicile, réussi les premiers jours.

Rapidement, entre l'anxiété liée aux conflits avec son ex compagnon, la fatigue s'accumulant, l'insuffisance nutritionnelle de son allaitement exclusif avec sensation d'incapacité maternelle ressentie, les pleurs inconsolables de son bébé la mettant à mal, Madame évoque un „engrenage“. Madame reprend ses comportements, évoquant un „besoin de réconfort“ après des journées qu'elle dit „longues, insurmontables“, sans possibilité de relais et seule avec sa fille, identifiant la nourriture comme „comblant un vide“ et „toujours là en cas de besoin“ selon ses termes. Madame met en avant sa solitude face aux responsabilités, l'absence de personnes ressources à proximité sur lesquelles elle pourrait s'appuyer avec recours à ces comportements pour soulager les tensions. Madame évoque la maternité comme un grand bouleversement auquel elle n'était pas préparée et dit sa volonté d'entreprendre un travail psychiatrique pour que ses TCA n'impactent pas son enfant.

Sur le plan diagnostique, Madame est atteinte d'AN de type purgatif.

Passage oral du test SCOFF-F :

Madame a répondu positivement à la question 1 („Vous êtes vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien „l'estomac plein ?“), à la question 2 (Craignez vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?“ et à la question 5 („Diriez vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?“).

Pour rappel, deux réponses positives ou plus révèlent un possible TCA.

Le test SCOFF-F suggère un TCA chez Madame.

Madame peut dire s'être toujours sentie „trop grosse“ quand les autres la trouvaient trop mince, sauf lors de la grossesse. Bien que Madame ait pris 5 kilos, elle n'a pris que du ventre et aimait son ventre de femme enceinte, complimenté de plus par ses proches. Madame dit se trouver de corpulence „normale“ depuis sa grossesse.

Si la nourriture occupait une place dominante, elle était moindre qu'habituellement du fait de d'autres préoccupations centrées sur la grossesse.

Le cas de Madame illustre la volonté d'arrêter les TCA pendant la grossesse, pour le bien-être du bébé se heurtant à un mode de fonctionnement ancré avec persistance des TCA. Le post partum dans ce cas est marqué par une recrudescence du TCA et une DPP, les femmes atteintes de TCA étant plus à risque de ce trouble.

Au regard de ce cas clinique, l'importance d'un dépistage des femmes ayant un TCA pendant la grossesse motivant la mise en place d'une PEC adaptée sur un plan physique et psychiatrique pour prévenir les complications en post partum telle qu'une DPP comme observé dans ce cas clinique est renforcée.

METHODE

Repérer les femmes enceintes ayant un TCA permettrait de leur proposer une PEC adaptée et de prévenir les complications obstétricales et fœtales, abordées précédemment, que peuvent provoquer ces troubles durant la grossesse et le post-partum, période particulièrement à risque de réémergence et d'exacerbation d'un TCA (4,5).

En France, le test de dépistage des TCA utilisé et validé en population générale est le SCOFF-F. Ce questionnaire est également utilisé chez les femmes enceintes et apparaît comme l'auto-questionnaire de dépistage le plus fréquemment utilisé dans les études pour détecter les TCA pendant la grossesse (4).

Cependant il serait plus à risque de faux positifs et non validé chez les femmes enceintes (25).

L'EDE-Q est un questionnaire de dépistage des TCA en population générale qui inclut les EDNOS chez l'adulte, traduit en français mais non validé (21,22) .

Une version adaptée à la période de la grossesse a été créée par l'équipe de Petterson et al en 2016 (23). Cependant, une revue de la littérature datant de 2021 met en évidence un manque de consensus pour son utilisation (2).

L'étude anglophone de Claydon et al a créé un questionnaire de dépistage spécifique durant la grossesse (25), les auteurs ayant utilisé les questionnaires SCOFF, EDE-Q et EDI-3, mais ce questionnaire anglophone n'est pas validé à l'heure actuelle en anglais et n'est pas traduit en français.

De plus, le recrutement des femmes enceintes ayant un TCA a été fait par leur auto-déclaration et non par un psychiatre.

Les questionnaires de dépistage des TCA dans la littérature sont donc multiples mais une absence d'outil spécifique pour leur dépistage pendant la grossesse est constaté, outil qui permettrait de différencier les préoccupations maternelles alimentaires liées à la grossesse de symptômes liés à un TCA avéré (4).

La démarche à terme de l'étude PREGN'ED a pour objectif de créer un outil de dépistage des TCA pendant la grossesse, période particulièrement médicalisée, donc présentant une réelle opportunité de repérage et de dépistage, du fait du suivi mensuel et des nombreux professionnels de santé que les femmes enceintes sont amenées à rencontrer.

Ce test devrait être bref, facile à administrer, reproductible, (25–27) prenant en compte les critères de définitions du DSM-5 de l'ensemble des TCA incluant l'AN, la BN, le BED, l'OSFED et les EDNOS.

Les diagnostics du trouble pica, du mérycisme et de l'ARFID sont exclus de l'étude.

En effet, le trouble pica observé chez certaines populations de femmes enceintes dans les pays en voie de développement, mais reste très peu répandu dans nos sociétés occidentales où il est plutôt associé à des patients présentant des troubles psychiatriques décompensés dont le profil n'est pas compatible avec celui des participantes de l'étude.

Le mérycisme touche préférentiellement des nourrissons et des adolescents en état de carence affective majeure, dont le profil n'est pas compatible avec celui des participantes de l'étude.

Enfin, l'ARFID touche plus les enfants qui peuvent présenter des pathologies développementales, dont le profil n'est pas compatible avec celui des participantes de l'étude.

Nous proposons pour cela d'utiliser un questionnaire qui combine le SCOFF-F et l'EDE-Q puis de comparer les réponses de femmes enceintes, pour lesquelles le diagnostic de TCA a été posé, à celles de femmes enceintes ne présentant pas de TCA .

La perspective, suite à ce premier travail, en créant un outil de dépistage des TCA pendant la grossesse, serait de favoriser la mise en place d'une PEC adaptée pour les mères et d'offrir une meilleure trajectoire développementale à leur enfants qui sont plus à risque de développer eux-mêmes un TCA.

1) OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

1.1) Objectif principal

L'objectif est d'évaluer quels items des questionnaires SCOFF et EDE-Q pourraient être spécifiques d'un TCA pendant la grossesse et non liés au simple état de grossesse, en comparant les réponses de femmes enceintes, pour lesquelles le diagnostic de TCA a été posé, à celles de femmes enceintes ne présentant pas de TCA.

1.2) Objectif secondaire

L'objectif est d'évaluer si les items restent spécifiques d'un TCA à différente période de la grossesse.

2) CRITERES DE JUGEMENT

2.1) Critère de jugement principal

Une analyse factorielle discriminante est utilisée afin d'étudier s'il existe des items permettant de distinguer durant la grossesse les femmes présentant un TCA de celles qui n'en présentent pas.

2.2) Critères de jugement secondaires

3 périodes d'analyse du questionnaire sont définies en se basant sur les données collectées, à savoir :

Premier semestre : semaine 4 à 13

Second semestre : semaine 14 à 27

Troisième semestre : semaine 28 à 40.

En fonction de la distribution des réponses collectées, et si l'objectif principal permet de faire émerger un score permettant de distinguer les populations TCA et non TCA, les variations moyennes du score de l'objectif principal en lien avec la période de la grossesse seront étudiées.

3) CONCEPTION DE LA RECHERCHE

En premier lieu, le protocole ainsi que le formulaire d'information de l'étude seront soumis pour avis à un Comité de Protection des Personnes (CPP) le 3 mai 2023.

La notification de l'avis favorable du CPP sera transmise au promoteur de l'étude et à l'Autorité compétente.

En cas de modification substantielle apportée au protocole par le promoteur, ce dernier devra obtenir préalablement à sa mise en œuvre un avis favorable du CPP.

Un nouveau consentement des personnes participant à la recherche sera recueilli si nécessaire.

Concomitamment, un passage des investigateurs se fera au cabinet de sage-femme libéral, au CECAT, au sein des différents CMP du CHHL, et dans le secteur de consultations obstétricales du CHU de Poitiers, pour présenter le projet d'étude aux équipes, les informer et leur transmettre le flyer informatif sur l'étude, dans le but de les sensibiliser afin qu'elles puissent recruter la patientèle.

L'étude est une étude monocentrique préliminaire portant sur 50 femmes enceintes qui seront incluses : 25 femmes dans le groupe TCA et 25 femmes dans le groupe non TCA.

Les femmes enceintes sans TCA seront recrutées grâce au concours d'un cabinet de sages-femmes.

Les femmes enceintes ayant un TCA seront recrutées au sein :

Des Centres Medico-Psychologique (CMP) du Centre Hospitalier Henri Laborit (CHHL) ;
Du Centre d'Ecoute, de Consultations et d'Activités Thérapeutiques (CECAT) du CHHL ;
Des consultations obstétricales du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers par l'intermédiaire du psychiatre de liaison uniquement.

Au sein de ces structures, les professionnels de ces lieux informeront les patientes de l'existence de cette étude et leur remettront le flyer d'information de l'étude.

Les femmes enceintes désireuses de participer à l'étude pourront, soit donner leur accord au professionnel de santé leur ayant remis le flyer de l'étude pour que leurs coordonnées soient transmises à l'équipe investigatrice pour être rappelée par cette dernière, soit contacter directement l'équipe investigatrice au numéro de téléphone communiqué sur le flyer.

Un investigateur appellera les patientes, qui ont donné leur accord pour être contactées pour l'étude, afin de leur expliquer le protocole de recherche et répondre aux questions qu'elles pourraient se poser. L'investigateur leur adressera également par courrier ou e-mail la notice d'information de l'étude.

Après avoir laissé à la patiente le temps de réflexion qu'elle jugera nécessaire pour prendre sa décision de participer ou non à cette recherche, le médecin psychiatre la contactera par téléphone. Lors de cet entretien, si la patiente accepte de participer à l'étude, le médecin psychiatre

recueillera son consentement oral et évaluera ensuite si elle présente ou non un TCA. Le diagnostic de TCA sera confirmé pour les femmes qui ont déjà reçu ce diagnostic TCA.

Ensuite, le médecin psychiatre communiquera à la patiente un code de connexion à la plateforme en ligne sur laquelle elle répondra à deux questionnaires ainsi qu'à des questions d'ordre socio-démographique. Un tableau de correspondance sera complété afin de tracer le numéro de code de connexion fourni à la patiente, son identité et si elle souffre ou non d'un TCA.

Les patientes pourront ensuite se connecter de chez elles et selon leurs disponibilités sur la plateforme en ligne dans un délai de 7 jours. Elles seront invitées à répondre à deux questionnaires : le SCOFF et l'EDE-Q.

Le SCOFF contient 5 questions avec comme choix de réponses oui ou non.

Sa passation dure 3 minutes.

L'EDE-Q contient 28 questions avec comme choix de réponses une échelle de graduation de 0 à 6. Sa passation dure 10 minutes.

Les patientes répondront ensuite à des questions d'ordre socio-démographique, tels que leur âge, leur semaine d'aménorrhée (ou trimestre de grossesse), leur poids avant grossesse et actuel ainsi que leur taille afin de calculer leur IMC, puis la consommation de tabac, d'alcool et de toxiques. Elles renseigneront leur traitement en cours, leurs éventuelles pathologies psychiatrique et somatique.

Les réponses de la population de femmes enceintes présentant des TCA seront comparées à celles des femmes enceintes ne présentant pas de TCA.

Une plaquette de l'Unité Parent-Bébé (UPB) sera adressée aux femmes enceintes du groupe sans TCA qui obtiendraient un test de dépistage positif afin qu'elles puissent avoir un interlocuteur pour la mise en place d'un suivi si elles le souhaitent. Cette plaquette sera également disponible, si elles en éprouvent la nécessité, en cas de question pour les femmes enceintes présentant un TCA.

4) CRITERES D'ELIGIBILITE

4.1) Critères d'inclusion

Pour participer à la recherche, la femme doit être enceinte.

Pour participer à la recherche, la femme doit être majeure.

Pour participer à la recherche, la femme doit présenter un TCA actuel diagnostiqué OU ne pas présenter de TCA.

Pour participer à la recherche, la femme doit avoir une bonne maîtrise de la langue française.

Pour participer à la recherche, la femme doit avoir donné son consentement.

4.2) Critères de non inclusion

Si la femme n'est pas enceinte, elle ne peut participer à la recherche.

Si la femme enceinte est mineure, elle ne peut participer à la recherche.

Si la femme n'a pas une bonne maîtrise de la langue française, elle ne peut participer à la recherche.

Si la femme présente un TCA passé, elle ne peut participer à la recherche.

5) FAISABILITE ET MODALITES DE RECRUTEMENT

Le recrutement des femmes enceintes sans TCA se fera notamment grâce au concours d'un cabinet libéral de sages-femmes.

En effet, les sages-femmes informeront leurs patientes de l'existence de cette étude et leur remettront un flyer d'information.

Les femmes enceintes désireuses de participer à l'étude pourront, soit donner leur accord au professionnel de santé leur ayant remis le flyer de l'étude pour que leurs coordonnées soient transmises par ces derniers à l'équipe investigatrice (par e-mail) pour être rappelée par cette dernière, soit contacter directement l'équipe investigatrice au numéro de téléphone communiqué sur le flyer.

Le recrutement des femmes enceintes présentant un TCA, diagnostiqué par un psychiatre, sera effectué au sein :

Des CMP du CHHL ;

Du CECAT du CHHL ;

Des consultations obstétricales du CHU par l'intermédiaire du psychiatre de liaison uniquement.

Les professionnels de ces lieux (psychiatre) informeront les patientes de l'existence de cette étude et leur remettront un flyer d'information.

Les femmes enceintes désireuses de participer à l'étude pourront, soit donner leur accord au professionnel de santé leur ayant remis le flyer de l'étude pour que leurs coordonnées soient transmises par ces derniers à l'équipe investigatrice (par e-mail) pour être rappelée par cette dernière, soit contacter directement l'équipe investigatrice au numéro de téléphone communiqué sur le flyer.

DEROULEMENT DE LA RECHERCHE

1) CALENDRIER DE LA RECHERCHE

La durée de la période d'inclusion est de 36 mois.

La durée de participation de chaque participante est de 55 minutes.

La durée totale de la recherche est de 36 mois.

2) TABLEAU RECAPITULATIF DU SUIVI DU PARTICIPANT

	Visite d'information (par téléphone)	Visite d'inclusion (par téléphone)	Recueil des données (plateforme électronique)
Information orale et écrite sur l'étude	X		
Recueil du consentement oral		X	
Consultation		X	
Recueil des données socio-démographiques			X
Remplissage des questionnaires SCOFF et EDE-Q			X

3) DESCRIPTIF DES VISITES PROTOCOLAIRES

3.1) Visite d'information

Cette visite est réalisée par téléphone et dure 20 minutes.

L'investigateur appelle les femmes éligibles à l'étude qui ont accepté d'être contactées à ce sujet.

Lors de cette visite, l'objectif, la nature des contraintes, les risques prévisibles et les bénéfices attendus de la recherche sont expliqués. L'investigateur répond également à toutes les questions que la patiente pourrait avoir et lui précise ses droits dans le cadre d'une recherche.

Il lui adresse la notice d'information écrite de l'étude, par courrier ou par e-mail en fonction des préférences de la patiente.

La plaquette de l'UPB du CHHL pourra également lui être adressée si la patiente en ressent le besoin.

3.2) Visite d'inclusion

Cette visite est réalisée par téléphone et dure 40 minutes.

Le médecin psychiatre investigateur contacte la patiente par téléphone, après avoir laissé à cette dernière, suite à la visite d'information, le temps de réflexion qu'elle jugera nécessaire pour prendre sa décision de participer ou non à cette recherche.

En premier lieu, lors de cet entretien, si la patiente accepte de participer à l'étude, le médecin psychiatre investigateur, ou un médecin qui le représente, recueillera son consentement oral libre, éclairé et express avant l'inclusion définitive dans l'étude.

Les participantes seront informées de façon complète et loyale, en des termes compréhensibles, des objectifs et des contraintes de l'étude, des risques éventuels encourus, des mesures de surveillance et de sécurité nécessaires, de leur droit de refuser de participer à la recherche ou de la possibilité de se rétracter à tout moment.

Un formulaire d'information, dans lequel figurent toutes les informations citées précédemment, sera remis à la participante.

Ensuite, le médecin psychiatre investigateur évaluera à l'aide d'un questionnaire s'appuyant sur les critères diagnostiques du DSM 5 (53)

Si la patiente présente ou non un TCA ;

Le diagnostic de TCA sera confirmé pour les femmes étant diagnostiquées TCA.

L'investigateur vérifiera également les critères d'éligibilité.

Enfin, le médecin psychiatre investigateur communiquera à la patiente un code de connexion à la plateforme en ligne sur laquelle elle devra répondre à deux questionnaires ainsi qu'à des questions d'ordre socio-démographique.

Un tableau de correspondance sera complété afin de tracer le numéro de code de connexion fourni à la patiente, son identité et si elle souffre de TCA ou non.

Des limites (anxiété etc) sont identifiées, la passation du questionnaire pouvant générer par exemple un stress chez les femmes enceintes n'ayant pas un diagnostic de TCA mais présentant des difficultés d'ordre alimentaire.

Il est envisagé de dire à toutes les participantes, lors de la visite d'inclusion, que l'équipe investigatrice reste disponible pour tout échange que la patiente jugerait nécessaire, et de leur remettre le numéro de téléphone de l'UPB à qui elles pourront s'adresser, en cas de question.

Une plaquette de l'UPB sera aussi adressée aux femmes enceintes du groupe sans TCA qui obtiendraient un test de dépistage positif, afin qu'elles puissent avoir un interlocuteur pour la mise en place d'un suivi si elles le souhaitent.

3.3) Visite de recueil des données

Cette visite est réalisée par l'intermédiaire d'une plateforme en ligne et dure 15 minutes.

Les patientes se connecteront de chez elles et selon leurs disponibilités sur la plateforme en ligne, dans un délai de 7 jours suivant la visite d'inclusion.

En premier lieu, les participantes seront invitées à répondre à deux questionnaires : le SCOFF et l'EDE-Q.

Le SCOFF contient 5 questions avec comme choix de réponses "oui" ou "non". Sa passation dure 3 minutes.

L'EDE-Q contient 28 questions avec comme choix de réponses une échelle de graduation allant de 0 à 6.

Sa passation dure 10 minutes.

En second lieu, les participantes répondront à des questions d'ordre socio-démographique, tels que leur âge, leur semaine d'aménorrhée (ou trimestre de grossesse), leur poids avant grossesse et actuel ainsi que leur taille afin de calculer leur IMC, puis la consommation de tabac, d'alcool et de toxique. Elles renseigneront leur traitement en cours, leurs pathologies psychiatrique et somatique éventuelles.

4) DESCRIPTION DES OUTILS

Le SCOFF (Sick, Control, One Fat et Food) est un questionnaire composé de 5 questions dichotomiques.

Il a été développé en 1999 par Morgan et al. afin d'aider les professionnels de santé à dépister la présence potentielle d'une AN et d'une BN chez un patient (29).

Il s'agit d'un outil simple, rapide, mémorable et d'interprétation facile. Il ne prend que 30 secondes à compléter. Il est conçu pour éveiller les soupçons d'un cas probable plutôt que pour diagnostiquer. (29).

Au Royaume-Uni il a été testé et validé chez des patientes atteintes de TCA contre un groupe contrôle, et a fourni, en fixant le seuil à deux réponses positives ou plus aux cinq questions, une sensibilité de 100 % pour l'AN et la BN (la sensibilité étant la proportion de cas positifs qui sont bien détectés par le test) et une spécificité de 87,5 % pour les témoins (la spécificité étant la proportion de cas négatifs détectés si les cas sont bien indemnes de la maladie) (29).

Testé en population de médecine générale en Grande-Bretagne, le questionnaire, avec un seuil de 2 réponses anormales ou plus, a aussi donné une bonne sensibilité (78%) et une bonne spécificité (88 %) (29,30, 33).

Le SCOFF a été validé dans une quinzaine de langues avec une sensibilité de 80% et une spécificité de 93.4% (30).

Les questions concernent notamment les habitudes alimentaires du patient, ses attitudes en lien avec son poids et son image corporelle (30) .

Chaque « oui » compte pour 1 point.

Le résultat est positif si le score obtenu est égal ou supérieur à 2 points.

Le taux de faux positifs étant de 12,5% (29).

Un TCA est alors suspecté sans pour autant prédire le type de TCA (AN ou BN dans ce test).

Le SCOFF-F, est la version française du questionnaire SCOFF, il a été validé entre 2007 et 2010 pour le dépistage des TCA (31) puis confirmé en Médecine Générale et Scolaire (32).

La sensibilité du SCOFF-F est de 94,6 % et la spécificité de 94,8 % pour un seuil à deux réponses positives dans la population étudiante (31-32).

Les résultats confirmant la fiabilité du SCOFF-F comme test de dépistage et de facilitation du diagnostic des TCA dans une population de patientes francophones.

SCOFF-F devrait aider les professionnels de la nutrition clinique à diagnostiquer et à soigner plus tôt les patients souffrant d'un TCA.

Il s'agit d'un outil fiable, reproductible, gratuit et simple pour le dépistage des TCA (30) . Le SCOFF-F a la même validité qu'il soit passé à l'oral ou à l'écrit (33) . Il est donc facilement utilisable par le Médecin Généraliste, mais aussi pour d'autres intervenants de premières lignes (Infirmière Scolaire, Médecine du Travail, Médecine Universitaire...).

Depuis 2011, le SCOFF-F est recommandé par la HAS dans le dépistage des TCA (33) .

Le SCOFF n'est pas validé chez la femme enceinte du fait du risque de faux positif (25).

Il est important toutefois de souligner l'absence d'outils de dépistage des TCA dans une population de femmes enceintes.

Une étude préalable a consisté à adapter le SCOFF à une population de femmes enceintes. Compte tenu d'un intérêt pour les changements de conduites alimentaires durant la grossesse, il s'est posé la question de la nécessité de distinguer deux périodes (avant et depuis la grossesse). Les cinq questions de cette version adaptée sont donc relatives aux changements de conduites alimentaires que les femmes ressentent entre la période pré conceptionnelle et le début de la grossesse. En revanche, le mode de cotation est le même que celui utilisé par Morgan, Reid et Lacey (28) , c'est-à-dire que le score est positif si au moins 2 « oui » sont répartis entre les 5 items différents. Cette version adaptée à la grossesse n'a pas été validée.

Concernant la Q-EDD, il a été élaboré aux États-Unis et fondé sur les critères du DSM IV ainsi que sur des critères soigneusement élaborés pour les troubles subcliniques par Christopher G. Fairburn et Sarah Beglin en 1994 (34).

Le questionnaire d'examen des troubles de l'alimentation (EDE-Q) est un questionnaire d'autoévaluation qui est largement utilisé pour étudier les caractéristiques de base des troubles de l'alimentation. Il dérive du gold standard du Eating Disorders Examination interview (EDE) semi-structurée largement utilisée en clinique (35–39) . Ce questionnaire est similaire à l'EDE pour détecter la présence de TCA (40) .

L'EDE-Q a été validé en anglais (34,35,43,45–47) et dans de nombreux pays dans plusieurs langues : l'espagnol, le finnois et le grec notamment (38,48,49) , mais aussi dans différentes communautés au sein d'une même population (46) .

L' EDE-Q en français, la version francophone utilisée dans le cadre de la présente étude (41), a été obtenue à partir d'une traduction à rebours (42) avec une attention particulière aux critères du DSM IV afin de préserver sa validité initiale. La version française de la Q-EDD semble suivre les propriétés psychométriques de la version originale, de plus elle fournit des données utiles et riches sur les troubles de l'alimentation dans un format simple et efficace.

L'EDE-Q est composé de 28 items et comporte deux parties.

Une première partie regroupe 22 items distribués selon 4 sous-échelles (restriction,

préoccupations à l'égard de la nourriture, préoccupations à l'égard de la silhouette et préoccupations à l'égard du poids) permettant d'évaluer la présence et l'intensité d'attitudes généralement associées à un TCA, au cours des 28 derniers jours. Les participantes répondent à ces items au moyen d'une échelle de Likert allant de 0 (aucune journée) à 6 (tous les jours).

Cette première partie du questionnaire permet d'obtenir un score pour chacune des sous-échelles ainsi qu'un score global correspondant à la moyenne des scores obtenus aux différentes sous-échelles.

Plus le score obtenu est élevé, plus l'indice de psychopathologie alimentaire est grand.

Un score égal ou supérieur à 4 à l'une des sous-échelles ou à l'échelle globale suggère la présence d'un TCA (35).

La seconde partie du questionnaire comprend 6 items et permet d'évaluer la fréquence d'adoption de comportements alimentaires inadéquats spécifiques au cours des 28 derniers jours, tels que le recours à des vomissements induits, l'utilisation de laxatifs ou la pratique excessive d'exercice physique visant à contrôler son poids ou à perdre du poids.

La validité de ce questionnaire auprès des femmes issues de la population générale (35) ainsi que sa passation rapide qui ne nécessite pas l'implication d'un professionnel font de l'EDE-Q un instrument intéressant pour cette étude. Cet outil démontre de bonnes propriétés psychométriques. L'indice de fidélité test-retest (à un intervalle de 2 semaines) est excellent à l'ensemble des sous-échelles. Les alpha de Cronbach varient entre 0,81 et 0,92 pour les 4 sous-échelles (43). L'indice de cohérence interne de la version francophone du EDE-Q, obtenu auprès d'un échantillon de femmes adultes, est de 0,92 (41,43,44).

La version optimisée de L'EDE-Q de Pettersen et Al en 2016 ne sera pas incluse dans l'étude puisque cette version n'est actuellement ni validée en anglais ni en français. Ces modifications de l'EDE-Q original visaient à tenir compte de la spécificité des conduites alimentaires que peuvent présenter les femmes enceintes (par exemple, nausées, vomissements), à accroître la sensibilité de l'instrument lorsqu'il est utilisé auprès de cette population et ainsi, à optimiser son acuité à détecter les femmes souffrant d'un TCA (23) (Pettersson, et al., 2016).

L'EDI-3 ne sera pas non plus inclus dans cette recherche, car, dans l'étude de Claydon et al de 2022, les items de l'EDI-3 sélectionnés pour arriver à un questionnaire combiné (SCOFF, EDE-Q et EDI-3), ne sont pas identifiés parmi les 34 items sachant que l'EDI-3 comprend 91 items. De plus hormis cette étude, le questionnaire n'a été utilisé qu'une seule fois dans une population de femmes enceintes en 2005 et relevait des biais au niveau de sa cohérence interne (4).

Pour cette étude seront donc utilisés le SCOFF-F et l'EDE-Q.

5) REGLES d'ARRET DE LA PARTICIPATION D'UNE PERSONNE A LA RECHERCHE

5.1) Arrêt de participation d'une personne à la recherche

La participante peut arrêter sa participation à la recherche, à n'importe quel moment,

quelle qu'en soit la raison, sans encourir de préjudice et sans devoir se justifier.
Dans le cadre d'un retrait de consentement, les données recueillies jusqu'au retrait seront utilisées, sauf si la participante s'y oppose.

L'investigateur pourra interrompre temporairement ou définitivement la participation d'un sujet à l'étude pour toute raison qui servirait au mieux les intérêts du sujet en particulier en cas d'événements indésirables graves.

5.2) Arrêt d'une partie ou de la totalité de la recherche

Le promoteur ou les autorités compétentes peuvent interrompre prématurément de façon temporaire ou définitive toute ou une partie de la recherche, dans les situations suivantes :

Survenue de cas d'effets indésirables graves inattendus (SUSARS) nécessitant une réévaluation du rapport bénéfices/risques de la recherche ;

Survenue de faits imprévus, de nouvelles informations relatives au produit ou à la prise en charge proposée dans l'étude, au vu desquels les objectifs de la recherche ou du programme clinique ne seront vraisemblablement pas atteints.

De plus, le promoteur se réserve le droit de suspendre définitivement les inclusions, à tout moment, s'il s'avère que les objectifs d'inclusion ne sont pas atteints.

En cas d'arrêt prématuré de l'étude, l'information sera transmise par le promoteur dans un délai de 15 jours à l'ANSM et au CPP.

6) CONTRAINTES LIEES A LA RECHERCHE ET INDEMNISATION EVENTUELLE DES PARTICIPANTS

Il n'est pas prévu d'indemniser les patientes pour leur participation à l'étude.

Cette recherche satisfait aux critères d'une recherche interventionnelle à risques et contraintes minimales (catégorie 2).

Les patientes déclarant ne pas avoir de TCA peuvent finalement obtenir un diagnostic positif par l'investigateur à la suite de l'évaluation lors de la visite d'inclusion. Si cette situation se produit, la plaquette de l'UPB leur serait adressée afin qu'elles puissent avoir un interlocuteur pour la mise en place d'un suivi si elles le souhaitent.

7) VIGILANCE ET GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES

7.1) Définitions

7.1.1) Evènement indésirable (EI)

Est nommé EI, toute manifestation nocive survenant chez une personne qui se prête à une recherche impliquant la personne humaine, que cette manifestation soit liée ou non à la recherche ou au produit sur lequel porte cette recherche.

7.1.2) Evènement indésirable grave (EIG)

La gravité de l'EI est définie par l'une des constatations suivantes : Décès, Mise en jeu du pronostic vital (menace vitale immédiate, au moment de l'évènement, et ce, indépendamment des conséquences qu'aurait une thérapeutique correctrice ou palliative), Incapacité ou handicap important ou durable, Hospitalisation, Prolongation d'hospitalisation, Malformation/ anomalie congénitale, Évènement potentiellement grave (évènement clinique indésirable ou résultat de laboratoire à caractère grave ou considéré comme tel par l'investigateur).

7.1.3) Effet indésirable

Est considéré comme un effet indésirable, un évènement indésirable survenant chez une personne qui se prête à une recherche impliquant la personne humaine, lorsque cet événement est lié à la recherche ou au produit sur lequel porte cette recherche.

7.1.4) Fait nouveau

Est considéré comme un fait nouveau toute nouvelle donnée pouvant conduire à une réévaluation du rapport des bénéfices et des risques de la recherche ou du produit objet de la recherche, à des modifications dans l'utilisation de ce produit, dans la conduite de la recherche, ou des documents relatifs à la recherche, ou à suspendre ou interrompre ou modifier le protocole de la recherche ou des recherches similaires.

7.2) Rôle de l'investigateur

Aucun événement indésirable n'est attendu dans cette étude.

En cas de survenue, les EIG seront à déclarer aux différents circuits de vigilances sanitaires applicables à chaque produit ou pratique concernée (vigilance du soin, pharmacovigilance, matériovigilance, hémovigilance, cosmétovigilance...) en conformité avec la réglementation en vigueur. Les déclarants doivent spécifier que le participant est inclus dans un essai clinique et identifier précisément l'essai clinique concerné.

Si l'investigateur a connaissance d'une atteinte à la sécurité des participants dans le cadre de la recherche, il doit en informer sans délai le promoteur.

Les EIG et les EI non graves seront recueillis tout au long de l'étude.

8) ASPECTS STATISTIQUES

8.1) Calcul de la taille d'étude

Il s'agit d'une première étude de faisabilité sur un faible nombre de patients.

Il est prévu l'inclusion de 50 femmes enceintes (25 avec un TCA et 25 sans TCA).

8.2) Méthodes statistiques employées

Les données recueillies seront résumées pour l'ensemble des participants répartis en fonction de leur groupe d'appartenance.

Les variables quantitatives seront résumées par les paramètres classiques de la statistique descriptive : médiane, intervalles interquartiles et valeurs extrêmes ou moyenne et écart-type. Le nombre de données manquantes sera précisée par exemple.

Les variables qualitatives seront décrites par l'effectif et le pourcentage de chaque modalité.

Une analyse factorielle discriminante sera utilisée afin d'étudier s'il existe des items permettant de distinguer durant la grossesse les femmes présentant un TCA, de celles qui n'en présentent pas.

Dans le cas de figure où l'analyse permettrait de faire émerger des items, un score global sera proposé.

L'alpha de Cronbach sera utilisé pour établir la consistance interne de la sous-échelle.

L'analyse du critère secondaire ne sera envisageable que si l'objectif principal est rempli.

Le score serait alors comparé entre les différents moments de la grossesse à l'aide d'un test de comparaison de moyenne de type Anova ou son équivalent non paramétrique.

HYPOTHESES DE LA RECHERCHE ET RESULTATS ATTENDUS

1) HYPOTHESES

L'hypothèse principale est que certains items des questionnaires SCOFF et EDE-Q pourraient être spécifiques d'un TCA pendant la grossesse et permettre de différencier les symptômes d'un TCA avéré de préoccupations alimentaires liés à l'état de grossesse.

L'hypothèse secondaire est que les items du questionnaire spécifiques à un TCA pendant la grossesse sont fiables à n'importe quelle période de la grossesse.

2) RESULTATS ATTENDUS

Il est attendu que certains items du questionnaire sont spécifiques d'un TCA durant la grossesse et à n'importe quel terme de celle-ci et non liés au simple état de grossesse.

3) RAPPORT BENEFICE / RISQUE

3.1) Bénéfices

La grossesse représente une réelle opportunité de dépistage, du fait du suivi mensuel et des nombreux professionnels de santé que rencontrent les femmes enceintes au cours de cette période.

Repérer les femmes enceintes ayant un TCA permettrait de leur proposer une prise en charge adaptée et de prévenir les complications obstétricales et fœtales que peuvent provoquer ces troubles durant la grossesse et le post-partum, période particulièrement à risque de réémergence et d'exacerbation d'un TCA (4,5).

Ce dépistage permettrait de plus, en prenant en charge les mères, d'offrir une meilleure trajectoire développementale à leurs enfants qui sont plus à risque de développer eux-mêmes un TCA.

3.2) Risques

La passation des questionnaires pourrait générer un stress chez les femmes enceintes n'ayant pas un diagnostic de TCA mais présentant des difficultés d'ordre alimentaire ou pour lesquelles un diagnostic de TCA serait posé suite à la consultation avec le psychiatre lors de la visite d'inclusion.

Si cette situation se présente, une consultation avec une infirmière ou un psychiatre de périnatalité sera proposée afin d'évaluer la PEC la plus adaptée pour la femme enceinte (orientation vers la filière de psychiatrie de périnatalité ou vers la filière de psychiatrie adulte).

Un investigateur de l'étude veillera à la mise en place de cette PEC adaptée.

De plus, les investigateurs de l'étude informeront les participantes qu'ils resteront disponibles pour échanger avec elles si besoin et leur remettront le numéro de téléphone de l'UPB.

4) RAPPORT FINAL

Dans un délai d'un an suivant la fin de la recherche ou son interruption, un rapport final sera établi et signé par le promoteur et l'investigateur. Ce rapport sera tenu à la disposition de l'autorité compétente.

Le promoteur transmettra au CPP et à l'ANSM les résultats de la recherche sous forme d'un résumé du rapport final dans un délai d'un an après la fin de la recherche.

5) RETOMBÉES ATTENDUES

A partir de l'identification de ces items spécifiques au dépistage des TCA pendant la grossesse, un questionnaire de dépistage des TCA spécifiques à cette période serait créé.

Cela permettrait d'identifier les femmes enceintes souffrant de TCA, afin de leur proposer par la suite une PEC adaptée, et d'offrir une meilleure trajectoire développementale à leurs enfants.

DISCUSSION

L'étude la plus récente concernant les outils de dépistage d'un TCA durant la grossesse est parue en 2022.

Il s'agit de l'étude américaine par EA. Claydon, CL Lilly, JX Ceglar, OF. Dueñas-Garcia. « Development and validation across trimester of the Prenatal Eating Behaviors Screening tool. Archives of Women's Mental Health » (25).

Elle avait pour objectif principal de déterminer un outil de dépistage des TCA.

Celui-ci devait être rapide (< 5 min), applicable aux TCA les plus courants pendant la grossesse (AN, BN, BED, OSFED) et valable au cours des 3 trimestres de grossesse.

Le but était de sélectionner des items spécifiques du TCA chez la femme enceinte et non relatif à l'état de grossesse.

Le finalité étant de faciliter l'identification des femmes enceintes à risque de TCA afin de les référer rapidement pour une PEC.

Pour ce faire, l'étude avait sélectionné des items du SCOFF-F, de l'EDE-Q et de l'EDI sans qu'il soit précisé la démarche ayant conduit à cette sélection d'items.

Par la suite, ils avaient été soumis en ligne à une population de femmes enceintes n'ayant pas de TCA et une population de femmes enceintes ayant un TCA.

Si l'échantillon de participantes était beaucoup plus important que celui envisagé dans notre étude avec donc une plus grand puissance, les diagnostics étaient auto-déclaratifs avec donc des risques de biais d'inclusion.

Dans les résultats, 12 items paraissaient plus spécifiques d'un TCA durant la grossesse, et portaient plus sur le versant comportemental retrouvé dans les TCA (vomissements auto-induits, restriction, hyperactivité physiques, utilisation de laxatifs, ingestion massive d'aliments) ainsi qu'une perte de contrôle ou un envahissement d'un mal-être lié à la silhouette.

Il sera intéressant de comparer, à l'issue de notre étude, les items plus discriminants d'un trouble TCA qui seront mis en évidence avec les items retenus dans leur étude.

1) LIMITES DE L'ETUDE

La petite taille de l'échantillon, de 50 participantes (25 femmes enceintes sans TCA et 25 femmes enceintes avec TCA) pourrait être une limite à l'étude, avec un manque résultant de puissance, qui est la probabilité théorique que le test soit significatif.

Le caractère monocentrique de l'étude, avec toutes les participantes incluse dans un même centre, à savoir le département de la Vienne, peut être une limite pour la fiabilité et la validité externe de l'étude, autrement dit le degré d'applicabilité des résultats obtenus. En effet, plus le nombre de centres est important, plus cela signifie que l'échantillon de population étudié correspond à un large spectre de patients.

L'inclusion de patientes enceintes uniquement majeures peut être une limite, la population de participantes étant moins représentative de la population de femmes enceintes. En effet, les femmes enceintes mineures sont exclues de l'étude, or, il est estimé en recherche jusqu'à 11% d'enfants dans le monde nés de mères mineures, et jusqu'à 7,5% des femmes enceintes, majeures et mineures, peuvent avoir un TCA (15).

2) INTERETS DE L'ETUDE

Le recours à une consultation avec un psychiatre de l'équipe d'investigation, lors de la visite d'inclusion, pour établir un diagnostic clinique psychiatrique de la présence actuelle ou non d'un TCA, présente un intérêt en comparaison avec une étude où le diagnostic est auto-déclaratif. En effet, le participant à l'étude qui s'auto-diagnostique n'a pas de formation clinique avec un risque d'erreur de diagnostic et un biais de sélection secondaire, qui sera évité dans l'étude présentée ici.

La présence d'un nombre limité de psychiatres investigateurs pour effectuer la consultation diagnostique lors de la visite d'inclusion, a comme intérêt de limiter encore les variabilités diagnostiques et les biais de sélection qui en découleraient.

La réalisation du questionnaire en ligne aurait comme intérêt de pouvoir permettre une plus grande spontanéité dans les réponses des participantes. En effet, les patientes TCA abordent peu leur problématique avec les professionnels, souvent par honte ou par peur du jugement. Ainsi, dans cette étude, les participantes ne seront pas dans la crainte d'un jugement négatif par un éventuel interlocuteur, ce qui pourrait être générateur de stress et de réponses non représentatives de leur problématique.

L'emploi de visites téléphoniques et d'un questionnaire en ligne, pensé au regard de l'état de grossesse des participantes, présente l'intérêt d'une plus grande disponibilité psychique éventuelle des patientes. En effet, ces dernières ne seront pas contraintes par des soucis matériels de transports par exemple ou la crainte d'un déplacement dans un terme de grossesse avancé etc qui pourrait être source d'envahissement et générer des réponses moins qualitatives.

LIENS AVEC LA LITTÉRATURE, PERSPECTIVES et CONCLUSION

Si les questionnaires de dépistage des TCA sont multiples, l'absence d'outil spécifique de dépistage d'un TCA chez la femme enceinte entraîne un défaut de repérage et un retard de PEC.

Les impacts d'un TCA durant la grossesse sont nombreux, aussi bien obstétricaux que maternels (somatiques et psychiques) avec des risques de pathologie psychiatrique associés comme une DPP ou un trouble anxieux.

Les répercussions d'un TCA chez une femme enceinte sur les interactions précoces mère-bébé sont multiples avec des difficultés rencontrées sur le plan alimentaire, ou lorsque la mère présente une DPP. Enfin, l'enfant né d'une mère ayant présenté un TCA enceinte est directement impacté sur le plan développemental, social et comportemental avec un risque pour lui de développer à son tour un TCA.

Par conséquent, l'impact de la grossesse, à la fois sur l'évolution du TCA et l'effet du TCA sur le bien-être maternel et fœtal doit être considéré comme une question d'une grande importance, d'autant que l'estimation de la prévalence des TCA chez la femme enceinte peut atteindre 5 à 7,5 % ce qui n'est pas négligeable (15) .

Il apparaît donc nécessaire d'établir un questionnaire de dépistage des TCA adapté à la grossesse, car, plus précoce est el diagnostic, plus rapide sera l'orientation vers une PEC spécialisée afin d'améliorer le pronostic et de réduire le développement de complications et de formes chroniques (33).

Nous avons de ce fait construit un projet de recherche que nous avons présenté ici, sous la forme d'une étude monocentrique ayant pour objectif principal de définir les items du SCOFF-F et de l'EDE-Q, qui sont les deux questionnaires les plus validés en population générale, qui seraient spécifiques d'un TCA et non de l'état de grossesse.

L'objectif secondaire serait de valider ces items quel que soit le terme de la grossesse.

Les résultats attendus seraient la mise en évidence d'items spécifiques d'un TCA durant la grossesse et non liés à l'état de grossesse.

Après l'obtention des résultats de notre étude, la poursuite des recherches est à réféléchir en envisageant une approche multicentrique sur un échantillon plus large de patientes, en incluant également des femmes enceintes mineures pour une meilleure représentativité de la population. Ainsi, la fiabilité et la puissance de l'étude seront augmentées.

La finalité sera l'établissement d'un outil validé de dépistage d'un TCA chez la femme enceinte accessible et utilisable par les professionnels médicaux (psychiatres, médecins généralistes, sage-femme).

ANNEXES

1) Le Questionnaire SCOFF

1- Vous êtes vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein »?

Do you make yourself Sick because you feel uncomfortably full?

2- Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez?

Do you worry that you have lost Control over how much you eat?

3- Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de trois mois?

Have you recently lost more than One stone (14 lb) in a 3-month period?

4- Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince?

Do you believe yourself to be Fat when others say you are too thin?

5- Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie? *Would you say that Food dominates your life?*

Analyse du résultat :

Un « oui » = 1 point ;

deux réponses positives ou plus révèlent un possible TCA (AN ou BN)

Luck A.J. and Coll., the SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study, B.M.J., 325: 755-6, october 2002. Garcia F.D. and al.,

2) L'EDE-Q : Eating Disorder Examination

Annexe VI - Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

Questions 1 à 12 : S'il vous plaît, encerclez le chiffre approprié dans les colonnes de droite. Et n'oubliez pas que les questions ne réfèrent qu'aux quatre (4) dernières semaines (28 jours) seulement.

Dans les 28 derniers jours, combien de jours...	Aucune journée	1 à 5 jours	6 à 12 jours	13 à 15 jours	16 à 22 jours	23 à 27 jours	Tous les jours
1 Avez-vous volontairement essayé de limiter la quantité de nourriture que vous mangez pour influencer la forme de votre corps ou votre poids (que vous ayez réussi ou non) ?	0	1	2	3	4	5	6
2 Avez-vous passé de longues périodes de temps (8 heures éveillées ou plus) sans manger quoi que ce soit afin d'influencer la forme de votre corps ou votre poids ?	0	1	2	3	4	5	6
3 Avez-vous essayé d'exclure de votre alimentation n'importe quel aliment que vous aimez afin d'influencer la forme de votre corps ou votre poids (que vous ayez réussi ou non) ?	0	1	2	3	4	5	6
4 Avez-vous essayé de suivre des règles précises à propos de votre alimentation (p. ex. un nombre de calories limitées) afin d'influencer la forme de votre corps ou votre poids (que vous ayez réussi ou non) ?	0	1	2	3	4	5	6
5 Avez-vous eu le désir catégorique d'avoir l'estomac vide dans le but d'influencer la forme de votre corps ou votre poids ?	0	1	2	3	4	5	6
6 Avez-vous eu le désir catégorique d'avoir un ventre totallement plat ?	0	1	2	3	4	5	6
7 Est-ce que de penser à la nourriture, les calories ou à manger ont fait qu'il était très difficile de vous concentrer sur des choses qui vous intéressent (p. ex. travailler, suivre une conversation, ou lire) ?	0	1	2	3	4	5	6
Dans les 28 derniers jours, combien de jours...	Aucune journée	1 à 5 jours	6 à 12 jours	13 à 15 jours	16 à 22 jours	23 à 27 jours	Tous les jours
8 Est-ce que de penser à la forme de votre corps ou votre poids ont fait qu'il était très difficile de vous concentrer sur des choses qui vous intéressent (p. ex. travailler, suivre une conversation, ou lire) ?	0	1	2	3	4	5	6
9 Avez-vous eu une peur catégorique de perdre le contrôle de votre prise alimentaire ?	0	1	2	3	4	5	6
10 Avez-vous eu une peur catégorique que vous pourriez prendre du poids ?	0	1	2	3	4	5	6
11 Vous êtes-vous sentie grosse ?	0	1	2	3	4	5	6
12 Avez-vous eu un désir fort de perdre du poids ?	0	1	2	3	4	5	6

Questions 13 à 18 : S'il vous plaît, inscrivez le chiffre approprié dans la case de droite. Et n'oubliez pas que les questions ne réfèrent qu'aux quatre (4) dernières semaines (28 jours) seulement.

Dans les quatre dernières semaines (28 jours)...	
13	Dans les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous mangé ce que d'autres personnes considéreraient une quantité de nourriture inhabituellement grande (compte tenu des circonstances) ?
14	À combien de ces occasions avez-vous eu l'impression d'avoir perdu le contrôle de votre prise alimentaire (au moment où vous mangiez) ?
15	Dans les 28 derniers jours, pendant combien de jours de tels épisodes d'hyperphagie ⁷ sont-ils survenus (c.à.d., où vous avez mangé une quantité de nourriture inhabituellement grande <u>et</u> vous avez eu une impression de perte de contrôle à ce moment) ?
16	Dans les 28 derniers jours, combien de fois vous êtes-vous rendue malade (vomir) afin de contrôler la forme de votre corps ou votre poids ?
17	Dans les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous pris des laxatifs afin de contrôler la forme de votre corps ou votre poids ?
18	Dans les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous fait de l'exercice d'une façon « déterminée » ou « compulsive » afin de contrôler votre poids, la forme ou la quantité de gras de votre corps, ou afin de brûler des calories ?

Questions 19 à 21 : S'il vous plaît, encerclez le chiffre approprié. Prenez bien note que pour ces questions, **le terme « hyperphagie incontrôlée »** signifie manger ce que d'autres personnes considéreraient une quantité de nourriture inhabituellement grande compte tenu des circonstances accompagné par une impression d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez.

Dans les 28 derniers jours...								
19	Dans les 28 derniers jours, combien de jours avez-vous mangé en secret (c'est-à-dire, furtivement, en cachette) ? Ne comptez pas les épisodes « d'hyperphagie incontrôlée ».	Aucune journée	1 à 5 jours	6 à 12 jours	13 à 15 jours	16 à 22 jours	23 à 27 jours	Tous les jours
		0	1	2	3	4	5	6
20	Dans les 28 derniers jours, dans quelle proportion des fois où vous avez mangé vous êtes-vous sentie coupable (sentiment que vous avez mal agi) en raison de l'effet que cela pourrait avoir sur la forme de votre corps ou votre poids ? Ne comptez pas les épisodes « d'hyperphagie incontrôlée ».	Aucune fois	Quelques fois	Moins de la moitié	La moitié des fois	Plus de la moitié	La plupart des fois	Toutes les fois
		0	1	2	3	4	5	6
21	Dans les 28 derniers jours, jusqu'à quel point avez-vous été préoccupée que d'autres personnes vous voient manger ? Ne comptez pas les épisodes « d'hyperphagie incontrôlée ».	Pas du tout	Un peu	Modérément	Nettement			
		0	1	2	3	4	5	6

⁷ Comportement alimentaire consistant à ingérer une quantité d'aliments disproportionnée avec ses besoins (Selon le Grand dictionnaire terminologique de l'Office québécois de la langue française.)

Questions 22 à 28 : S'il vous plaît, encerclez le chiffre approprié dans les colonnes de droite. Et n'oubliez pas que les questions ne font référence qu'aux quatre (4) dernières semaines (28 jours) seulement.

Dans les 28 derniers jours...		Pas du tout		Un peu		Modérément		Nettement	
22	Votre <i>poids</i> a-t-il influencé la façon dont vous pensez à vous (vous jugez) en tant que personne ?	0	1	2	3	4	5	6	
23	La <i>forme de votre corps</i> a-t-elle influencé la façon dont vous pensez à vous (vous jugez) en tant que personne ?	0	1	2	3	4	5	6	
24	Jusqu'à quel point auriez-vous été bouleversée si on vous avait demandé de vous peser une fois par semaine (ni plus, ni moins souvent) pour les quatre prochaines semaines ?	0	1	2	3	4	5	6	
25	Jusqu'à quel point avez-vous été insatisfaite de votre <i>poids</i> ?	0	1	2	3	4	5	6	
26	Jusqu'à quel point avez-vous été insatisfaite de la <i>forme de votre corps</i> ?	0	1	2	3	4	5	6	
Dans les 28 derniers jours...		Pas du tout		Un peu		Modérément		Nettement	
27	Jusqu'à quel point vous êtes-vous sentie inconfortable de voir votre corps (p. ex. voir la forme de votre corps dans le miroir, votre réflexion dans la vitrine d'un magasin, pendant que vous vous déshabillez ou prenez un bain ou une douche) ?	0	1	2	3	4	5	6	
28	Jusqu'à quel point vous êtes-vous sentie inconfortable que d'autres voient la forme de votre corps ou votre silhouette (p. ex. dans un vestiaire commun, lorsque vous allez nager ou portez des vêtements ajustés) ?	0	1	2	3	4	5	6	

3) EDE-Q QUESTIONNAIRE CAS CLINIQUE

Annexe VI - Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

Questions 1 à 12 : S'il vous plaît, encerclez le chiffre approprié dans les colonnes de droite. Et n'oubliez pas que les questions ne réfèrent qu'aux quatre (4) dernières semaines (28 jours) seulement.

Dans les 28 derniers jours, combien de jours...	Aucune journée	1 à 5 jours	6 à 12 jours	13 à 15 jours	16 à 22 jours	23 à 27 jours	Tous les jours
1 Avez-vous volontairement essayé de limiter la quantité de nourriture que vous mangez pour influencer la forme de votre corps ou votre poids (que vous ayez réussi ou non) ?	0	1	2	3	4	5	6
2 Avez-vous passé de longues périodes de temps (8 heures éveillées ou plus) sans manger quoi que ce soit afin d'influencer la forme de votre corps ou votre poids ?	0	1	2	3	4	5	6
3 Avez-vous essayé d'exclure de votre alimentation n'importe quel aliment que vous aimez afin d'influencer la forme de votre corps ou votre poids (que vous ayez réussi ou non) ?	0	1	2	3	4	5	6
4 Avez-vous essayé de suivre des règles précises à propos de votre alimentation (p. ex. un nombre de calories limitées) afin d'influencer la forme de votre corps ou votre poids (que vous ayez réussi ou non) ?	0	1	2	3	4	5	6
5 Avez-vous eu le désir catégorique d'avoir l'estomac vide dans le but d'influencer la forme de votre corps ou votre poids ?	0	1	2	3	4	5	6
6 Avez-vous eu le désir catégorique d'avoir un ventre totalelement plat ?	0	1	2	3	4	5	6
7 Est-ce que de penser à la nourriture, les calories ou à manger ont fait qu'il était très difficile de vous concentrer sur des choses qui vous intéressent (p. ex. travailler, suivre une conversation, ou lire) ?	0	1	2	3	4	5	6
Dans les 28 derniers jours, combien de jours...	Aucune journée	1 à 5 jours	6 à 12 jours	13 à 15 jours	16 à 22 jours	23 à 27 jours	Tous les jours
8 Est-ce que de penser à la forme de votre corps ou votre poids ont fait qu'il était très difficile de vous concentrer sur des choses qui vous intéressent (p. ex. travailler, suivre une conversation, ou lire) ?	0	1	2	3	4	5	6
9 Avez-vous eu une peur catégorique de perdre le contrôle de votre prise alimentaire ?	0	1	2	3	4	5	6
10 Avez-vous eu une peur catégorique que vous pourriez prendre du poids ?	0	1	2	3	4	5	6
11 Vous êtes-vous sentie grosse ?	0	1	2	3	4	5	6
12 Avez-vous eu un désir fort de perdre du poids ?	0	1	2	3	4	5	6

Questions 13 à 18 : S'il vous plaît, inscrivez le chiffre approprié dans la case de droite. Et n'oubliez pas que les questions ne réfèrent qu'aux quatre (4) dernières semaines (28 jours) seulement.

Dans les quatre dernières semaines (28 jours)...	
13	Dans les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous mangé ce que d'autres personnes considéreraient une quantité de nourriture inhabituellement grande (compte tenu des circonstances) ? 4
14	À combien de ces occasions avez-vous eu l'impression d'avoir perdu le contrôle de votre prise alimentaire (au moment où vous mangiez) ? 3
15	Dans les 28 derniers jours, pendant combien de jours de tels épisodes d'hyperphagie ⁷ sont-ils survenus (c.à.d., où vous avez mangé une quantité de nourriture inhabituellement grande <u>et</u> vous avez eu une impression de perte de contrôle à ce moment) ? 4
16	Dans les 28 derniers jours, combien de fois vous êtes-vous rendue malade (vomir) afin de contrôler la forme de votre corps ou votre poids ? 0
17	Dans les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous pris des laxatifs afin de contrôler la forme de votre corps ou votre poids ? 0
18	Dans les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous fait de l'exercice d'une façon « déterminée » ou « compulsive » afin de contrôler votre poids, la forme ou la quantité de gras de votre corps, ou afin de brûler des calories ? 0

Questions 19 à 21 : S'il vous plaît, encercliez le chiffre approprié. Prenez bien note que pour ces questions, **le terme « hyperphagie incontrôlée »** signifie manger ce que d'autres personnes considéreraient une quantité de nourriture inhabituellement grande compte tenu des circonstances accompagné par une impression d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez.

Dans les 28 derniers jours...															
19	Dans les 28 derniers jours, combien de jours avez-vous mangé en secret (c'est-à-dire, furtivement, en cachette) ? Ne comptez pas les épisodes « d'hyperphagie incontrôlée ». <table border="1"> <thead> <tr> <th>Aucune journée</th> <th>1 à 5 jours</th> <th>6 à 12 jours</th> <th>13 à 15 jours</th> <th>16 à 22 jours</th> <th>23 à 27 jours</th> <th>Tous les jours</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Aucune journée	1 à 5 jours	6 à 12 jours	13 à 15 jours	16 à 22 jours	23 à 27 jours	Tous les jours	0	1	2	3	4	5	6
Aucune journée	1 à 5 jours	6 à 12 jours	13 à 15 jours	16 à 22 jours	23 à 27 jours	Tous les jours									
0	1	2	3	4	5	6									
20	Dans les 28 derniers jours, dans quelle proportion des fois où vous avez mangé vous êtes-vous sentie coupable (sentiment que vous avez mal agi) en raison de l'effet que cela pourrait avoir sur la forme de votre corps ou votre poids ? Ne comptez pas les épisodes « d'hyperphagie incontrôlée ». <table border="1"> <thead> <tr> <th>Aucune fois</th> <th>Quelques fois</th> <th>Moins de la moitié</th> <th>La moitié des fois</th> <th>Plus de la moitié</th> <th>La plupart des fois</th> <th>Toutes les fois</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Aucune fois	Quelques fois	Moins de la moitié	La moitié des fois	Plus de la moitié	La plupart des fois	Toutes les fois	0	1	2	3	4	5	6
Aucune fois	Quelques fois	Moins de la moitié	La moitié des fois	Plus de la moitié	La plupart des fois	Toutes les fois									
0	1	2	3	4	5	6									
21	Dans les 28 derniers jours, jusqu'à quel point avez-vous été préoccupée que d'autres personnes vous voient manger ? Ne comptez pas les épisodes « d'hyperphagie incontrôlée ». <table border="1"> <thead> <tr> <th>Pas du tout</th> <th>Un peu</th> <th>Modérément</th> <th>Nettement</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Pas du tout	Un peu	Modérément	Nettement	0	1	2	3	4	5	6			
Pas du tout	Un peu	Modérément	Nettement												
0	1	2	3	4	5	6									

⁷ Comportement alimentaire consistant à ingérer une quantité d'aliments disproportionnée avec ses besoins (Selon le Grand dictionnaire terminologique de l'Office québécois de la langue française.)

Questions 22 à 28 : S'il vous plaît, encerclez le chiffre approprié dans les colonnes de droite. Et n'oubliez pas que les questions ne font référence qu'aux quatre (4) dernières semaines (28 jours) seulement.

Dans les 28 derniers jours...		Pas du tout		Un peu		Modérément		Nettement	
22	Votre <i>poids</i> a-t-il influencé la façon dont vous pensez à vous (vous jugez) en tant que personne ?	0	1	2	3	4	5	6	
23	La <i>forme de votre corps</i> a-t-elle influencé la façon dont vous pensez à vous (vous jugez) en tant que personne ?	0	1	2	3	4	5	6	
24	Jusqu'à quel point auriez-vous été bouleversée si on vous avait demandé de vous peser une fois par semaine (ni plus, ni moins souvent) pour les quatre prochaines semaines ?	0	1	2	3	4	5	6	
25	Jusqu'à quel point avez-vous été insatisfaite de votre <i>poids</i> ?	0	1	2	3	4	5	6	
26	Jusqu'à quel point avez-vous été insatisfaite de la <i>forme de votre corps</i> ?	0	1	2	3	4	5	6	
Dans les 28 derniers jours...		Pas du tout		Un peu		Modérément		Nettement	
27	Jusqu'à quel point vous êtes-vous sentie inconfortable de voir votre corps (p. ex. voir la forme de votre corps dans le miroir, votre réflexion dans la vitrine d'un magasin, pendant que vous vous déshabillez ou prenez un bain ou une douche) ?	0	1	2	3	4	5	6	
28	Jusqu'à quel point vous êtes-vous sentie inconfortable que d'autres voient la forme de votre corps ou votre silhouette (p. ex. dans un vestiaire commun, lorsque vous allez nager ou portez des vêtements ajustés) ?	0	1	2	3	4	5	6	

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Léonard T, Foulon C, Guelfi JD. Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. EMC Psychiatrie. 1 avr 2005;2(2):96-127.
2. The prevalence of eating disorders not otherwise specified - Machado - 2007 - International Journal of Eating Disorders - Wiley Online Library [Internet]. [cité 13 mai 2022]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.20358>
3. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. Curr Psychiatry Rep. 1 août 2012;14(4):406-14.
4. Bannatyne AJ, McNeil E, Stapleton P, MacKenzie-Shalders K, Watt B. Disordered eating measures validated in pregnancy samples: a systematic review. Eat Disord. août 2021;29(4):421-46.
5. Consensus on the assessment of disordered eating in pregnancy: an international Delphi study | SpringerLink [Internet]. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-017-0806-x>
6. Dépression du post-partum - Gynécologie et obstétrique [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gynécologie-et-obstétrique/soins-du-post-partum-et-troubles-associés/dépression-du-post-partum>
7. Taborelli. E. Périnatalité et trouble du comportement alimentaire : une revue de littérature. Enfances Psy. 2021;90(2):37-49.
8. Mazzeo SE, Slop-Op't Landt MCT, Jones I, Mitchell K, Kendler KS, Neale MC, et al. Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. Int J Eat Disord. avr 2006;39(3):202-11.
9. Gebhard S. Troubles du comportement alimentaire et maternité : entre risque et opportunité. Revue Médicale Suisse. 2017;13(547):207-8.
10. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. Br J Psychiatry. mars 2007;190:255-9.
11. Arnaud S, Belmont C. Carrard Isabelle, Docteure en Psychologie, Professeure HES Haute école de santé, filière Nutrition et Diététique, Genève. :106.
12. Guerdat KC, Othenin-Girard M, Carrard I. Les impacts d'un trouble du comportement alimentaire maternel sur le fœtus et l'enfant en bas-âge. Nutrition Clinique et Métabolisme. 1 nov 2018;32(4):331.
13. Martini MG, Barona-Martinez M, Micali N. Eating disorders mothers and their children: a systematic review of the literature. Arch Womens Ment Health. 2020;23(4):449-67.

<https://doi.org/10.1007/s00737-020-01019-x>

14. Bulik CM, Von Holle A, Siega-Riz AM, Torgersen L, Lie KK, Hamer RM, et al. Birth Outcomes in Women with Eating Disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Int J Eat Disord.* janv 2009;42(1):9-18.
15. M. Janas-Kozik , A. Żmijowska, I. Zasada, I. Jelonek, L. Cichoń, A. Siwiec, et al. Systematic Review of Literature on Eating Disorders During Pregnancy—Risk and Consequences for Mother and Child. *Front Psychiatry.* 13 déc 2021;12:777529.
16. Micali N, De Stavola B, Ploubidis GB, Simonoff E, Treasure J. The effects of maternal eating disorders on offspring childhood and early adolescent psychiatric disorders. *International Journal of Eating Disorders.* 2014;47(4):385-93.
17. Balsan G, van Effenterre A, Corcos M. La femme, les troubles des conduites alimentaires et le gynécologue.
18. Micali N, Treasure J, Simonoff E. Eating disorders symptoms in pregnancy: A longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *Journal of Psychosomatic Research.* 1 sept 2007;63(3):297-303.
19. Shankland R. Les troubles du comportement alimentaire - 2e éd.: Prévention et accompagnement thérapeutique. Dunod; 2020. 141 p.
20. Hubin-Gayte M, Squires C, Doncieux K, Sajko A. De l'intérêt d'une prévention des troubles des conduites alimentaires chez les femmes enceintes. *Information Psychiatrique.* 2008;8(84):725-31.
21. Turner H, Bryant-Waugh R. Eating disorder not otherwise specified (EDNOS): profiles of clients presenting at a community eating disorder service. *European Eating Disorders Review.* 2004;12(1):18-26.
22. ter Huurne ED, de Haan HA, ten Napel-Schutz MC, Postel MG, Menting J, van der Palen J, et al. Is the Eating Disorder Questionnaire-Online (EDQ-O) a valid diagnostic instrument for the DSM-IV-TR classification of eating disorders? *Comprehensive Psychiatry.* 1 févr 2015;57:167-76.
23. Pettersson C, Zandian M, Clinton D. Eating disorder symptoms pre- and postpartum. *Archives of Women's Mental Health.* 1 août 2016;19.
24. Préoccupations des femmes enceintes à l'égard de l'alimentation, du poids et de la silhouette et conduites alimentaires inadéquates : une étude exploratoire | Cairn.info [Internet]. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-devenir-2017-3-page-199.htm>
25. Claydon EA, Lilly CL, Ceglar JX, Dueñas-Garcia OF. Development and validation across trimester of the Prenatal Eating Behaviors Screening tool. *Archives of Women's Mental Health.* 2022;25(4):705.
26. Bouletreau A, Chouaniere D, Wild P, Fontana JM. Concevoir, traduire et valider un questionnaire. A propos d'un exemple, EUROQUEST. :50.
27. Midy F. Validité et fiabilité des questionnaires d'évaluation de la qualité de vie : une étude appliquée aux accidents vasculaires cérébraux [Internet]. Laboratoire d'analyse et de techniques économiques(LATEC); 1996 [cité 13 mai 2022] p. 38 p., Table, ref. bib. : 3 p. 1/4. Disponible

sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01526979>

28. Bailly F. Développement et validation d'un questionnaire identifiant différentes stratégies comportementales chez les patients lombalgiques. :53.
29. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*. 4 déc 1999;319(7223):1467-8.
30. Cotton MA, Ball C, Robinson P. Four Simple Questions Can Help Screen for Eating Disorders. *J Gen Intern Med*. janv 2003;18(1):53-6.
31. Garcia FD, Grigioni S, Allais E, Houy-Durand E, Thibaut F, Déchelotte P. Detection of eating disorders in patients: validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire. *Clin Nutr*. avr 2011;30(2):178-81.
32. Garcia FD, Grigioni S, Chelali S, Meyrignac G, Thibaut F, Dechelotte P. Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *World J Biol Psychiatry*. oct 2010;11(7):888-93.
33. Garcia FD. Troubles du comportement alimentaire : mieux dépister pour traiter précocement. *Correspondances en Métabolismes Hormones Diabète et Nutrition*. 2011;4.
34. Haute Autorité de Santé - Anorexie mentale : prise en charge [Internet]. [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge
35. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord*. déc 1994;16(4):363-70.
36. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): norms for young adult women. *Behav Res Ther*. janv 2006;44(1):53-62.
37. Rica R, Solar M, Compte EJ, Sepúlveda AR. Establishing the optimal male cut-off point: confirmatory factor analysis of the eating disorder examination-questionnaire (EDE-Q) in a representative sample of Spanish university students. *Eat Weight Disord*. 1 avr 2022;27(3):969-77.
38. Mohd Taib N, Abdul Khaiyom JH, Fauzaman J. Psychometric properties of the adapted Malay Eating Disorder Examination-Questionnaire 6.0 (EDE-Q 6.0) among university students in Malaysia. *Eating Behaviors*. 1 août 2021;42:101533.
39. Peláez-Fernández MA, Javier Labrador F, Raich RM. Validation of eating disorder examination questionnaire (EDE-Q)--Spanish version--for screening eating disorders. *Span J Psychol*. juill 2012;15(2):817-24.
40. Gideon N, Hawkes N, Mond J, Saunders R, Tchanturia K, Serpell L. Development and Psychometric Validation of the EDE-QS, a 12 Item Short Form of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *PLOS ONE*. 3 mai 2016;11(5):e0152744.
41. R M, Ma B, J H, Na M, Kd O, As R. Norms for Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) among Secondary School Students in Kuala Lumpur, Malaysia. *IJUM Medical Journal Malaysia* [Internet]. 1 déc 2016 [cité 6 nov 2022];15(2). Disponible sur: <https://journals.iium.edu.my/kom/index.php/imjm/article/view/390>
42. Mailloux G, Bergeron S, Meilleur D, D'Antono B, Dubé I. Examining the associations

between overeating, disinhibition, and hunger in a nonclinical sample of college women. *Int J Behav Med.* avr 2014;21(2):375-84.

43. Carrard I, Rebetez MML, Mobbs O, Van der Linden M. Factor structure of a French version of the Eating Disorder Examination-Questionnaire among women with and without binge eating disorder symptoms. *Eat Weight Disord.* mars 2015;20(1):137-44.
44. Luce KH, Crowther JH. The reliability of the Eating Disorder Examination-Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q). *Int J Eat Disord.* avr 1999;25(3):349-51.
45. Peterson CB, Crosby RD, Wonderlich SA, Joiner T, Crow SJ, Mitchell JE, et al. Psychometric properties of the eating disorder examination-questionnaire: factor structure and internal consistency. *Int J Eat Disord.* mai 2007;40(4):386-9.
46. Aardoom JJ, Dingemans AE, Slof Op't Landt MCT, Van Furth EF. Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eating Behaviors.* 1 déc 2012;13(4):305-9.
47. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJV. Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behav Res Ther.* mai 2004;42(5):551-67.
48. Black CM, Wilson GT. Assessment of eating disorders: interview versus questionnaire. *Int J Eat Disord.* juill 1996;20(1):43-50.
49. Pliatskidou S, Samakouri M, Kalamara E, Papageorgiou E, Koutrouvi K, Goulemtzakis C, et al. Validity of the Greek Eating Disorder Examination Questionnaire 6.0 (EDE-Q-6.0) among Greek adolescents. *Psychiatriki.* sept 2015;26(3):204-16.
50. Isomaa R, Lukkarila IL, Ollila T, Nenonen H, Charpentier P, Sinikallio S, et al. Development and preliminary validation of a Finnish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Nord J Psychiatry.* oct 2016;70(7):542-6.
51. Fairburn, C.G. and Cooper, Z. (1993) The eating disorder examination. In Fairburn, C.G. and Wilson, G.T., Eds., *Binge eating Nature, assessment, and treatment* (12th ed.), Guilford Press, New York, 317-356. - References - Scientific Research Publishing [Internet]. [cité 25 sept 2022]. Disponible sur:
[https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1096731](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1096731)
52. Achim J, Simard V, Meilleur D, Fruchier T, Gagné AL. Attitudes et comportements alimentaires, image corporelle et poids durant la grossesse : portrait des préoccupations de femmes enceintes québécoises. *Périnat.* 1 mars 2022;14(1):9-19.
53. DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux / Livre/ Elsevier Masson SAS fev. 2015 Disponible sur;
<https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-9782294739293.html>
54. Guido K.W. Frank, MD, Megan E. Shott, BS, Marisa C. DeGuzman, BS, BA . The Neurobiology of Eating Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2019 October ; 28(4): 629–640. doi:10.1016/j.chc.2019.05.007.
55. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la

sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021 (L'officiel ECN)

56. C. Genet. Impact du yoga sur les symptômes de la dépression du post-partum. Thèse Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine. Université de Poitiers. Avril 2022
57. L. Favarel-Garrigues. L'anorexie mentale chez les enfants et adolescents durant le covid-19: quel impact sur l'épidémiologie, la clinique et le soins ? Une revue de littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03871614
58. Inserm. Anorexie mentale · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. (Dernière modification 10/2020). Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/anorexie-mentale/>
59. J. Monthy-Blanc. Fondement approfondis des trouble du comportement alimentaire. Edition JFD 2018
60. E. Attia, B. Timothy Walsh, MD. Introduction aux troubles du comportement alimentaire. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité juil. 2022]. Disponible sur <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-du-comportement-alimentaire/introduction-aux-troubles-du-comportement-alimentaire>
61. E. Attia, B. Timothy Walsh, MD. Anorexie mentale. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité juil. 2022]. Disponible sur <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-du-comportement-alimentaire/anorexie-mentale>
62. E. Attia, B. Timothy Walsh, MD. Boulimie. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité juil. 2022]. Disponible sur <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-du-comportement-alimentaire/boulimie>
63. F. RE Smink, D. van Hoeken H. W. Hoek. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. Curr Psychiatry Rep 2012 ; 14(4): 406–414 Publié en ligne le 27 mai 2012. doi : 10.1007/s11920-012-0282-y
64. T. Udo, C. M. Grilo. Prevalence and Correlates of DSM-5-Defined Eating Disorders in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults. Biol Psychiatry. 2018 Sep 1;84(5):345-354. doi: 10.1016/j.biopsych.2018.03.014. Epub 2018 Apr 17
65. Haute Autorité de Santé – Boulimie et hyperphagie boulimique : prise en charge [Internet]. [cité Juin 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/boulimie_et_hyperphagie_boulimique_-_recommandations.pdf
66. N. Micali, E. Tombeur. ARFID - Trouble de restriction/évitement de l'ingestion d'aliments : caractéristiques cliniques. 2019. Disponible sur <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2019/revue-medicale-suisse-638/arfid-trouble-de-restriction-evitement-de-l-ingestion-d-aliments-caracteristiques-cliniques>. DOI: 10.53738/REVMED. 2019.15.638.0394
67. M. Aumar¹ *, D. Ley² , MD. Lamblin³ , F. Gottrand. Diagnostic et prise en charge du mérycisme de l'enfant et de l'adolescent Ruminant syndrome in children Titre court : Mérycisme de l'enfant et de l'adolescent. 2020. Disponible sur

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2588932X2030022X>

68. K. Vieira. PhD. Pica Facts & Statistics. May 03, 2022 Disponible sur <https://www.therecoveryvillage.com/mental-health/pica/pica-statistics/>
69. L. Mustelin, V.-L. Lehtokari, A. Keskk-Rahkonen. Other specified and unspecified feeding or eating disorders among women in the community. 2016. DOI: [10.1002/eat.22586](https://doi.org/10.1002/eat.22586) Disponible sur pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27442991/
70. E. Attia, B. Timothy Walsh, MD. Trouble hyperphagie boulimique. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité juil. 2022]. Disponible sur <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-du-comportement-alimentaire/hyperphagie-boulimique>
71. E. Attia, B. Timothy Walsh, MD. Pica. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité juil. 2022]. Disponible sur <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-du-comportement-alimentaire/pica>
72. E. Attia, B. Timothy Walsh, MD. Trouble de rumination. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité juil. 2022]. Disponible sur <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-du-comportement-alimentaire/trouble-de-rumination>
73. E. Attia, B. Timothy Walsh, MD. Trouble de la prise alimentaire évitant/restrictif. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité juil. 2022]. Disponible sur <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-du-comportement-alimentaire/trouble-de-la-prise-alimentaire-evitant-restrictif>
74. L. Simmat-Durand, D. Richemé, S. Toutain. Le pica est-il une addiction ? Les consommations d'argile chez les femmes enceintes en Guyane française. De Boeck Supérieur « Psychotropes » 2020/4 Vol. 26 | pages 53 à 85 ISSN 1245-2092 ISBN 9782807393912 Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2020-4-page-53.htm>
75. BDNF gene brain derived neurotrophic factor, Normal function. Health Conditions Related to Genetic Changes, Other disorders. Medline Plus. Disponible sur <https://medlineplus.gov/genetics/gene/bdnf/#synonyms>
76. E.O Chung, B. Mattah, M.D Hickey, C.R Salmen, E.M Milner, E.A Bukusi, J.S Brashares, S. L Young, L. C H Fernald, K. J Fiorella. Characteristics of Pica Behavior among Mothers around Lake Victoria, Kenya: A Cross-Sectional Study. 2019 Jul 14;16(14):2510. Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31337101>
77. Kuroush A Ardeshirian Donald.A. Howarth. Esperance pica study. 2017. Aust Fam Physician. 2017;46(4);243-248. Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28376581/>
78. I. Singh, P. Singh, P. Patkar, S. Chaudhury, D. Saldanha. Geophagia: A case series. 2021 Oct. Ind Psychiatry J. 2021 Oct;30(Suppl 1):S240-S242. doi: 10.4103/0972-6748.328819. Epub 2021 Oct 22. Disponible sur pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34908699/
79. [J. Nsawir Bonglaisin 1](#), [N. Bajia Kunsoan 2 3](#), [P. Bonny 1](#), [C. Matchawe 1](#), [B. Ndakoh Tata 1](#), [G. Nkeunen 4](#), [C. Moses Mbofung 5](#) Geophagia: Benefits and potential toxicity to human- A review. Front Public Health. 2022 Jul 26;10:893831. doi:10.3389/fpubh.2022.893831. eCollection 2022. Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35958861/>

80. [O. Nakiyemba](#), [S. Obore](#), [M. Musaba](#), [J. Wandabwa](#), [P. Kiondo](#). Covariates of Pica among Pregnant Women Attending Antenatal Care at Kawempe Hospital, Kampala, Uganda: A Cross-Sectional Study *Am J Trop Med Hyg.* 2021 Jul 12;105(4):909-914.doi:10.4269/ajtmh.21-0028. Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34252052/>
81. [K. Diema Konlan](#), [J. Asibi Abdulai](#), [K. Dodam Konlan](#), [R. Mensima Amoah](#), [A.-Razak Doat](#). Practices of pica among pregnant women in a tertiary healthcare facility in Ghana. 2020 Jan 28;7(3):783-792.doi: 10.1002/nop2.451. eCollection 2020 May. Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32257266/>
82. J. Falletty, A. Malchair, V. Delvenne. Merycism : when humain being starts ruminating. *Rev Med Liege.* 2020 Dec;75(12):786-790. Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33331702/>
83. Anne-Lise Sinapi. Le vécu de la grossesse chez les femmes ayant une histoire de troubles du comportement alimentaire. *Gynécologie et obstétrique.* 2015. ffdumas-01196218ff
84. Benoît Bayle (sous la direction de), M.-P. Mansuy. *Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique*, Toulouse, érès. 2016
85. A propos des chiffres concernant les troubles des conduites alimentaires (TCA). Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB). Juin 2022. Journée mondiale de sensibilisation aux TCA : www.journeemondialeetca.fr
86. V. Micheli-Rechtman. L'anorexie, un symptôme contemporain ? , *La clinique lacanienne*, 2003/1 (no 6), p. 139-144. DOI : 10.3917/cla.006.0139. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-la-clinique-lacanianne-2003-1-page-139.htm>
87. M. Bellaïche, A. Mosca. Mérycisme: des critères de Rome IV à la pratique. 2018. Journée du groupe francophone d'hépatogastroentérologie et nutrition pédiatriques. Disponible sur <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/28178.pdf>
88. E.-C. Lasègue. De l'anorexie hystérique. *La Cause freudienne*, 2008/1 (N° 68), p. 82-93. DOI : 10.3917/lcdd.068.0082. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-la-cause-freudienne-2008-1-page-82.htm>
89. Monthuy-Blanc et al. Continuum historique des TCA. Fondement des troubles du comportement alimentaire. University of Quebec. Disponible sur https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/Gscdepot/edu1031/7/edu1031_7_d02.pdf
90. N. Brémaud. Mérycisme : revue de la littérature et apports théoriques sur le rôle de la frustration dans la relation précoce mère–enfant et sur la question psychosomatique. *L'Evolution Psychiatrique*. [Volume 77, Issue 2](#), April–June 2012, Pages 213-232. Disponible sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014385512000114#preview-section-snippets>
91. *Maladie de Pica : définition, symptômes et traitement.* 2018. Santé sur le Net. Disponible sur <https://www.sante-sur-le-net.com > troubles-alimentaires>
92. N. Micali, E. Tombeur. ARFID - Trouble de restriction/évitement de l'ingestion d'aliments : caractéristiques cliniques. 2019. DOI: 10.53738/REVMED.2019.15.638.0394. Disponible sur <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2019/revue-medicale-suisse-638/arfid-trouble-de>

93. Haute Autorité de Santé. Boulimie et hyperphagie boulimique : Repérage et éléments généraux de prise en charge. Nov. 2015. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/rbp_cadrage_boulimie_mel.pdf
94. E. Bunce, R.P. Heine. Nausées et vomissements au début de la grossesse. Édition professionnelle du Manuel MSD. Déc. 2020 | Modifié sept. 2022. Disponible sur : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gynecologie-et-obstetrique/symptomes-pendant-la-grossesse/nausees-et-vomissements-au-debut-de-la-grossesse>
95. R. Artal-Millelmark. Physiologie de la grossesse. Édition professionnelle du Manuel MSD. Mai 2021 | Modifié sept. 2022. Disponible sur [msmanuals.com/fr/professional/gynecologie-et-obstetrique/prise-en-charge-de-la-femme-enceinte-et-suivi-de-la-grossesse/physiologie-de-la-grossesse](https://www.msmanuals.com/fr/professional/gynecologie-et-obstetrique/prise-en-charge-de-la-femme-enceinte-et-suivi-de-la-grossesse/physiologie-de-la-grossesse)
96. R. Artal-Millelmark. Évaluation de la patiente obstétricale. Édition professionnelle du Manuel MSD. Examen médical mai 2021 | Modifié nov. 2022. Disponible sur : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gynecologie-et-obstetrique/prise-en-charge-de-la-femme-enceinte-et-suivi-de-la-grossesse/evaluation-de-la-patiente-obstetricale>
97. M. Hubin-Gayte, C. Squires Étude de l'impact de la grossesse sur les comportements alimentaires à travers l'utilisation du questionnaire SCOFF. L'évolution psychiatrique. Volume 77. N° 2. Avril-Juin 2012. Pages 201-212
98. F. Ayanoglou, E. Pernon, A. Dubois, R. Pry, A. Baghdadli F. Analyse fonctionnelle des comportements de pica d'un enfant présentant un syndrome de Pallister Killian associé à un autisme. Décembre 2011. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. Volume 59, Issue 8, Pages 484-488. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2011.10.003>
99. M. Bydlowski. Je rêve un enfant, l'expérience intérieure de la maternité. Edition Odile Jacob. Année 2000
100. J. Vignalou, N. Guédeney. Quand les mères sont anorexiques. *Enfances & Psy*, 2007/4 (n° 37), p. 71-80. DOI : 10.3917/ep.037.0071. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2007-4-page-71.htm>
101. A. Hidalgo. La thérapie de Fairburn pour traiter la boulimie nerveuse. Décembre 2022. Disponible sur <https://nospensees.fr/la-therapie-de-fairburn-pour-traiter-la-boulimie-nerveuse>
102. E. Tillot. Troubles des comportements alimentaires et périnatalité. 2017. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01690668/document>
103. S. Lemoigne. Interactions précoces : Synthèse des connaissances actuelles et revue non exhaustive de la littérature sur l'efficacité des méthodes de soins. Thèse Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine. Octobre 2018. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02088985/document>
104. E. Glatigny Dallay, B. Bayle. Les interactions parent-enfant. Dans : Benoît Bayle éd., *Psychiatrie et psychopathologie périnatales*. Paris, Dunod, Aide-Mémoire, 2017, chapitre 5, p. 41-49. DOI : 10.3917/dunod.bayle.2017.01.0041. Disponible sur : <https://www.cairn.info/psychiatrie-et-psychopathologie-perinatales--9782100768844-page-41.htm>

105. N. Guédeney, C. Lamas, V. Bekhechi, AS. Mintz, A. Guédeney Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. Arch Pédiatrie. 1 Juin 2008. doi:10.1016/S0929-693X(08)73942-3.
106. S. Tereno, I. Soares, E. Martins et al.. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique », Devenir, 2007/2 (Vol. 19), p. 151-188. DOI : 10.3917/dev.072.0151. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2007-2-page-151.htm>
107. S. Hairston, J.E. Handelzalts, C. Assis, M. Kovo. Postpartum bonding difficulties and adult attachment styles : the mediating role of postpartum depression and childbirth-related PTSD. J.Infant Ment Health. Mars 2018. 39(2):198-208.doi: 10.1002/imhj.21695.
108. E. Glatigny Dallay, B. Bayle. Troubles anxieux et maternité. Dans : Benoît Bayle éd., Psychiatrie et psychopathologie périnatales. Paris, Dunod, Aide-Mémoire, 2017, chapitre 18, p. 161-170.
109. E. Glatigny Dallay, B. Bayle. Attachement et périnatalité. Dans : Benoît Bayle éd., Psychiatrie et psychopathologie périnatales. Paris, Dunod, Aide-Mémoire, 2017, chapitre 4, p. 31-39.
110. E. Glatigny Dallay, B. Bayle. Troubles des conduites alimentaires, grossesse et parentalité. Dans : Benoît Bayle éd., Psychiatrie et psychopathologie périnatales. Paris, Dunod, Aide-Mémoire, 2017, chapitre 27, p. 247-254.
111. E. Glatigny Dallay, B. Bayle. Les remaniements psychologiques de la grossesse. Dans : Benoît Bayle éd., Psychiatrie et psychopathologie périnatales. Paris, Dunod, Aide-Mémoire, 2017, chapitre 2, p. 13-20.
112. A. Turcq. Les spécificités cognitives de l'anorexie mentale. Septembre 2016. thèse de docteur en Médecine. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01473629/document>
113. J. A.Malarewicz. Institution, systémique et anorexie mentale. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 2013/1 (n° 50), p. 47-55. DOI : 10.3917/ctf.050.0047. URL : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2013-1-page-47.htm>
114. K. Nalbant, C.M. Kalayci, D. Akdemir. Sécurité de l'attachement et émotion exprimée perçue chez les adolescents souffrant d'anorexie mentale. Printemps 2020;31(1):22-30.doi : 10.5080/u23602. Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32594476/>
115. GS. Kuipers, LA van der Ark, MHJ. Bekker. Attachement, mentalisation et autonomie dans l'anorexie mentale et la boulimie mentale. 2020;. 2(2):148-156. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32141522/>
116. S. Julien Sweertsa, L.Romoa. Impulsivité alimentaire et troubles du comportement alimentaire : de la neuropsychologie à la psychologie clinique. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Volume 178, Issue 3. March 2020.Pages 314-317. Disponible sur : <https://pdf.sciencedirectassets.com>
117. M. Peuch. Boulimie, hyperphagie, une approche spécifique, Gestalt, 2006/2 (no 31), p. 87-106. DOI : 10.3917/gest.031.0087. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-gestalt-2006-2-page-87.htm>
118. Glatigny Dallay, B. Bayle. Vomissements incoercibles de la grossesse. Dans : Benoît Bayle éd., Psychiatrie et psychopathologie périnatales. Paris, Dunod, Aide-Mémoire, 2017, chapitre 9, p. 81 à 88.

RESUME ET MOTS CLES

Résumé

Dépistage des troubles du comportement alimentaire chez la femme enceinte PREGN'ED

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) peuvent apparaître, réémerger ou s'exacerber lors de la période périnatale. Les femmes enceintes atteintes d'un TCA sont plus susceptibles de présenter des complications obstétricales, somatiques ainsi que des troubles psychiatriques associés comme la dépression du post partum (DPP) ou un trouble anxieux. Egalement, les interactions précoces entre la mère et son bébé en post partum seront perturbées par des difficultés autour de l'alimentation et en cas de survenue de troubles psychiatriques associés. Enfin, l'enfant sera impacté sur son développement, qu'il soit physique, émotionnel ou cognitif, avec un risque accru pour celui-ci de développer lui-même un TCA. Actuellement, les TCA sont insuffisamment dépistés et tardivement, ou non pris en charge durant la grossesse, du fait d'une réelle difficulté d'identification des femmes enceintes qui en souffrent. En effet, les questionnaires de dépistage des TCA dans la littérature sont multiples, mais nous constatons une absence d'outil spécifique et validé pour leur dépistage pendant la grossesse, qui permettrait de différencier les préoccupations maternelles alimentaires liées à la grossesse, de symptômes liés à un TCA avéré. Ainsi, s'il peut être estimé à moins de 5 % de femmes ayant un TCA durant la grossesse, des estimations plus larges reflètent les difficultés de repérage d'un TCA en anté partum.

L'objectif principal de notre étude est d'identifier quels items des questionnaires SCOFF-F et EDE-Q pourraient être spécifiques d'un TCA pendant la grossesse et non liés au simple état de grossesse, en comparant les réponses de femmes enceintes, pour lesquelles le diagnostic de TCA a été posé, à celles de femmes enceintes ne présentant pas de TCA. L'objectif secondaire évaluera si les items restent spécifiques d'un TCA à différente période de la grossesse.

Mots clés : trouble du comportement alimentaire, grossesse, dépistage

Abstract

Screening for eating disorders in pregnant women PREGN'ED

Eating disorders (EDs) may emerge, re-emerge or be exacerbated in the perinatal period. Pregnant women with an ED are more likely to develop obstetric and somatic complications as well as associated psychiatric disorders such as postpartum depression (PPD) or anxiety disorder. Also, early interactions between mother and baby in the postpartum period will be disrupted by feeding difficulties and the occurrence of associated psychiatric disorders. Finally, the child's development will be affected, whether physical, emotional or cognitive, with an increased risk of the child developing an ED. At present, EDs are insufficiently detected and late, or not treated during pregnancy, due to a real difficulty in identifying pregnant women who suffer from them. Indeed, there are many questionnaires in the literature for screening for ED, but we note the absence of a specific and validated tool for screening during pregnancy, which would make it possible to differentiate between maternal dietary preoccupations linked to pregnancy and symptoms linked to a confirmed ED. Thus, while it can be estimated that less than 5% of women have an ED during pregnancy, larger estimates reflect the difficulties of identifying antepartum ED.

The primary objective of our study is to identify which items of the SCOFF-F and EDE-Q questionnaires might be specific to an ED during pregnancy and not related to the mere state of pregnancy, by comparing the responses of pregnant women, for whom the diagnosis of ED has been made, with those of pregnant women without ED. The secondary objective will be to assess whether the items remain specific to an ED at different times during pregnancy.

Key words : eating disorder, pregnancy, screening



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



