



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**Université de Lorraine**

**École de Sages-Femmes**

**de**

**NANCY**

*Grossesse et troubles du comportement alimentaire :  
dépistage par le questionnaire SCOFF-F*

**Mémoire présenté et soutenu par  
Graf Charlène**

Directeur de mémoire : Mme Langbour-Remy Christelle  
endocrinologue, diabétologue

Année de la soutenance 2017

## REMERCIEMENTS

*Je remercie ma maman, ma petite sœur, mon grand frère et mes grands parents ; mes amis et plus particulièrement Alice et Anastasia, pour votre soutien. Vous m'avez donné la force de réussir et de devenir la personne que je suis aujourd'hui.*

*Mes futures collègues sages-femmes, Manon, Laura et mon binôme Chloé, pour ces années passées ensemble et la naissance de notre amitié.*

*Je remercie mes amis sportifs : Sylvie, Olivia, Fabienne, Delphine, Valérie Marie-Jeanne et Georges, pour ces moments de sueurs, de papotage et de fou rire.*

*Je remercie Dr Donner pour son partage de connaissances ; les sages-femmes du centre hospitalier de Lunéville pour leur accueil et leur confiance.*

*Je remercie les sage-femmes enseignantes de l'école de Nancy et plus particulièrement ma tutrice Mme Bertrand pour sa présence tout au long de ma formation et Mme Soliwada pour sa disponibilité ; Mme Dessaint et les secrétaires de consultation pour la réalisation de mon étude.*

*Je remercie Mme Pierret pour son écoute et ses conseils.*

*Mes derniers remerciements vont à ma directrice de mémoire Dr Langbour-Remy, pour son implication dans mon étude, ses conseils et son aide tout au long de mon travail.*

# **GLOSSAIRE**

BED : Binge Eating Disorder

CIM 10 : Classification internationale des Maladies ; dixième révision

DSM-IV : Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders ; quatrième édition

DSM-V : Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders ; cinquième édition

EDNOS : Eating Disorder Not Otherwise Specified

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporel

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MRUN : Maternité Régionale Universitaire de Nancy

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

# SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
GLOSSAIRE.....	3
SOMMAIRE.....	4
INTRODUCTION.....	5
MATERIEL ET METHODE.....	7
1. TYPE D'ÉTUDE.....	7
2. OUTIL DE RECUEIL DES DONNÉES.....	8
RESULTATS.....	10
1. INCLUSION .....	10
2. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION .....	10
3. IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE .....	17
DISCUSSION.....	25
1. ANALYSE DES RÉSULTATS OBTENUS .....	25
2. LES LIMITES .....	28
CONCLUSION.....	30
BIBLIOGRAPHIE.....	31
TABLE DES MATIERES.....	33
ANNEXES.....	34

# INTRODUCTION

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un comportement alimentaire qualifié de « normal » assure le maintien d'un bien être physique, mental et social. Les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) sont des comportements alimentaires qui induisent des troubles somatiques et psychologiques. Ils sont considérés comme des addictions comportementales [1]. Les TCA les plus fréquents sont l'anorexie, la boulimie et les formes non spécifiées.

L'anorexie est caractérisée par (DSM-V) :

- l'impossibilité de maintenir un poids corporel normal
- une peur intense de prendre du poids, alors que le poids est inférieur à la normale
- l'altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps

L'anorexie d'apparition tardive, appelée « anorexie de l'adulte », concerne les formes qui surviennent après l'âge de 25 ans. La décompensation apparaît à la suite d'un événement bouleversant, pas nécessairement négatif.

La boulimie est décrite comme un désordre psycho comportemental complexe, essentiellement féminin. Ce syndrome est caractérisé par (CIM-10) :

- des accès répétés d'absorption de grandes quantités de nourriture en peu de temps (hyperphagie)
- une préoccupation excessive du contrôle du poids corporel, conduisant à une alternance d'hyperphagie et de vomissements ou d'utilisation de laxatifs

Les crises de boulimie sont déclenchées par des émotions négatives [2].

Les TCA non spécifiés regroupent des symptômes alimentaires ne répondant pas à tous les critères des troubles alimentaires définis auparavant, mais qui sont source de dysfonctionnements social, familial ou professionnel. Selon le DSM-IV, ces TCA sont aussi appelés Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS).

On retrouve les formes incomplètes de l'anorexie et la boulimie, les vomissements provoqué sans compensation de compulsions alimentaires (Purging disorder), les Night eating syndromes, ainsi que les formes de boulimie sans vomissement, qui entraînent un surpoids, appelé d'après le DSM-V : le Binge Eating Disorder (BED).

D'après la littérature de Hoek (2003) l'incidence moyenne de l'anorexie mentale dans la population générale est de 8 pour 100 000 [6]. D'après l'étude de Hudson datant de 2010, la prévalence de l'anorexie dans la population générale est de 0,9% à 1,5% [14]. Cette prévalence est significativement plus élevée chez les jeunes femmes par rapport aux hommes [2]. Le sex ratio est de 1 garçon pour 4 filles [3].

La boulimie touche surtout les jeunes filles (1 garçon pour 9 filles) [3]. Dans la revue de littérature de Hoek (2003) et l'étude de Hudson et al. (2007), la prévalence de la boulimie dans la population générale est estimée entre 1 et 1,5%. Hoek rapporte une incidence dans les pays occidentaux de 12 pour 100 000 habitants [6] [7].

Concernant les TCA non spécifiés la prévalence des EDNOS est de plus de 4%. La prévalence pour le BED est de 1% [6] [8].

Les TCA touchent 5 à 7% des femmes en âge de procréer [5]. Selon les études, le taux de grossesse chez des femmes ayant des antécédents d'anorexie mentale est de 15 à 87%. L'âge moyen du premier accouchement est plus élevé. Les grossesses sont plus planifiées, en accord avec un plus grand besoin de maîtrise. Pour les obstétriciens Lemberg et Philips (1989), les grossesses de femmes ayant des TCA sont considérées à haut risque du fait des conséquences d'une éventuelle malnutrition : anémie, infections urinaires, hypoprotidémie et œdèmes [13]. Une anorexie sévère pendant la grossesse expose le fœtus au risque de malnutrition. Le nouveau né hypotrophe risque une augmentation de la mortalité périnatale, une hypoxie et des hypoglycémies [4]. D'après l'étude de Micali de 2007, la donnée la plus constante est celle du petit poids de naissance pour l'âge gestationnel. De plus cette étude tend à montrer que le poids de naissance dépend aussi de l'Indice de Masse Corporel (IMC) maternel avant la conception [10] [11]. Certaines études montrent que les complications obstétricales rencontrées, sont plus fréquentes chez les femmes anorexiques que dans la population générale [4]. Contrairement aux études menées par Blais en 2000 et Franko en 2001, qui concluent à des grossesses se déroulant normalement [12]. La revue de la littérature de Holderness (1994) a révélé que 10% des patientes souffrant d'anorexie restrictive et 40% des patientes boulimiques présentaient une co-addiction [9].

Selon Abraham (1998), Morgan (1999) et Mazzeo (2006), les femmes présentant des TCA représentent une population à haut risque de souffrir de dépression du post partum. L'existence d'antécédents de TCA constitue un facteur de risque du développement de dépression du post partum. Après la naissance les jeunes mères rencontrent des difficultés autour des repas, notamment la difficulté de la mise en place de l'allaitement. Pour les femmes atteintes de TCA, la grossesse est une période de restructuration psychique à risque, dont il faut tenir compte. Le dépistage de ces troubles permettrait une prise en charge optimale de la grossesse et du post partum.

Il existe dans différents pays, la mise en place de questionnaires rapides permettant d'identifier les femmes enceintes à risque de trouble du comportement alimentaire. Le questionnaire SCOFF-F créé par Morgan et coll. en 1999, comporte cinq questions, qui permettent de détecter la possible existence d'un trouble alimentaire. Deux réponses positives indiquent une marque de trouble du comportement alimentaire avec une sensibilité à 100% et une spécificité à 87,5% [15]. Ce test a la même validité qu'il soit passé à l'oral ou à l'écrit. L'intérêt de ce questionnaire réside en sa faisabilité et sa compréhension. Il reste donc facile à conduire pour les praticiens non spécialistes des TCA. Ce questionnaire a été étalonné dans divers pays tels que l'Espagne, le Royaume unis, la Suède et le Japon [16] [17].

L'objectif principal de cette étude est de mesurer la prévalence des femmes à risque de TCA, parmi les femmes enceintes, venant en consultation à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy (MRUN) durant une période allant du mois d'août 2016 au mois d'octobre 2016 à partir du questionnaire SCOFF-F. L'objectif secondaire est d'établir les facteurs associés au risque de TCA chez les femmes enceintes venant en consultation à la MRUN sur cette période.

Les hypothèses sont les suivantes : les TCA sont fréquents, sous estimés et le dépistage est insuffisant ; l'utilisation d'un outil validé permettrait d'identifier simplement ces patientes et de révéler des TCA non connus auparavant. Nous supposons qu'il existe des facteurs associés à ce risque de TCA.

# MATERIEL ET METHODE

## 1 TYPE D'ÉTUDE

### 1.1 Schéma et caractéristiques de l'étude

L'étude est constituée de deux phases. La première étape consiste en la collecte des réponses du questionnaire SCOFF-F distribué aux patientes enceintes venant consulter à la MRUN. Ces questionnaires sont distribués par les secrétaires de consultation. Ainsi la patiente pourra répondre, si elle le souhaite, aux questions posées dans la salle d'attente. La patiente déposera le questionnaire dans une boîte aux lettres présente dans la salle d'attente et mise à disposition pour cette étude. (Annexe I)

La seconde étape correspond à l'analyse des questionnaires. Le but étant d'analyser les facteurs associés au risque de TCA. Pour cela il faut identifier les patientes à risque de TCA c'est-à-dire celle ayant un score supérieur ou égal à 2, puis étudier leurs renseignements cliniques.

Il s'agit ainsi d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive et analytique transversale, unicentrique.

### 1.2 Population et échantillonnage

#### 1.2.1 Description de la population

La population ciblée concerne les femmes enceintes parlant français, venant en consultation à la MRUN pendant la période de août 2016 à octobre 2016.

Sont exclues de l'étude, les femmes enceintes n'ayant pas une bonne connaissance de la langue française. Ce critère d'exclusion permet d'assurer une bonne compréhension des questions posées.

#### 1.2.2 Méthode d'échantillonnage

L'échantillonnage se fait sur la base du volontariat ; il est dit de commodité. En effet toutes les femmes enceintes venant consulter à la MRUN auront la possibilité, si elles le souhaitent, de répondre au questionnaire.

#### 1.2.3 Critère de jugement principal et secondaire

Le critère de jugement principal est la présence de TCA chez les patientes.

Les critères secondaires, dans le cas de cette étude, sont des facteurs de risque. En effet l'objectif secondaire de cette étude est de mettre en évidence des facteurs associés au risque de TCA, tels que l'âge, la situation familiale et professionnelle, la gestité/parité, l'âge de la grossesse en semaine d'aménorrhée, l'IMC, les addictions, les antécédents médicaux et chirurgicaux et la présence d'un traitement chez la patiente.



## **2 OUTIL DE RECUEIL DES DONNÉES**

### **2.1 Méthodologie de recueil des données**

#### **2.1.1 Variables recueillies**

Les variables recueillies pour répondre à l'objectif principal et l'objectif secondaire de cette étude sont qualitatives. Le risque de TCA est mesuré par l'intermédiaire des réponses données au questionnaire SCOFF-F. Ce questionnaire se compose de cinq questions. Les réponses obtenues sont codifiées : oui équivaut à un et non à zéro. Une patiente présentant un score supérieur ou égal à deux est à risque de TCA.

Pour répondre à l'objectif secondaire, les variables socio-démographiques, telles que l'âge, la profession, la situation familiale, les variables médicales générales telles que l'IMC, les addictions (tabac, alcool, autre), présence de traitement, les données obstétricales concernant la gestité, la parité, l'âge de la grossesse en semaine d'aménorrhée et les antécédents médicaux et chirurgicaux seront étudiées chez les patientes présentant un score supérieur ou égal à deux.

#### **2.1.2 Procédure de minimisation des biais**

La MRUN étant un centre de niveau 3, il existe donc un biais de sélection. Les autres maternités de Meurthe et Moselle et de niveau inférieur n'ont pas souhaité participer à cette étude. Le recrutement exhaustif de toutes les patientes remplissant les critères d'inclusion sera mis en place pour minimiser le biais de sélection.

Le biais de mesure, qui se caractérise ici par un problème de compréhension du questionnaire, est minimisé en ne prenant en compte que les patientes enceintes présentant une bonne compréhension de la langue française. Ainsi les patientes remplissant le questionnaire et n'ayant pas une connaissance du français seront exclues de l'étude.

De plus, la validité et fiabilité des mesures, la standardisation des procédures et le recueil des données seront mis en place pour minimiser ce biais de classement.

Pour minimiser les biais de confusion, sont mis en place des contrôles lors de la planification de l'étude et pendant l'analyse des données. L'ajustement des facteurs de confusion, par l'utilisation de modèles multivariés, permet d'effectuer une analyse optimale des données.

### **2.1.3 Éléments de faisabilité**

Cette étude s'effectue par l'intermédiaire de réponses à un questionnaire distribué aux patientes venant consulter à la MRUN. Le questionnaire se remplit rapidement. En effet la patiente ne donne qu'une réponse (oui ou non) aux cinq questions posées. Les réponses aux questions s'analysent facilement car un minima de deux réponses positives place la patiente dans un groupe à risque de TCA.

## **2.2 Analyse statistique**

Les données recueillies et l'analyse statistique sont traitées à l'aide du logiciel informatique Epidata 3.1. Les questionnaires possédant des données manquantes sont exclus de l'étude. L'étude se compose de variables qualitatives. Le test statistique du Khi 2 a été utilisé pour calculer des corrélations entre variables. Ce test a été utilisé puisque les tableaux d'effectifs des variables qualitatives à étudier contiennent des effectifs supérieurs à  $n=5$ . Le seuil de significativité est de 95%. Des histogrammes et diagrammes ont été réalisés pour les variables qualitatives.

## **2.3 Aspects réglementaires et éthiques**

Pour réaliser cette étude, aucun organisme éthique ne doit être consulté. En effet cette étude respecte l'anonymisation et la sécurité des données recueillies.

# RESULTATS

## 1 INCLUSION

Figure 1 : Diagramme d'inclusion.

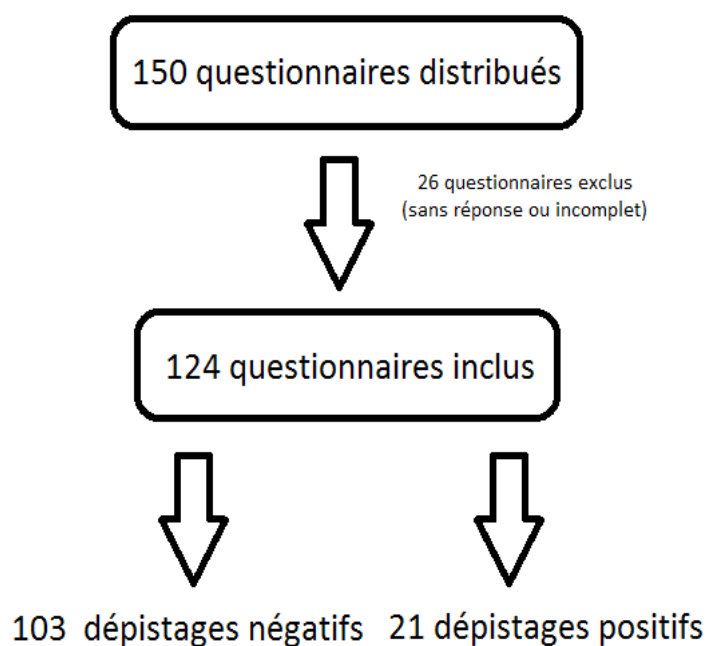


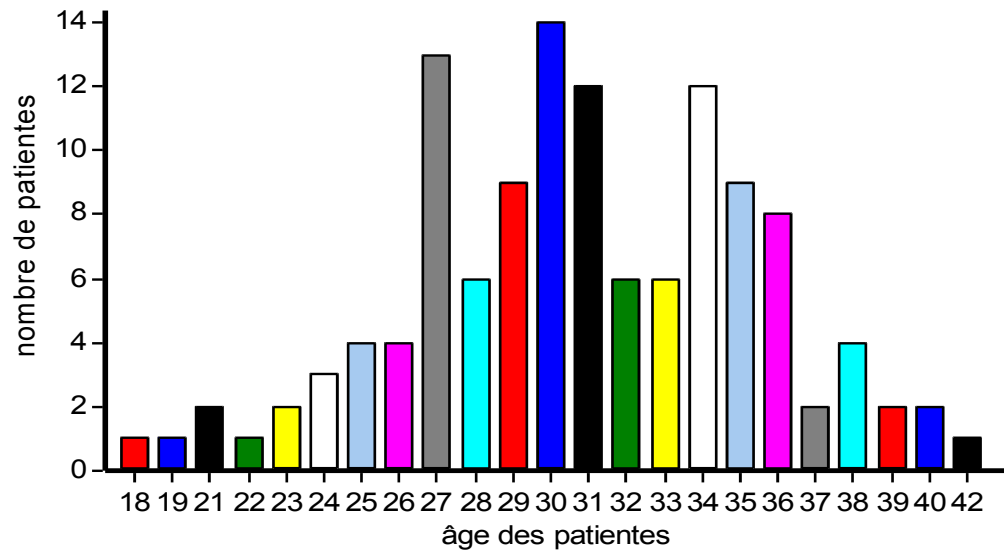
Figure 1 : Diagramme d'inclusion.

Sur 150 questionnaires distribués, 124 questionnaires ont été inclus, soit un taux de participation de 82,7%. Les 26 questionnaires qui ont été exclus étaient incomplets ou sans réponse.

## 2 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

La taille de l'échantillon de cette étude est de 124 patientes, dont 103 patientes ayant un dépistage négatif et 21 patientes ayant un dépistage positif.

## Distribution de l'âge dans la population étudiée



EpiData Analysis Graph

Variable	N=124	Sum	Mean	(95% cfi)	Min	p5	p10	p25	Median	p75	p90	p95	Max
age	124	3822.00	30.82	30.01 31.64	18.00	23.00	25.00	27.25	31.00	34.00	36.00	38.00	42.00

Figure 2 : Distribution de l'âge dans la population étudiée d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Box Plot								
	N	Min	P10	P25	Median	P75	P90	Max
âge gestationnel	124	9	15	22	31	36	38	40

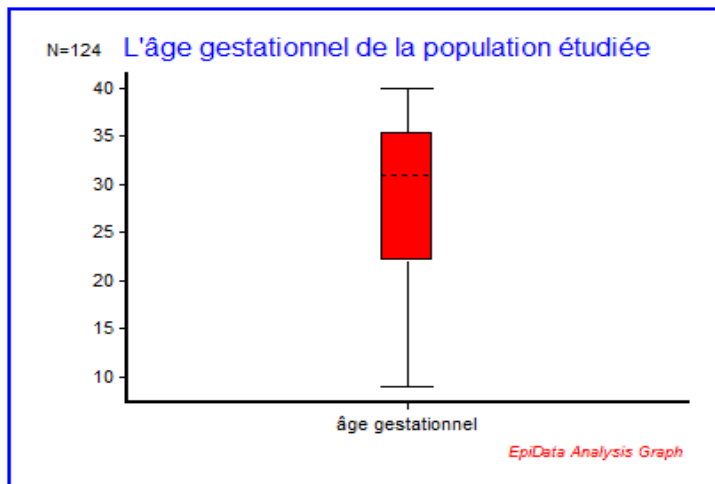


Figure 3 : Répartition de l'âge gestationnel dans la population étudiée d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Tableau 1 : Répartition de la parité dans la population étudiée d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

	<b>parité</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>0</b>	54	43.5
<b>1</b>	48	38.7
<b>2</b>	16	12.9
<b>3</b>	5	4.0
<b>6</b>	1	0.8
<b>Total</b>	124	100.0

*Légende : 0 : nullipare ; 1 : primipare ; 2 : secondepare ; 3 : troisièmepare ; 6 : sixième-pare*

Tableau 2 : Répartition de la gestité dans la population étudiée d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

	<b>gestité</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>1</b>	37	29.8
<b>2</b>	36	29.0
<b>3</b>	29	23.4
<b>4</b>	12	9.7
<b>5</b>	5	4.0
<b>6</b>	2	1.6
<b>7</b>	1	0.8
<b>8</b>	2	1.6
<b>Total</b>	124	100.0

*Légende : 1 : primigeste ; 2 : secondegeste ; 3 troisièmegeste ; 4 : quatrièmegeste ; 5 : cinquièmegeste ; 6 : sixièmegeste ; 7 : septièmegeste ; 8 : huitièmegeste*

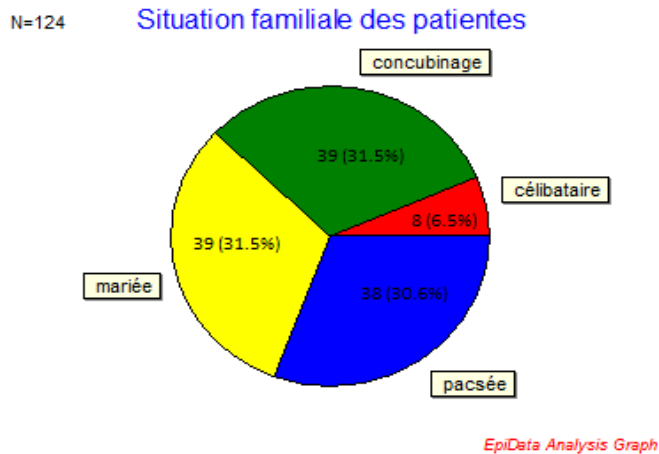


Figure 4 : Diagramme de la situation familiale dans la population étudiée d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

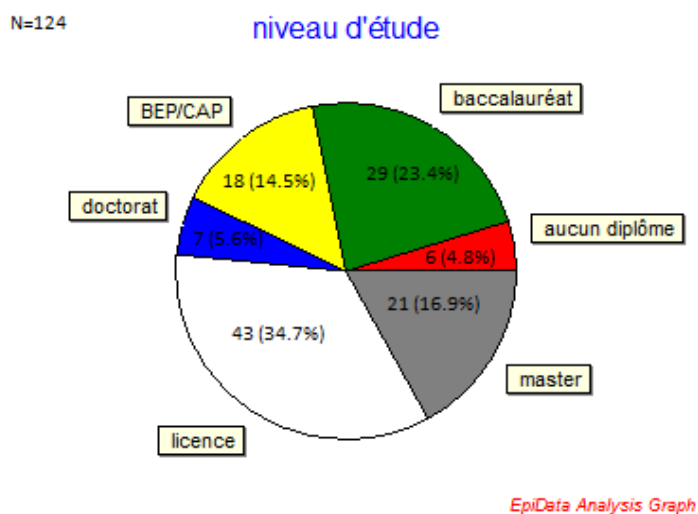


Figure 5 : Diagramme présentant les différents niveaux d'étude dans la population étudiée d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

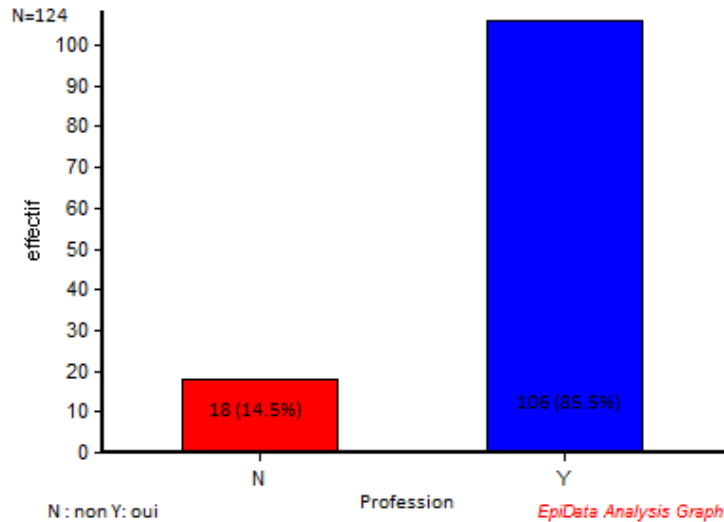


Figure 6 : Histogramme présentant la possession d'un emploi dans la population étudiée d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Tableau 3 : Distribution de l'Indice de Masse Corporel (IMC) dans la population étudiée d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. (Annexe III)

<b>interprétation de l'IMC</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>normal</b>	78	62.9
<b>surpoids</b>	30	24.2
<b>obésité de type 1</b>	9	7.3
<b>maigreur</b>	3	2.4
<b>obésité de type 3</b>	3	2.4
<b>obésité de type 2</b>	1	0.8
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100.0</b>

Tableau 4 : Distribution de la prise de poids selon les recommandations de la HAS dans la population étudiée d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

<b>interprétation de la prise de poids selon l'âge gestationnel</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>supérieure</b>	77	62.1
<b>normale</b>	26	21.0
<b>inférieure</b>	21	16.9
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100.0</b>

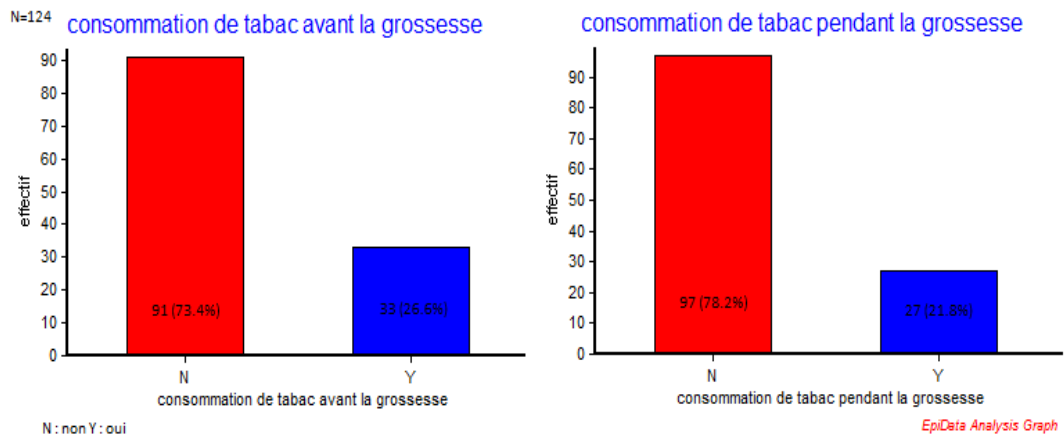


Figure 7 : Histogramme présentant la consommation de tabac avant et pendant la grossesse dans la population étudiée d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Tableau 5 : Corrélation de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse dans la population étudiée d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

<b>consommation alcool avant la grossesse</b>					
<b>consommation alcool pendant la grossesse</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Y</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
<b>N</b>	10	(47.6)	11	(52.4)	21 (100.0)
<b>Total</b>	10	(47.6)	11	(52.4)	21

Percents: (Row) N : non Y : oui

$\chi^2 = 2.9099$  df( 1)  $p = 0.0880$  - 2 ties

Corrected for Ties:  $\chi^2 = 3.9837$  Df( 1)  $p = 0.0459$

Tableau 6 : Répartition des addictions dans la population étudiée d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

<b>Addictions</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>N</b>	123	99.2
<b>Y</b>	1	0.8
<b>Total</b>	124	100.0

N : non Y : oui



Tableau 7 : Présentation des différentes pathologies antérieures à la grossesse dans la population étudiée d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

<b>maladies antérieures</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>hypothyroïdie</b>	4	21.1
<b>asthme</b>	4	21.1
<b>hépatite B</b>	1	5.3
<b>hyperthyroïdie</b>	1	5.3
<b>microadénome hypophysaire</b>	1	5.3
<b>lupus</b>	1	5.3
<b>leucémie</b>	1	5.3
<b>diabète type 1</b>	1	5.3
<b>dépression</b>	1	5.3
<b>anorexie</b>	1	5.3
<b>fibromes utérins</b>	1	5.3
<b>épilepsie</b>	1	5.3
<b>endométriose</b>	1	5.3
<b>Total</b>	19	100.0

Tableau 8 : Présentation des différentes pathologies en cours pendant la grossesse dans la population étudiée d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

<b>maladies actuelles</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>hypothyroïdie</b>	6	66.7
<b>diabète gestationnel</b>	2	22.2
<b>hyperthyroïdie</b>	1	11.1
<b>Total</b>	9	100.0

### 3 IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE

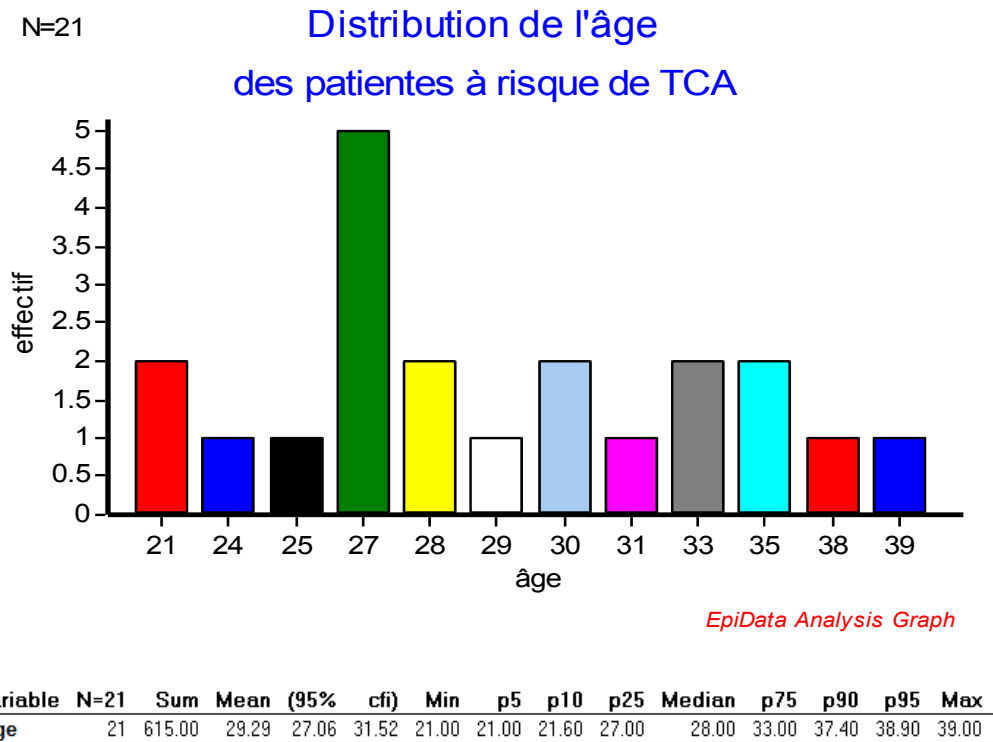


Figure 8 : Distribution de l'âge dans la population à risque de TCA d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

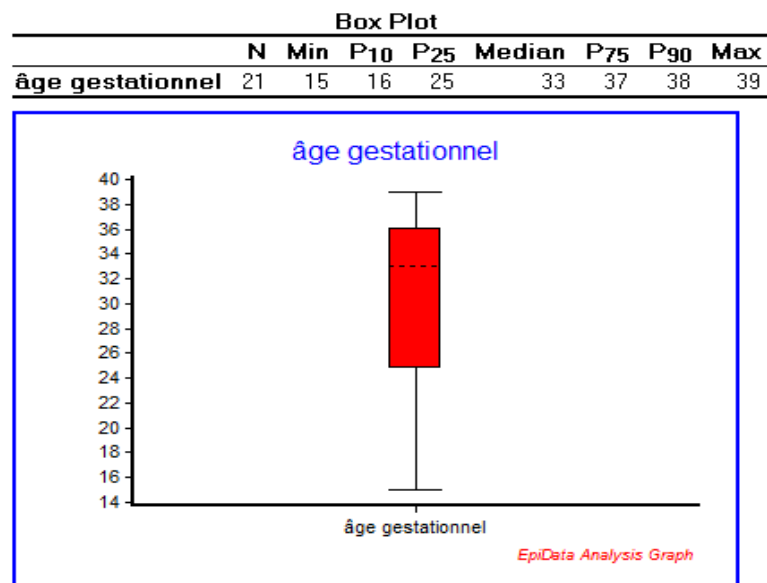


Figure 9 : Répartition de l'âge gestationnel dans la population à risque de TCA d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Tableau 9 : Répartition de la parité dans la population à risque de TCA d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

parité		
	N	%
<b>0</b>	12	57.1
<b>1</b>	8	38.1
<b>2</b>	1	4.8
<b>Total</b>	21	100.0

Légende : 0 : nullipare ; 1 : primipare ; 2 : deuxièmepare

Tableau 10 : Répartition de la gestité dans la population à risque de TCA d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

gestité		
	N	%
<b>2</b>	7	33.3
<b>1</b>	7	33.3
<b>4</b>	3	14.3
<b>3</b>	3	14.3
<b>8</b>	1	4.8
<b>Total</b>	21	100.0

Légende : 1 : primigeste ; 2 : deuxièmegeste ; 3 : troisièmegeste ; 4 : quatrièmegeste ; 8 : huitièmegeste

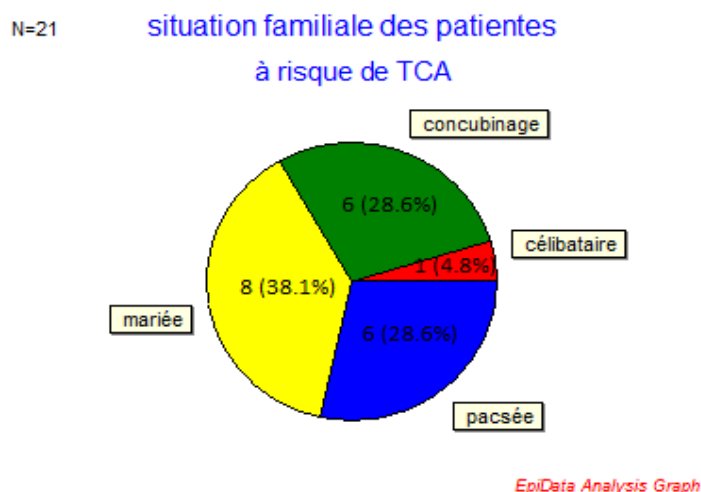
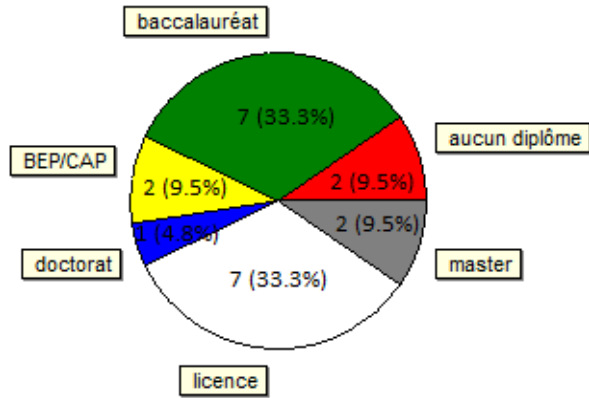


Figure 10 : Diagramme de la situation familiale dans la population à risque de TCA d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

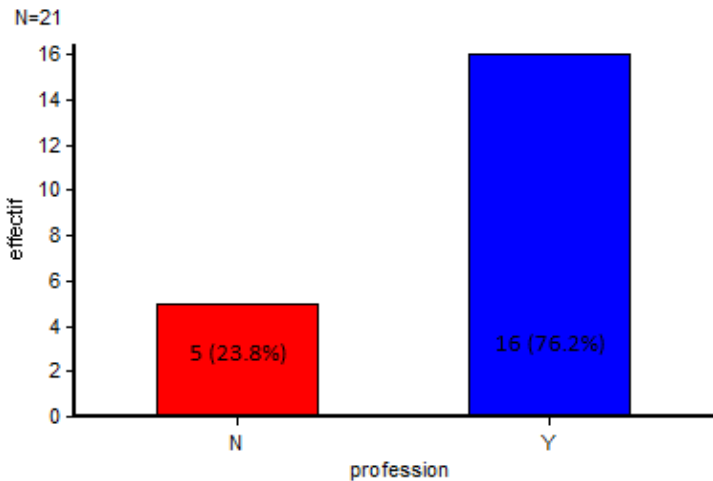
N=21

### Niveau d'étude des patientes à risque de TCA



EpiData Analysis Graph

Figure 11 : Diagramme présentant les différents niveaux d'étude dans la population à risque de TCA d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.



EpiData Analysis Graph

Figure 12 : Histogramme présentant la possession d'un emploi dans la population à risque de TCA d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Tableau 11 : Distribution de l'IMC dans la population à risque de TCA d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. (Annexe III)

interprétation de l'IMC		
	N	%
<b>normal</b>	11	52.4
<b>surpoids</b>	7	33.3
<b>obésité de type 1</b>	2	9.5
<b>obésité de type 2</b>	1	4.8
<b>Total</b>	21	100.0

Tableau 12 : Distribution de la prise de poids selon les recommandations de la HAS dans la population à risque de TCA d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

interprétation de la prise de poids selon l'âge gestationnel		
	N	%
<b>supérieure</b>	16	76.2
<b>normale</b>	4	19.0
<b>inférieure</b>	1	4.8
<b>Total</b>	21	100.0

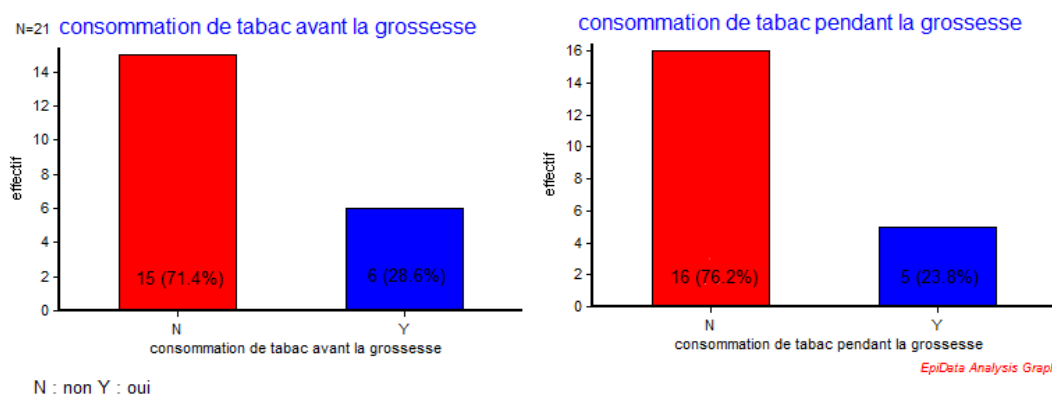


Figure 13 : Histogramme présentant la consommation de tabac avant et pendant la grossesse dans la population à risque de TCA d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Tableau 13 : Consommation d'alcool avant et pendant la grossesse dans la population à risque de TCA d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

<b>consommation alcool pendant la grossesse</b>			
<b>consommation alcool avant la grossesse</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
<b>N</b>	10 (100.0) {47.6} [47.6]		10 (100.0) {47.6} [47.6]
<b>Y</b>	11 (100.0) {52.4} [52.4]		11 (100.0) {52.4} [52.4]
<b>Total</b>	21 (100.0) {100.0} [100.0]		21
Percents: (Row) {Col} [Total]			N : non Y : oui

Chi<sup>2</sup> = 0.1240 df( 1) p= 0.7248 - 1 ties

Corrected for Ties: Chi<sup>2</sup> = 0.9091 Df( 1) p= 0.3404

Tableau 14 : Répartition des addictions dans la population à risque de TCA d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

<b>Addictions</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>N</b>	20	95.2
<b>Y</b>	1	4.8
<b>Total</b>	21	100.0

Tableau 15 : Présentation des différentes pathologies antérieures à la grossesse dans la population à risque de TCA d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

<b>maladies antérieures</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>hépatite B</b>	1	20.0
<b>lupus</b>	1	20.0
<b>diabète type 1</b>	1	20.0
<b>anorexie</b>	1	20.0
<b>dépression</b>	1	20.0
<b>Total</b>	5	100.0

Tableau 16 : Présentation des différentes pathologies en cours pendant la grossesse dans la population à risque de TCA d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

<b>maladies actuelles</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>hyperthyroïdie</b>	1	25.0
<b>hypothyroïdie</b>	1	25.0
<b>diabète gestationnel</b>	1	25.0
<b>diabète type 1</b>	1	25.0
<b>Total</b>	4	100.0

Tableau 17 : Présentation des différents facteurs de risque et leurs significativités dans la population étudiée d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

	<b>Population générale n (%)</b>	<b>Population à risque de TCA n (%)</b>	<b>p*</b>
<b>Parité</b>			
nullipare	54 (43.5%)	12 (57.1%)	0,1431
secondepare	16 (12.9%)	1 (4.8%)	0,4676
<b>Gestité</b>			
primigeste	37 (29.8%)	7 (33.3%)	0,0637
huitièmegeste	2 (1.6%)	1 (4.8%)	0,4914
<b>Situation familiale</b>			
Célibataire	8 (6.5%)	1 (4.8%)	0,1511
Concubinage/ Mariée/pacsée	116 (93.5%)	20 (95.2%)	0,0117
<b>Niveau d'étude</b>			
Aucun diplôme	6 (4.8%)	2 (9.5%)	0,3351
BEP/CAP	18 (14.5%)	2 (9.5%)	0,0695
université	71 (80.7%)	17 (81%)	0,0911
<b>Profession</b>			
oui	106 (85.5%)	16 (76.2%)	0,0639
non	18 (14.5%)	5 (23.8%)	0,2416
<b>IMC</b>			
normal	78 (62.9%)	11 (52.4%)	0,0962
surpoids	30 (24.2%)	7 (33.3%)	0,1670
Obésité type 1	9 (7.3%)	2 (9.5%)	0,1428
Obésité type 2	1 (0.8%)	1 (4.8%)	0,7139

	Population générale n (%)	Population à risque de TCA n (%)	p*
<b>Prise de poids</b>			
normale	26 (21.0%)	4 (19.0%)	0,0413
supérieure	77 (62.1%)	16 (76.2%)	0,1736
inférieure	21 (16.9%)	1 (4.8%)	0,5651
<b>Tabac</b>			
avant grossesse	33 (26.6%)	6 (28.6%)	0,0472
pendant grossesse	27 (21.8%)	5 (23.8%)	0,0481
<b>Alcool</b>			
avant grossesse	72 (58.1%)	11 (52.4%)	0,0459
pendant grossesse	2 (1.6%)	0 (0.0%)	0,3404
<b>Addictions</b>			
oui	1 (0.8%)	1 (4.8%)	0,0237
non	123 (99.2%)	20 (95.2%)	0,7151
<b>Maladies antérieures</b>			
anorexie	1 (5.3%)	1 (20.0%)	0,7151
diabète type 1	1 (5.3%)	1 (20.0%)	0,7151
dépression	1 (5.3%)	1 (20.0%)	0,7151
<b>Maladies actuelles</b>			
hyperthyroïdie	1 (11.1%)	1 (25.0%)	0,7151
hypothyroïdie	6 (66.7%)	1 (25.0%)	0,1146
Diabète gestationnel	2 (22.2%)	1 (25.0%)	0,4972

\*test du Khi-2

Tableau 18 : Corrélation des patientes à risque de TCA avant et depuis la grossesse dans la population à risque de Trouble du Comportement Alimentaire (TCA) d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

<b>Patiente à risque de TCA avant la grossesse</b>					
Patiente à risque de TCA depuis la grossesse	N	%	Y	%	Total
<b>N</b>	0	(0.0) {0.0} [0.0]	3	(100.0) {27.3} [14.3]	3 (100.0) {14.3} [14.3]
<b>Y</b>	10	(55.6) {100.0} [47.6]	8	(44.4) {72.7} [38.1]	18 (100.0) {85.7} [85.7]
<b>Total</b>	10	(47.6) {100.0} [47.6]	11	(52.4) {100.0} [52.4]	21
Percents: {Row} {Col} [Total]					N : non Y : oui

$\chi^2 = 1.8409$  df( 1) p= 0.1748 - 2 ties

Corrected for Ties:  $\chi^2 = 2.3430$  Df( 1) p= 0.1258



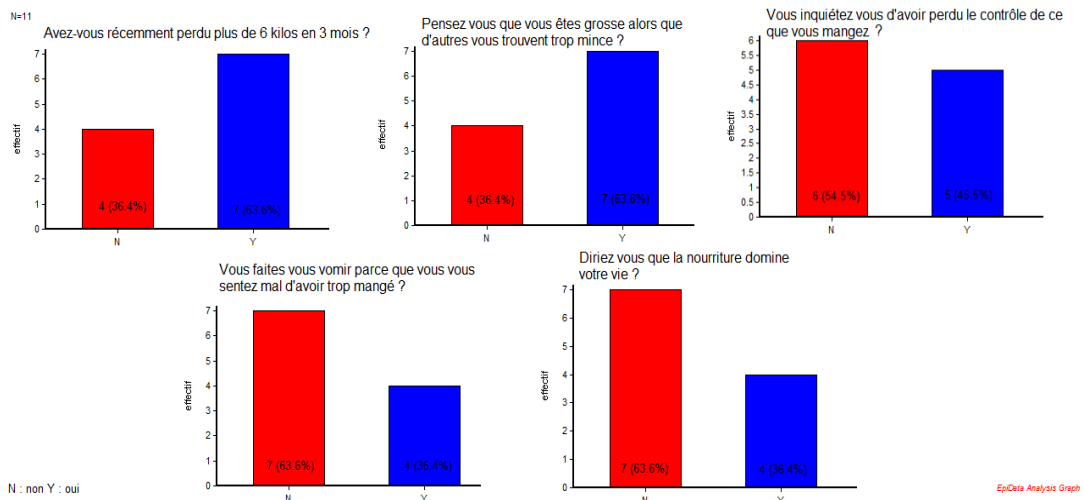


Figure 14 : Répartition des réponses des items du questionnaire SCOFF-F dans la population à risque de Trouble du Comportement Alimentaire (TCA) **avant la grossesse** d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

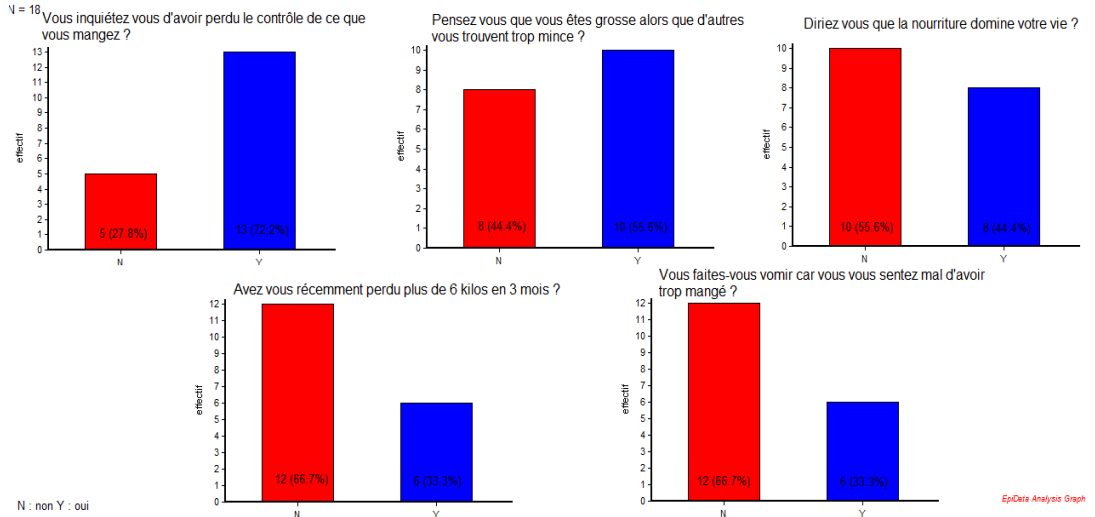


Figure 15 : Répartition des réponses des items du questionnaire SCOFF-F dans la population à risque de Trouble du Comportement Alimentaire (TCA) **depuis la grossesse** d'août à octobre 2016 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

# DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude est de mesurer la prévalence des suspicions de TCA, chez les femmes enceintes, venant en consultation à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy durant la période du mois d'août 2016 au mois d'octobre 2016. L'objectif secondaire est d'établir les facteurs associés au risque de TCA chez les femmes enceintes venant en consultation à la MRUN sur la période d'août à octobre 2016.

Les hypothèses sont les suivantes : les TCA sont fréquents, sous estimés et le dépistage est insuffisant ; l'utilisation d'un outil validé permettrait d'identifier simplement ces patientes et de révéler des TCA non connues auparavant. Nous supposons qu'il existe des facteurs associés à ce risque de TCA.

En menant cette étude nous avons tenté de répondre aux questions préalablement posées. L'analyse des résultats obtenus nous permettra alors de confirmer, d'infirmer ou de nuancer nos hypothèses. Nous évoquerons par la suite les limites de cette étude.

## 1 ANALYSE DES RÉSULTATS OBTENUS

Sur 150 questionnaires distribués, 124 questionnaires ont été analysés, soit un taux d'inclusion de 82,7%. Les 26 questionnaires qui ont été exclus étaient incomplets ou sans réponse. La taille de l'échantillon de cette étude est de 124 patientes. On compte 103 patientes ayant un dépistage négatif et 21 patientes présentant un dépistage positif. Pour répondre à l'objectif principal de notre étude, la prévalence de patientes à risque de TCA est de 16,9%.

D'après les données de Micali datant de 2007, les TCA touchent 5 à 7% des femmes en âge de procréer et le taux de grossesse chez des femmes ayant des antécédents d'anorexie mentale est de 15 à 87%. Les données de notre étude, issues de la mise en place du questionnaire SCOFF-F, au sein de la MRUN, nous donne un taux de femmes à risque de TCA plus élevé.

### 1.1 Population générale

Les caractéristiques sociales, comportementales et médicales de notre population d'étude sont les suivantes.

Concernant l'âge de la population, la moyenne est de 30,85 ans et la médiane de 31 ans avec une étendue allant de 18 à 42 ans. D'après l'histogramme qui montre la distribution de l'âge, nous constatons qu'il y a plus de patientes âgées de 30 et 27 ans.

La médiane de l'âge gestationnel se situe à 31 SA ; L'étendue va de 9 SA à 40 SA.

En s'intéressant à la parité et la gestité de notre population, nous remarquons que 54 (43,5%) patientes sont nullipares et 37 (29,8%) sont primigestes.

Concernant la situation familiale des patientes, la majorité est en couple.

Seulement 6 (4,8%) patientes ne possèdent pas de diplôme. La majorité des patientes a un diplôme supérieur : en effet, 71 (57,2%) patientes ont un niveau licence, master ou doctorat.

La majorité des patientes travaillent. En effet, 106 (85,5%) femmes possèdent un emploi contre 18 (14,5%) qui sont sans emploi.

D'après le classement de la Haute Autorité de Santé (HAS), 78 (62,9%) patientes de notre étude, soit la majorité, ont un IMC normal. On identifie 30 (24,2%) patientes en surpoids, 9 en obésité de type 1, (7,3%), 3 (2,4%) en maigreur, 3 (2,4%) en obésité type 3 et 1 (0,8%) en obésité type 2.

Si nous nous référons aux recommandations de la HAS, concernant les caractéristiques de la prise de poids selon les mois de grossesse, nous identifions dans notre population d'étude, 77 (62,1%) femmes présentant une prise de poids supérieure aux recommandations, 26 (21%) patientes dans les normes et 21 (16,9%) patientes ayant une prise de poids insuffisante.

Concernant la consommation de tabac avant la grossesse, le nombre de fumeuses est inférieur au nombre de non fumeuses. En effet avant la grossesse, 91 (73,4%) femmes sont non fumeuses contre 33 (26,6%) femmes fumeuses. Sur les 33 patientes ayant une consommation de tabac avant la grossesse, 27 patientes poursuivent l'intoxication tabagique pendant la grossesse. Pendant la grossesse il y a donc 97 (78,2%) patientes non fumeuses. La population est majoritairement non fumeuse.

Concernant la consommation d'alcool, 2 patientes continuent à consommer de l'alcool pendant leur grossesse. Une patiente présente une addiction autre que le tabac ou l'alcool.

Dix-neuf (15,3%) patientes décrivent des pathologies antérieures à la grossesse. On retrouve un même nombre de patiente atteinte d'hypothyroïdie et d'asthme, soit 4 (21,1%) femmes. Par ailleurs une patiente présente des antécédents de dépression et une autre patiente, des antécédents d'anorexie.

Neuf (7,3%) patientes présentent des maladies survenues pendant la grossesse. Six (66,7%) développent une hypothyroïdie, 2 (22,2%) un diabète gestationnel et 1 (11,1%) une hyperthyroïdie au moment de l'étude.

## **1.2 Patientes à risque de TCA**

L'âge moyen est de 29,29 ans, la médiane est de 28 ans et l'étendue est de 21 à 39 ans. D'après l'histogramme présentant la distribution de l'âge des patientes à risque de TCA, nous constatons plus de patientes âgées de 27 ans, soit 5 patientes.

D'après les études, l'âge moyen du premier accouchement des patientes à risque de TCA est plus élevé. Les grossesses sont plus planifiées, en accord avec un plus grand besoin de maîtrise.

Dans notre étude, nous constatons une moyenne et une médiane inférieure à notre population générale. Mais l'âge des patientes à risque de TCA présente une étendue réduite par rapport à la population générale, nous ne retrouvons pas les données des études.

La médiane de l'âge gestationnel est de 33 SA et son étendue va de 15 SA à 39 SA. Le premier trimestre de grossesse est marqué par une symptomatologie telle que nausées, vomissement, douleur mammaire, asthénie. Les modifications corporelles surviennent en grande partie au deuxième trimestre et s'accroissent tout au long de la grossesse. Ce changement physique engendre chez les femmes une prise de conscience de l'état de grossesse et peut provoquer des TCA. Les deuxièmes et troisièmes trimestres seraient donc des périodes plus à risque de TCA.

Douze (57,1%) patientes sont nullipares et nous retrouvons autant de patientes deuxième gestes et primigestes, soit un nombre de 7 (33,3%) . Cette population à risque de TCA présente donc une gestité plus élevée par rapport à la parité que la population d'étude, ce qui signifie plus de fausses couches et/ou IVG. Pour les obstétriciens Lemberg et Philips (1989), les grossesses de femmes ayant des TCA sont considérées à haut risque du fait des conséquences d'une éventuelle malnutrition. En effet, une carence alimentaire a un effet péjoratif pour le bon déroulement d'une grossesse.

Concernant la situation socio-professionnelle des patientes : 8 (38,1%) femmes sont mariées, 6 (28,6%) vivent en concubinage et 6 (28,6%) sont pacsées. D'après le test statistique du Khi 2, nous retrouvons une différence significative ( $p = 0,0117$ ) concernant le pourcentage plus élevé de patientes en situation de couple dans la population à risque de TCA, soit 20 patientes (95,2%) contre 116 (93,5%) dans la population générale.

Sept (33,3%) femmes ont un niveau licence et 7 (33,3%) ont un niveau baccalauréat. Les patientes possédant un emploi sont au nombre de 16 (76,2%) contre 5 (23,8%) qui n'ont pas de profession. Aucun facteur de risque de précarité sociale ne ressort de notre étude.

D'après le classement de la HAS sur l'interprétation de l'IMC, 11 (52,4%) patientes présentent un IMC normal, 7 (33,3%) patientes sont en surpoids, 2 (9,5%) en obésité de type 1 et 1 (4,8%) patiente en obésité de type 2. Nous remarquons, qu'il y a un pourcentage plus important de patientes en surpoids dans la population à risque de TCA (33,3 % contre 24,2%). D'après l'analyse statistique, nous ne retrouvons pas une différence significative ( $p = 0,1670$ ) ; nous ne pouvons donc pas conclure. D'après les données de notre étude, nous n'observons pas de facteur de risque associé à l'IMC.

D'après les recommandations de la HAS, sur la prise de poids par rapport à l'âge gestationnel, 16 (76,2%) patientes ont une prise de poids supérieure, 4 (19%) ont une prise de poids normale et 1 (4,8%) patiente inférieure. Notre population générale présente une majorité de patientes dont la prise de poids pendant la grossesse est supérieure aux recommandations nationales. C'est au sein des patientes ayant une prise de poids supérieure aux recommandations, qu'il y a le plus de patientes à risque de TCA. D'après l'analyse statistique, nous ne retrouvons pas de différence significative ( $p = 0,1736$ ). Une prise de poids au dessus des recommandations pourrait être un marqueur de risque. Une patiente sur les vingt-et-une patientes, dont la prise de poids est inférieure aux recommandations, présente un risque de TCA. Notre travail retrouve moins de TCA parmi les patientes avec une faible prise de poids, le test du Khi 2 ne montre pas de différence significative ( $p = 0,5651$ ). Les données montreraient donc qu'une prise de poids insuffisante par rapport à l'âge gestationnel ne serait pas un facteur de risque de TCA.

Notre étude montre une différence significative concernant la prise de poids normale ( $p = 0,0413$ ). En effet, nous observons un taux de patiente moins élevé à risque de TCA et présentant une prise de poids normale par rapport à la population générale. D'après les données de notre étude une prise de poids normale ne serait donc pas un facteur de risque.

Si nous nous intéressons aux addictions, la consommation de tabac pendant la grossesse concerne 6 (28,6%) patientes contre 15 (71,4%) de patientes non fumeuses. Concernant la consommation de tabac pendant la grossesse nous notons qu'une patiente a arrêté de fumer. D'après le test statistique du Khi 2, nous obtenons une différence significative avant et pendant la grossesse ( $p = 0,0472$  et  $p = 0,0481$ ) . C'est donc parmi les patientes fumeuses que l'on note le plus de patientes à risque de TCA. Aucune patiente à risque de TCA ne consomme d'alcool pendant la grossesse. Une patiente présente une

addiction autre que tabac et alcool. Notre étude montre une différence significative concernant cette donnée ( $p = 0,0237$ ). L'addiction à des substances autre que le tabac et l'alcool serait donc un facteur de risque de TCA. La revue de la littérature de Holderness (1994) a révélé que 10% des patientes souffrant d'anorexie restrictive et 40% des patientes boulimiques présentaient une co-addiction.

Nous notons que dans les maladies antérieures à la grossesse figure chez une patiente un antécédent d'anorexie et chez une autre patiente un antécédent de dépression.

Selon Abraham (1998), Morgan (1999) et Mazzeo (2006), les femmes avec des TCA représentent une population à haut risque de souffrir de dépression du post partum.

Concernant les caractéristiques comportementales, on remarque que la présence d'une addiction autre que tabac ou alcool, des antécédents de dépression, d'anorexie seraient des facteurs de risque de TCA.

### **1.3 Questionnaire SCOFF-F**

D'après les données issues du questionnaire SCOFF-F, nous identifions que 52,4% de patientes à risque de TCA avant la grossesse, contre 85,7% de patientes à risque depuis la grossesse. La grossesse est un bouleversement hormonal, corporel, social, familial, une période d'ambivalence, qui peut faire naître ou renaître de façon consciente ou inconsciente des événements du passé. Par cette analyse, on constate que la grossesse augmenterait le risque de TCA.

Si l'on s'intéresse à la fréquence des items de ce questionnaire de dépistage, on constate qu'avant la grossesse 7 (63,6%) patientes répondent positivement aux deux questions suivantes : Avez vous récemment perdu plus de 6 kilos en 3 mois ? Pensez vous que vous êtes trop grosse alors que d'autres vous trouvent trop mince ?

L'item qui a une fréquence de réponse positive la plus importante chez les patientes à risque de TCA depuis la grossesse est : vous inquiétez vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?

En effet, 13 (72,2%) femmes ont répondu oui à cet item.

## **2 LES LIMITES**

Mon étude est unicentrique et s'est déroulée dans une maternité de niveau 3. Ce type de maternité dispose d'un service de réanimation néonatale et est spécialisé dans le suivi des grossesses pathologiques ou multiples. La population de l'étude n'est donc pas représentative de l'ensemble des femmes enceintes. Malgré la mise en place du recrutement exhaustif de toutes les patientes remplissant les critères d'inclusion, il existe un biais de sélection. Mon effectif étant peu important au regard de la prévalence de la pathologie, il ne nous permet pas toujours d'identifier des facteurs de risque.

Le questionnaire SCOFF-F est non spécifique et n'a pas été créé pour dépister les TCA chez les femmes enceintes, ce qui explique une prévalence plus importante que les données de la littérature. Mais nous savons que des TCA qui existent avant une grossesse peuvent être révélés de façon consciente ou inconsciente pendant la grossesse. De plus, le questionnaire SCOFF-F a pour but de dépister les TCA et non de les diagnostiquer. Or nous savons que le risque obstétrical est différent selon le type de TCA. En effet, une patiente ayant un comportement restrictif présentera un profil carencé, anémié et entraînera une augmentation du risque de fausse couche, de mort in

utero, mort né, d'accouchement prématuré, d'hypotrophie fœtale, de restriction de croissance intra utérine. Contrairement à une patiente présentant un comportement à type d'hyperphagie, qui sera plus à risque d'hypertension artérielle, de pré éclampsie, de diabète, de risque thrombo-embolique et exposera son enfant au risque de macrosomie et ses complications.

Mon étude a été réalisée d'août à octobre 2016, ce qui représente une période courte, engendrant une disparité par rapport aux âges gestationnels. Or nous savons que les modifications corporelles et hormonales ne sont pas identiques selon les trimestres de grossesse.

Lors de l'analyse, nous nous sommes rendus compte que nous ne savions pas si ces patientes à risque de TCA avaient été orientées vers un spécialiste de la nutrition. Il aurait été intéressant de poser cette question pour identifier un éventuel problème de prise en charge.

Aucune patiente ne présente des antécédents de chirurgie bariatrique. Les patientes présentant ce type de chirurgie sont de plus en plus fréquemment rencontrées et présentent un profil à risque de TCA.

Concernant le suivi des patientes à risque de TCA interrogées, il est impossible de connaître le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post partum. Nous ne pouvons donc pas commenter les données de Davan, Andro et Dugnat montrant que les complications obstétricales rencontrées, sont plus fréquentes chez les femmes anorexiques que dans la population générale et les études menées par Blais en 2000 et Franko en 2001, qui concluent à des grossesses se déroulant normalement.

## CONCLUSION

Les TCA ont vu leur prévalence augmenter en particulier dans les pays occidentaux. Les femmes en âge de procréer constituent la population la plus exposée aux TCA même si très peu sont identifiées lors de la grossesse. Les conséquences sur la grossesse, l'enfant à venir ou sur le plan psychologique semblent importantes mais mal connues. Ces constatations rendent l'identification de ces patientes pour les professionnels de santé nécessaire. Cette forme d'addiction comportementale constitue un véritable enjeu de santé publique au regard des conséquences potentiellement graves des TCA.

Cette étude a permis de montrer une prévalence élevée de femmes concernées par les TCA. La mise en place du questionnaire SCOFF-F en anténatal permettrait donc de dépister des femmes enceintes à risque de TCA avant la grossesse et apparus pendant la grossesse et permettrait d'orienter ces patientes vers une consultation spécialisée. En effet, la grossesse constitue un moment particulier durant laquelle la prise en charge médicale est rapprochée. La période anténatale est un moment privilégié pour le dépistage. La compliance des femmes au dépistage et au suivi est plus importante compte tenu de l'intérêt pour le futur bébé. Les changements majeurs, physiques, psychologiques, sociaux occasionnés en période périnatale sont source d'anxiété et de difficultés pour la femme souffrant de TCA. L'identification de ces patientes est actuellement quasi inexistante fondée le plus souvent sur des suspicions, des symptômes rapportés par les femmes ou une fluctuation de poids importante. Concernant l'objectif secondaire de notre étude, on constate que l'âge moyen du premier accouchement est plus élevé. Les patientes à risque de TCA présentent une gestité plus importante par rapport à la parité, de plus les deuxièmes et troisièmes trimestres de grossesse représentent une période plus à risque.

D'après les données de notre étude, nous n'observons pas de facteur de risque associé à l'IMC. Concernant la prise de poids pendant la grossesse, une prise de poids normale ne serait pas un facteur de risque de TCA. Des addictions autres que le tabac et l'alcool représentent des facteurs de risque. Les patientes présentant des antécédents de dépression et ou d'anorexie seraient plus à risque de développer des TCA pendant la grossesse.

L'intérêt d'une évaluation et d'un accompagnement pendant la grossesse et le post partum semble primordial. Il est du rôle de la sage femme et du gynécologue obstétricien de dépister les patientes à risque de TCA pour les orienter vers des spécialistes. Une prise en charge multidisciplinaire est essentielle pour accompagner ces patientes au regard des risques obstétricaux et fœtaux encourus et amorcer une prise en charge des TCA lorsque ceux ci sont diagnostiqués à l'occasion de la grossesse. Chaque intervenant a une place importante aboutissant à un projet de soin global et cohérent. Une sensibilisation sur les TCA est nécessaire et permet d'inciter au dépistage et la création de réseaux de soins.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Sperenza M, Revah-Levy A, Giquel L, Loas G, Venisse J-L, Jeammet P, et al. An investigation of Goodman's Addictive Disorder Criteria in Eating Disorders. *Eur Eat Disord Rev.* mai 2012 ; 20 (3) : 182-9.
- [2] Lamas C, Shankland R, Nicolas I, Guelfi J-D. Les troubles du comportement alimentaire. Paris : Elsevier Masson ; 2012.
- [3] Walters EE, Kendler KS. Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *Am J Psychiatry.* 1995 ; 152 (1) : 64-71.
- [4] Dayan J, Andro G, Dugnat M. Psychopathologie de la périnatalité. Paris : Masson ; 2014
- [5] Micali N, Treasure J, Simonoff E. Eating disorders symptoms in pregnancy : a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. *J Psychosom Res.* 2007;63(3):297-303.
- [6] Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2003 ; 34 (4) : 383-96.
- [7] Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry.* Juillet 2006 ; 19 (4) : 389-94.
- [8] Fairburn CG, Bohn K. Eating disorder NOS (EDNOS) : an exemple of the troublesome « not otherwise specified » (NOS) category in DSM-IV. *Behav Res Ther.* Juin 2005 ; 43 (6) : 691-701.
- [9] Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP. C-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *Int J Eat Disord.* Juillet 1994 ; 16 (1) : 1-34.
- [10] Micali N, Simonoff E, Treasure J. Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *Br J Psychiatry.* janvier 2007 ; 190 (3) : 255-9.
- [11] Eagles JM, Lee AJ, Raja EA, Millar HR, Bhattacharya S. Pregnancy outcomes of women with and without a history of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 2012 ; 42 (12) : 2651-60.
- [12] Franko DL, Bliass MA, Becker AE, Delinsky SS, Greenwood DN, Flores AT, et al. Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am J Psychiatry.* Septembre 2001 ; 158 (9) : 1461-6.
- [13] Lemberg R, Phillips J. The impact of pregnancy on anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of eating disorders.* Mai 1989 ; 8 (3) : 285-295.



[14] Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):348-58.

[15] Cotton MA, Ball C, Robinson P. Four simple questions can help screen for eating disorders. *J. Gen Intern Med*. 2003;18(1):53-6.

[16] Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire : assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*. 1999;319(7223):1467-8.

[17] Perry L, Morgan J, Reid F, Brunton J, O'Brien A, Luck A, et al. Screening for symptoms of eating disorders: reliability of the SCOFF screening tool with written compared to oral delivery. *Int J Eat Disord*. 2002;32(4):466-72.

# TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>2</b>
<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>3</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>7</b>
<b>1 TYPE D'ÉTUDE</b> .....	<b>7</b>
1.1 SCHÉMA ET CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE .....	7
1.2 POPULATION ET ÉCHANTILLONNAGE .....	7
1.2.1 <i>Description de la population</i> .....	7
1.2.2 <i>Méthode d'échantillonnage</i> .....	7
1.2.3 <i>Critère de jugement principal et secondaire</i> .....	7
<b>2 OUTIL DE RECUEIL DES DONNÉES</b> .....	<b>8</b>
2.1 MÉTHODOLOGIE DE RECUEIL DES DONNÉES .....	8
2.1.1 <i>Variables recueillies</i> .....	8
2.1.2 <i>Procédure de minimisation des biais</i> .....	8
2.1.3 <i>Éléments de faisabilité</i> .....	9
2.2 ANALYSE STATISTIQUE .....	9
2.3 ASPECTS RÉGLEMENTAIRES ET ÉTHIQUES .....	9
<b>RESULTATS</b> .....	<b>10</b>
<b>1 INCLUSION</b> .....	<b>10</b>
<b>2 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION</b> .....	<b>10</b>
<b>3 IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE</b> .....	<b>17</b>
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>25</b>
<b>1 ANALYSE DES RÉSULTATS OBTENUS</b> .....	<b>25</b>
1.1 POPULATION GÉNÉRALE .....	25
1.2 PATIENTES À RISQUE DE TCA.....	26
1.3 QUESTIONNAIRE SCOFF-F.....	28
<b>2 LES LIMITES</b> .....	<b>28</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>30</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>31</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>33</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>34</b>

# ANNEXES

# ANNEXE I

## Questionnaire distribué aux patientes

*Madame,*

*Je suis étudiante sage femme et dans le cadre de mon mémoire, je vous remercie de bien vouloir répondre à ces questions et de déposer ce questionnaire dans la boîte. Les données recueillies restent confidentielles.*

*Merci pour votre participation.*

*Charlène*

*Étudiante sage femme*

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

Langue maternelle :

Age : ..... ans

A quelle date est-il prévu que vous accouchiez (terme de la grossesse) :

Avez vous des enfants ? (en dehors de l'enfant que vous attendez actuellement )

OUI  NON

si oui combien ?

Avez vous déjà fait des fausses couches ou interruption de grossesse ?

OUI  NON

si oui combien ?

Situation familiale :  Célibataire  Mariée  Pacsée  Concubinage

Quel est votre niveau d'étude ?

Aucun diplôme

BEP/CAP

Baccalauréat

Licence

Master

Doctorat

Emploi :  OUI  NON

si oui quelle est votre profession ?

Taille : ..... cm

kg

Poids **actuellement** : .....

kg

Poids **avant la grossesse** : .....

Fumez vous ?  OUI  NON

Si oui combien de cigarettes par jour : **En dehors** de la grossesse :

**Pendant** la grossesse :

Consommez vous de l'alcool **en dehors** de la grossesse ?  OUI  NON  
si oui vous qualifieriez votre consommation de :

- Quotidienne
- Hebdomadaire
- Mensuelle
- Festive

Consommez vous de l'alcool **actuellement** ?  OUI  NON  
si oui vous qualifieriez votre consommation de :

- Quotidienne
- Hebdomadaire
- Mensuelle
- Festive

Avez vous d'autre(s) addiction(s) ?  OUI  NON  
si oui laquelle ou lesquelles ?

Quelle(s) maladie(s) avez vous déjà eu ?  
Avez vous actuellement une maladie particulière ?  OUI  NON  
si oui laquelle ou lesquelles ?

Prenez vous un traitement actuellement ?  OUI  NON  
Si oui pouvez vous me préciser le(s) nom(s) :

Avez vous déjà été opérée ?  OUI  NON

**Cochez les réponses qui vous concerne :**

	Oui avant grossesse	Non avant grossesse	Oui depuis grossesse	Non depuis grossesse
Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?				
Vous inquiétez vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?				
Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en 3 mois ?				
Pensez vous que vous êtes grosse alors que d'autres vous trouvent trop mince ?				
Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?				

*Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.*

## ANNEXE II

### Note d'information aux professionnels de santé

Objet : Information questionnaire mémoire étudiante sage femme

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire : *Grossesses et trouble du comportement alimentaire : dépistage par le questionnaire SCOFF-F*, je mets en place des questionnaires à distribuer aux patientes après la prise de la tension artérielle.

Les patientes, une fois dirigées vers la salle d'attente, peuvent remplir le questionnaire et le déposer dans la boîte mise en place à cet effet.

Je passerai régulièrement récupérer les questionnaires.

Je reste à votre disposition si vous souhaitez obtenir des précisions concernant mon mémoire.

En vous remerciant.

Cordialement.

GRAF Charlène







[Insérez en 4<sup>ème</sup> de couverture]

**Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes de NANCY**

Mémoire de fin d'études de sage-femme de NOM-PRENOM - Année

**Titre du mémoire**

**Résumé structuré (environ 250 mots)**

**Mots clés (3)**