



HAL
open science

Evaluation du dépistage anténatal des troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires par les sages-femmes libérales : Etude descriptive par entretiens semi-directifs auprès de sept professionnelles du département mosellan

Erin Muller

► **To cite this version:**

Erin Muller. Evaluation du dépistage anténatal des troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires par les sages-femmes libérales : Etude descriptive par entretiens semi-directifs auprès de sept professionnelles du département mosellan. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03870423

HAL Id: hal-03870423

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870423>

Submitted on 24 Nov 2022

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

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



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

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.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

Ecole de Sage-Femme

Pierre Morlanne de Metz

**EVALUATION DU DEPISTAGE ANTENATAL DES TROUBLES
DE L'ALIMENTATION ET DES CONDUITES ALIMENTAIRES
PAR LES SAGES-FEMMES LIBERALES**

Etude descriptive par entretiens semi-directifs
auprès de sept professionnelles du département mosellan

Mémoire présente et soutenu par

Erin MULLER

Née le 7 octobre 1992

Directeur de mémoire : Mme GRATIER DE SAINT-LOUIS Gina

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2018

REMERCIEMENTS

*A mesdames et messieurs du jury,
qui me font l'honneur de bien vouloir évaluer ce travail.*

*A Mme Gina Gratier de Saint-Louis et Mr Adrian Cordier,
pour leurs précieux conseils et leur disponibilité.*

*Aux sages-femmes qui ont accepté de me rencontrer,
pour leur accueil et pour nos échanges.*

*A Mme Maïca Reichert, directrice de l'école de sage-femme,
pour son attitude toujours compréhensive et son soutien.*

*A l'ensemble des professionnels enseignants-encadrants rencontrés,
pour le partage de leurs connaissances tout au long de ces années de formation.*

*A mes camarades de promotion 2012-2016,
pour tous les bons moments passés ensemble, et pour les moments difficiles où elles sont restées
présentes.*

*A ma famille,
que j'espère rendre fière.*

Et à Louis...

SIGLAIRE

AFDAS-TCA	Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées des Troubles du Comportement Alimentaire
AM	Anorexie Mentale
AP	Accouchement Prématuro
BN	Boulimie Nerveuse
BED	Binge Eating Disorder
CNOSF	Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes
CSP	Code de la Santé Publique
DE	Diplôme d'Etat
DG	Diabète Gestationnel
DPC	Développement Professionnel Continu
DSM	Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders
DU / DIU	Diplôme Universitaire / Diplôme Inter-Universitaire
EAT	Eating Attitudes Test
EDE / EDE-Q	Eating Disorder Examination / Eating Disorder Examination Questionnaire
EDNOS	Eating Disorder Not Other Specified
EPI	Entretien Prénatal Individuel
FC	Formation Complémentaire
FCS	Fausse Couche Spontanée
FFAB	Fédération Française Anorexie-Boulimie
FI	Formation Initiale
HAS	Haute Autorité de Santé
HB	Hyperphagie Boulimique
HTA / HTAG	HyperTension Artérielle / HyperTension Artérielle Gravifique
HU	Hauteur Utérine
IMC	Indice de Masse Corporelle
MAP	Menace d'Accouchement Prématuro
MFIU	Mort Foetale In Utero
NES	Night Eating Syndrome
NICE	National Institute for health and Care Excellence
PA	Pression artérielle
PE	Pré-Eclampsie
PMA	Procréation Médicalement Assistée
PNP	Préparation à la Naissance et à la Parentalité
RCIU	Retard de Croissance Intra Utérin
RPM	Rupture Prématuroe des Membranes
SA	Semaine d'Aménorrhée
SCOFF	Sick, Control, One, Fat, Food
SNS	Stratégie Nationale Santé
TCA	Troubles du Comportement Alimentaire

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	1
SIGLAIRE	2
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	4
PARTIE 1 : CONTEXTUALISATION DE L'ETUDE	5
1. TCA : GENERALITES	6
2. TCA ET GROSSESSE	8
3. PLACE DE LA SAGE-FEMME DANS LE SUIVI DE GROSSESSE ET DANS LA STRATEGIE DE DEPISTAGE DES TCA CHEZ LES GESTANTES	11
PARTIE 2 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE ET RESULTATS	12
1. METHODOLOGIE DE RECHERCHE	13
2. RESULTATS	17
PARTIE 3 : DISCUSSION ET IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE	26
1. CRITIQUE DE L'ETUDE : POINTS FORTS, POINTS A AMELIORER, LIMITES ET BIAIS	26
2. INTERPRETATIONS DES RESULTATS	27
3. ATTEINTE DES OBJECTIFS ET VALIDATION DES HYPOTHESES DE RECHERCHE	35
4. PROPOSITIONS D'ACTION : MESURES D'AMELIORATION DU DEPISTAGE DES TCA PAR LES SAGES-FEMMES LIBERALES	36
CONCLUSION	39
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	40
ANNEXES	48
ANNEXE 1 : CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE ET DE LA BOULIMIE NERVEUSE, EXTRAITS DE LA VERSION ORIGINALE DE LA CINQUIEME EDITION DU MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX	48
ANNEXE 2 : SIGNES SOMATIQUES LIES AUX TCA	50
ANNEXE 3 : VERSION FRANÇAISE DU QUESTIONNAIRE SCOFF (SCOFF-F)	50
ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN	51
ANNEXE 5 : CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE, EXTRAITS DE LA VERSION ORIGINALE DE LA CINQUIEME EDITION DU MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUES DES TROUBLES MENTAUX	52
ANNEXE 6 : ANALYSE DE CONTENU MANUELLE CONCERNANT LES FACTEURS DE RISQUE DE SURVENUE DES TCA ENONCES PAR LES REpondANTS AU COURS DE L'ENTRETIEN	53
ANNEXE 7 : ANALYSE DE CONTENU MANUELLE CONCERNANT L'INFLUENCE DECRITE DE LA GROSSESSE SUR L'EVOLUTION DES TCA PAR LES SAGES-FEMMES	54
ANNEXE 8 : RYTHMES DE PRISE DE POIDS RECOMMANDES AU COURS DE LA GROSSESSE EN FONCTION DE L'IMC PRECONCEPTIONNEL	55
ANNEXE 9 : PROTOTYPE DE BROCHURE INFORMATIVE DES TCA A DESTINATION DES SAGES-FEMMES LIBERALES DE MOSELLE	56
TABLE DES MATIERES	59

INTRODUCTION

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont des psycho-pathologies de formes diverses qui désignent des perturbations des conduites alimentaires et qui ont des répercussions négatives sur la santé physique et mentale de l'individu. Ils sont caractérisés par le polymorphisme de leur présentation clinique, ainsi que par la plurifactorité qui gouverne leur étiopathogénie.

Ils sont connus depuis de nombreuses années et font aujourd'hui l'objet d'un regain d'intérêt du fait d'une augmentation de leur prévalence dans les pays occidentaux. De nombreuses études sur les conséquences physiques, biologiques et psychologiques, ainsi que sur les possibilités de traitement des TCA ont été réalisées en soins secondaire et tertiaire.

Les femmes en âge de procréer constituent la population la plus exposée. Les femmes qui souffrent ou qui ont souffert de TCA représentent une population de futures mères vulnérables. Un trouble actif au moment de la conception peut avoir sur le déroulement de la grossesse des conséquences importantes, et la survenue d'une grossesse peut influencer de manière considérable la symptomatologie des TCA. Ces constats rendent nécessaire un repérage précoce des TCA dans le cadre du suivi de grossesse, pour favoriser une prise en charge précoce de ces pathologies et en limiter les risques évolutifs.

Au cours de mon cursus, et notamment lors des stages professionnels effectués auprès de sages-femmes libérales, j'ai constaté que si les femmes se voyaient remettre de nombreuses informations quant à la prévention des risques infectieux liés à l'alimentation et à la prévention d'une prise de poids trop importante, elles se voyaient en revanche peu informées des conséquences d'une alimentation restrictive et d'une prise de poids insuffisante. J'ai également constaté que les habitudes alimentaires, l'activité sportive ou de façon générale les comportements passés ou actifs face à l'alimentation et à l'image corporelle n'étaient que très peu questionnés, y compris chez les femmes avec un indice de masse corporelle (IMC) faible ou élevé. Par ailleurs, j'ai connu dans ma famille proche une personne atteinte d'anorexie-boulimie dont les troubles ont d'abord été majorés à l'annonce de la grossesse ; et s'ils ont pu être améliorés par la suite, c'est grâce à la prise en charge précoce et multidisciplinaire dont elle a bénéficié.

Les sages-femmes libérales, acteurs privilégiés du suivi médical des femmes enceintes, procèdent-elles au repérage précoce des TCA ? L'analyse des connaissances des sages-femmes du département mosellan relatives aux TCA et l'examen des actions qu'elles mettent par conséquent en oeuvre ont pour objectif de répondre à cette problématique. Cette interrogation a également pour but de déterminer les mesures nécessaires à l'amélioration du dépistage des TCA par les sages-femmes libérales.

Dans une première partie, nous reviendrons sur les caractéristiques des principaux TCA, sur l'impact réciproque entre grossesse et TCA, et sur la place de la sage-femme dans le suivi de grossesse et la stratégie de dépistage des TCA. Dans une seconde partie, nous détaillerons l'étude descriptive menée auprès des sages-femmes libérales de Moselle et ses résultats. Enfin, nous comparerons ces résultats aux données de la littérature scientifique et aux recommandations de bonne pratique clinique pour le dépistage précoce des TCA chez les femmes enceintes.

PARTIE 1 : CONTEXTUALISATION DE L'ETUDE

1. TCA : GENERALITES

1. DEFINITIONS

Les TCA répondent à une classification de la cinquième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V). Cet ouvrage, édité par l'*American Psychiatric Association* le 18 mai 2013, décrit 7 TCA spécifiés¹, dont l'anorexie mentale (AM) et la boulimie nerveuse (BN), auxquelles nous nous intéressons principalement dans ce mémoire. La classification fait également état de TCA non spécifiques (*Eating Disorder Not Otherwise Specified*), qui correspondent aux formes subcliniques des TCA spécifiés, notamment AM atypique et BN avec fréquence faible ou limitée¹.

L'AM est un trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle, induite et maintenue par le patient. Les symptômes de l'AM restrictive comprennent une éviction des repas, une restriction des choix alimentaires et une hyperactivité physique. L'anorexie-boulimie associe aux comportements précédemment évoqués des stratégies de contrôle du poids, tels que vomissements provoqués, absorption de laxatifs et diurétiques ou encore utilisation de coupe-faim.

La BN se caractérise par des pulsions alimentaires incontrôlables, suivies de réaction diverses devant la peur de grossir. Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes : absorption, en une période limitée, d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances, et sentiment d'une perte de contrôle pendant la crise. La fréquence, les moments de survenue dans la journée et l'intervalle entre les crises varient d'un sujet à l'autre. Le maintien d'un poids normal s'explique par les comportements visant à annuler les effets de la prise alimentaire sur le poids.

Les critères diagnostiques de l'AM et de la BN sont résumés dans le DSM-V (annexe 1).

2. EPIDEMIOLOGIE

Bien que l'AM et la BN suscitent un grand intérêt auprès des psychiatres, elles bénéficient à ce jour de peu de données épidémiologiques, notamment en France où les études sont peu nombreuses.

La prévalence vie entière de l'AM est estimée entre 0,5 et 1% dans la population générale féminine, avec un pic de prévalence maximale à 16 ans. Les femmes de moins de 25 ans représentent 60 à 70% des anorexiques, 80% ont entre 15 et 30 ans.

La prévalence vie entière de la BN est comprise entre 1 et 3%²⁻⁸. Le début de la maladie est généralement plus tardif : seules 40% des femmes ont moins de 25 ans. Ceci s'explique en partie par le fait que, dans un tiers des cas, la BN suit la survenue de l'AM. AM et BN sont intimement liées voire même associées le plus souvent (simultanément ou successivement) : 20 à 50% des sujets souffrant d'AM ont des crises de boulimie, et 27% des sujets souffrant de BN ont des antécédents d'AM^{2,9}.

Contrairement aux idées reçues, l'AM et la BN touchent toutes les catégories socioprofessionnelles, et quelle que soit l'origine ethnique ou les compétences intellectuelles et cognitives^{10,11}.

Les formes subcliniques représentent 60% des TCA et pourraient concerner jusque 15 à 25% des femmes¹². Actuellement, les TCA concerneraient 5 à 7% des femmes en âge de procréer^{13,14}.

3. COMPLICATIONS, COMORBIDITES ET EVOLUTION

Les complications liées à l'AM et à la BN sont présentés dans le tableau I.

Tableau 1 : Complications associées aux troubles du comportement alimentaire ^{2, 10, 12, 15-17}

Complications physiques	Hématologiques et Immunologiques	Métaboliques
	Anémie ferriprive, leucopénie, thrombopénie Perturbations de l'immunité cellulaire	Hypothyroïdie, hypercholestérolémie, hypercorticisme, diabète insipide partiel, arrêt de la croissance avant puberté (diminution du facteur IGF-1), ostéoporose et ostéopénie, chute des hormones sexuelles
	Cardio-vasculaires	Neurologiques
	Bradycardie sinusale, arythmie auriculaire et ventriculaire, prolapsus mitral, atrophie ventriculaire gauche, insuffisance cardiaque	Convulsions, myopathies, neuropathie périphérique, atrophie corticale
	Gastro-intestinales	Urologiques et néphrologiques
	Œsophagite peptique, ulcères, syndrome de Mallory-Weiss, œsophage de Barret, rupture œsophagienne, syndrome de Boerhaave, stéatose hépatique, nécrose focale, pancréatite aigüe, cholélithiase, syndrome de l'artère mésentérique supérieure	Pollakiurie, incontinence, infections urinaires Insuffisance rénale fonctionnelle, néphrolithiase, calculs rénaux
Complications psychologiques	Perturbations du sommeil, honte extrême et forte culpabilité, dépression, isolement, désinsertion sociale	
Complications cognitives	Troubles de la mémoire, trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, altération du processus de prise de décision	

L'AM et la BN sont d'autant plus graves qu'elles s'accompagnent de co-morbidités : autres troubles psychiatriques (épisodes dépressifs, anxiété, troubles de l'humeur et de la personnalité) ^{2, 6, 12, 18}, isolement social ^{12, 18, 19}, ou conduites addictives de tout type ^{2, 6, 10, 13, 17}.

Le pronostic à 10 ans de l'AM donne environ 45% de guérison, 30% d'amélioration et 20% d'évolution vers une chronicité du trouble. Le pronostic de la maladie est fortement déterminé par sa durée avant prise en charge. La réduction du délai avant le diagnostic, la prise en charge précoce et les programmes de prévention parmi les populations à risque améliorent le pronostic de ces troubles ^{2, 10, 13, 18-22}.

4. DEPISTAGE

Les TCA sont à l'origine d'une morbidité importante. Mais l'absence de symptômes prodromiques, la présentation clinique souvent incomplète, et l'anosognosie ou la non-déclaration des symptômes par le patient, rendent le dépistage plus difficile.

Les déterminants des TCA sont multiples et souvent intriqués ^{12, 23-27}.

Les antécédents familiaux de TCA, un antécédent d'obésité dans l'enfance, une utilisation antérieure de régime, des antécédents personnels de maladies psychiatriques, les abus physiques et/ou sexuels, une attention particulièrement vive portée à l'alimentation ou à la forme corporelle, font partis des facteurs de risque de TCA. Aussi, AM et BN ont un noyau psycho-pathologique commun. Ainsi, quelque soit le TCA, les symptômes sont les suivants : manque de confiance, mésestime de soi, tendance élevée au perfectionnisme, conformisme, maîtrise excessive, problèmes d'identification, difficulté d'expression émotionnelle et verbale, pensée dichotomique, tendance au déni et traits obsessionnels ^{6, 10, 12, 17-19}.

Pour les professionnels de santé, il s'agit d'abord d'être vigilant et de repérer les signes somatiques liés aux TCA (annexe 2) ^{6, 12}.

Au moindre doute, l'anamnèse doit investir : l'évolution du poids dans le temps, le type d'alimentation et notamment des habitudes diététiques évoquant une tendance au régime restrictif, les pratiques purgatives et l'utilisation de stratégies de contrôle du poids, l'expression d'un idéal de minceur ou la pratique d'un sport pour laquelle la minceur est préconisée, une dysmorphophobie, une hyperactivité physique ou un surinvestissement intellectuel. L'anamnèse psychosociale personnelle recherche également les facteurs généralement responsables d'une majoration des symptômes psychiatriques et alimentaires : antécédents de dépression ou d'anxiété et troubles de la personnalité, tentatives de suicide ou de mises en danger, comportements d'automutilation, abus de substances et facteurs de stress ^{10, 28-30}.

Le National Institute for health and Care Excellence (NICE) définit ainsi des groupes cibles pour lesquels le dépistage des TCA doit être réalisé de façon systématique par les professionnels de santé non-experts en santé mentale ³⁰ : femmes jeunes avec un IMC faible, une préoccupation par le poids alors qu'il est normal, des troubles du cycle menstruel, symptômes gastro-intestinaux, signes de restriction alimentaire et/ou de vomissements répétés.

En 1999 en Angleterre, J. Morgan et al. créent une échelle composée de 5 items, appelée SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food) ³¹. Pour les auteurs, l'objectif est de développer un outil fiable, rapide et d'interprétation simple, permettant de repérer les sujets à risque ou atteints de TCA. Deux réponses positives ou plus à la version francophone de ce questionnaire (annexe 3) donnent une sensibilité de 100% et une spécificité de 87,5% pour la BN et l'AM ^{32, 33}. La Haute Autorité de Santé (HAS) conseille aux professionnels de santé, devant un score positif, d'adresser le sujet à un spécialiste pour établir le diagnostic, préciser le type, évaluer la gravité du trouble, et proposer une prise en charge ¹⁹.

2. TCA ET GROSSESSE

Si les troubles mentaux liés à la puerpéralité ont été décrits dès l'Antiquité par Hippocrate, la prise de conscience de l'importance des troubles psychiques susceptibles d'émerger à l'occasion d'une grossesse est beaucoup plus récente, et vient affirmer les enjeux de prévention des vulnérabilités psycho-sociales chez les femmes enceintes, ainsi que l'intérêt de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.

Tout comme l'adolescence, la grossesse est une période de remaniements physiques et psychiques : elle réactive notamment les problématiques de l'image du corps, de l'identité sexuée et des choix identificatoires³⁴⁻³⁶ ; ceci chez toutes les femmes, et tout particulièrement chez celles ayant souffert ou souffrant de TCA³⁷.

1. EFFETS DE LA GROSSESSE SUR LES SYMPTOMES DES TCA

Parmi les femmes en âge de procréer, 9 à 10% portent une attention exagérée vis-à-vis du poids et de la silhouette. En 1994 déjà, l'étude d'Abraham, King et Lewellyn-Jones a montré que 20% des femmes considèrent leur poids et leur problème d'alimentation comme plus importants pendant la grossesse qu'avant³⁸. Par ailleurs, la minceur est actuellement très valorisée dans la société occidentale, qui met en avant l'individualisme et le culte de la performance^{12, 17, 18, 39, 40}. Les experts s'inquiètent notamment de l'émergence nouvelle de la « mummyrexie » (contraction d'anorexie et de «maman» en anglais) ou « pregorexia » (contraction en anglais de «anorexie» et «enceinte»), dont les images sont largement véhiculées par les médias. Fairburn et Welch ont montré dans leur étude que 28% des primipares acceptent mal les modifications corporelles de la grossesse, 40% s'inquiètent de trop grossir, et 72% craignent de ne pas retrouver leur poids antérieur à la grossesse après l'accouchement⁴¹.

Lorsque l'AM débute après 25 ans, une fois sur quatre elle est en relation avec la survenue d'une grossesse⁴². Chizawsky et al. considèrent qu'un diagnostic de TCA spécifié peut être posé chez 3% des femmes suivies en obstétrique, et qu'environ 15% de cette population présente une forme de TCA subsyndromique⁴³.

Les recherches consistant à étudier la grossesse des femmes présentant ou ayant présenté un TCA sont rares, et leurs résultats parfois contradictoires. Pour certains auteurs, la grossesse peut influencer de façon positive les symptômes des TCA ; mais d'autres notent une augmentation de ces mêmes symptômes :

- amélioration globale des symptômes de TCA tout au long de la grossesse, mais symptômes résiduels et poursuite des stratégies de contrôle du poids (Lemberg 1989, Blais et al. 2000, Rocco 2005)^{37, 44, 45} ;
- rechute pour les patientes en rémission à la conception^{16, 46} ;
- bon déroulement global de la grossesse pour les patientes anorexiques en rémission, mais risque d'aggravation si trouble actif avec parfois majoration de la restriction nécessitant l'hospitalisation⁶⁶ ;
- diminution de la fréquence des crises et des pratiques purgatives chez les patientes boulimiques, ou aggravation du mal-être corporel et préoccupations corporelles excessives^{13, 47-49}.

Pour les femmes atteintes de TCA, la maternité impose en effet un conflit interne^{50, 51}. Certaines acceptent les changements corporels induits par la grossesse et cessent leurs comportements au moins temporairement. La prise de poids est considérée comme normale, la grossesse lui conférant

un aspect socialement approuvé et respecté. La grossesse leur permet de trouver une nouvelle identité : celle de mère ; ainsi elles font passer l'enfant et ses besoins avant tout.

Mais si l'investissement du fœtus, la valorisation sociale de la maternité et le renforcement du support familial permettent l'amélioration du comportement alimentaire et des cognitions liées au poids pendant la grossesse, celle-ci est rarement maintenue après l'accouchement. Selon l'étude de Larrison, les TCA concernent 11,5% des femmes en post-partum ⁵². Après une possible amélioration des troubles au troisième trimestre, il peut y avoir reprise ou même aggravation après l'accouchement :

- environ deux tiers de rechutes après accouchement chez les femmes avec TCA actif avant grossesse, et un quart pour les patientes en rémission avant grossesse ^{53, 54};
- pour Morgan, Lacey et Sedgwick, 57% des boulimiques ont des symptômes plus graves après accouchement que pendant la période précédant la grossesse ⁵⁵.

D'autre part, les changements corporels induits par la grossesse peuvent entraîner une majoration de la souffrance psychologique des femmes présentant un TCA. La perte de contrôle sur leur corps est dans 90% des cas une source d'angoisse importante, pouvant être à l'origine d'une exacerbation des troubles préexistants. La sensation de perte de contrôle entraînée par le changement du corps est calmée par la ritualisation que représentent pour elles les TCA ⁵⁶.

2. IMPACT DES TCA SUR LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LE POST-PARTUM

Si les données de la littérature ne sont pas consensuelles à ce sujet, la plupart des auteurs s'accordent sur le caractère à haut risque des grossesses menées dans un contexte de TCA.

Outre les complications somatiques à long terme de l'AM et de la BN, des conséquences spécifiques en rapport avec la grossesse peuvent être observées chez la femme enceinte souffrant de TCA :

- fausse couche spontanée (FCS) ^{17, 47, 48, 57-59}, accouchement prématuré (AP) ⁵⁹⁻⁶⁵, et mort fœtale in utero (MFIU) dont le risque est multiplié par 3 ^{42, 66} ;
- hypertension artérielle gravidique (HTAG), pré-éclampsie (PE), diabète gestationnel (DG) ⁶¹ ;
- césarienne (16 à 26% contre 15% dans la population générale) ^{48, 62, 66-68}.

Les TCA ont également des conséquences sur le fœtus et le nouveau-né. Des complications peuvent survenir si l'IMC est inférieur ou égal à 20, et si la patiente est symptomatique au moment de la conception et au cours de la grossesse. Les TCA sont ainsi associés à un taux plus élevé de :

- restriction de croissance intra utérine (RCIU) ^{60-63, 65-67, 69} et hypotrophie (poids de naissance < 2500g) ^{42, 58, 66, 70, 71}, liées au faible IMC préconceptionnel et/ou à une prise de poids maternelle inadéquate ;
- malformations congénitales à type de fente labio-palatine et microcéphalie ;
- complications néonatales à type d'hypothermie, hypoglycémie et infections néonatales ;
- score d'Apgar à la naissance < 5 ;
- mortalité prénatale (risque multiplié par 6) ^{42, 66}.

Dans la période postnatale, le risque maternel principal est celui de la dépression du postpartum ^{62, 67, 72} : sa prévalence est de 35% chez les femmes souffrant de TCA, contre 3 à 12% dans la population générale ⁶⁸.

3. DEPISTAGE, DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE SPECIFIQUES

Durant la grossesse, il est recommandé de dépister les troubles psychiques en général ⁷³. Ainsi, compte tenu des données évoquées en 1.1., 1.2.1., et dans le but de prévenir les complications des TCA que ce soit chez la mère ou l'enfant, la nécessité du repérage de l'AM et de la BN ainsi que la prise en compte des formes atypiques (EDNOS) chez la femme enceinte apparaît évidente. Le dépistage des TCA permet aux femmes ayant un TCA ancien de ré-aborder la problématique sous-jacente et de limiter le risque de recrudescence des troubles en cours de grossesse ; tandis que pour celles ayant un TCA actif, il permet d'aboutir au diagnostic étayé du TCA et d'établir par la suite une prise en charge adaptée, optimale et pluridisciplinaire ^{74, 75}.

Par ailleurs l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) recommande depuis 2014 aux Etats-Unis une surveillance étroite de la grossesse chez les femmes enceintes atteintes d'un trouble du comportement alimentaire, qu'il soit actif ou passé ⁶². En outre, les praticiens peuvent évaluer la présence d'un tel trouble de différentes façons ; notamment en effectuant une pesée à chaque consultation prénatale afin de veiller à une prise de poids adaptée ^{64, 76}, et en interrogeant les patientes sur leurs habitudes alimentaires et leur ressenti face aux modifications corporelles induites par la grossesse ^{67, 77}.

3. PLACE DE LA SAGE-FEMME DANS LE SUIVI DE GROSSESSE ET DANS LA STRATEGIE DE DEPISTAGE DES TCA CHEZ LES GESTANTES

La surveillance de la grossesse est réglementée par l'article R2122-1 du Code de Santé Publique (CSP) et par les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ⁸³⁻⁸⁵. C'est une démarche continue et évolutive : sept consultations prénatales sont obligatoires pour une grossesse d'évolution normale et répondent à des objectifs de diagnostic, d'accompagnement, de dépistage et de prise en charge.

Conformément au Plan Périnatalité 2005-2007 ⁸¹, un entretien prénatal individuel (EPI) est systématiquement proposé au cours du quatrième mois de grossesse à chaque femme enceinte et/ou à chaque couple. Il s'agit de favoriser l'expression des attentes et des besoins, également de créer des liens sécurisants - notamment avec les partenaires du réseau périnatal les plus appropriés - et de donner à la femme et/ou au couple des informations utiles sur les ressources de proximité dont ils peuvent bénéficier pour mener à bien la grossesse. Cet entretien a pour objectif d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des consultations prénatales médicales. Il complète donc les consultations médicales obligatoires et permet d'orienter précocement les femmes nécessitant un suivi particulier sur les plans médical, psychologique et/ou social.

En mai 2011, le rapport d'Enquête Nationale Périnatale de 2010 révèle que la contribution des différents professionnels à la surveillance prénatale a évolué en faveur d'une participation plus grande des médecins généralistes et surtout des sages-femmes. Ainsi, entre 2003 et 2010, le pourcentage de femmes ayant consulté une sage-femme en maternité est passé de 26,6 à 34,3%, et celui des femmes dont le suivi a été réalisé par une sage-femme libérale de 5 à 19,8 %. En 2012, la surveillance est effectuée par une sage-femme en maternité dans 39,4% des cas, et par une sage-femme libérale dans 15,6% des cas ⁸². Si les sages-femmes sont habilitées à effectuer le suivi des grossesses physiologiques et constituent pour cela des professionnels de premier choix, elles doivent dans le cas de la découverte

d'une pathologie faire appel à un médecin et, sur prescription du médecin, peuvent assurer le suivi des femmes présentant une grossesse à risque ^{80, 83}. La HAS établit par ailleurs une liste non exhaustive des situations à risque précisant pour chacune d'elle le type de suivi approprié ⁸⁰ : les conduites addictives des femmes enceintes font ainsi partie des risques identifiés ; et si le poids figure parmi les éléments de recueil visant à anticiper les situations à risque, un suivi de type A1 (le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme, et l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé) en cas d'extrêmes (IMC inférieur ou égal à 17.5 kg/m² et supérieur ou égal à 40 kg/m²) est recommandé. Ce rapport montre également que l'EPI est encore peu réalisé : seules 21,4 % des femmes déclarent en avoir eu un.

Au cours de leur grossesse, les femmes sont régulièrement amenées à entrer en contact avec les professionnels exerçant dans le domaine de la périnatalité et notamment des sages-femmes. De cette façon, celles-ci sont concernées par la prévention des TCA, susceptibles de mettre la santé de la femme et de l'enfant en danger aussi bien antépartum que dans la période postnatale, et représentent donc des acteurs privilégiés du dépistage des TCA chez les femmes.

Ce dépistage, réalisé en début de grossesse, permettrait la mise en place d'une aide par l'accompagnement médico-psychologique de la patiente et assurerait la prévention de possibles complications (somatiques, psychiques, maternelles, obstétricales, foetales et/ou néonatales) grâce à une collaboration entre sages-femmes, obstétriciens et psychologues. Par conséquent, les consultations prénatales et plus particulièrement l'EPI, parties intégrantes du référentiel métier et compétences des sages-femmes ⁸⁶, semblent être les moments les plus propices au repérage des vulnérabilités et des conduites à risque, donc au dépistage des TCA.

PARTIE 2 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE ET RESULTATS

1. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

1. OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif général était de démontrer que le dépistage des TCA est peu ou pas réalisé par les sages-femmes libérales dans le cadre des suivis de grossesse pendant la période prénatale.

Les objectifs opérationnels étaient les suivants :

- a) évaluer les connaissances des sages-femmes vis-à-vis des TCA
- b) interroger les professionnelles concernées sur la façon dont elles réalisent chez leurs patientes le dépistage des TCA.

2. HYPOTHESES DE RECHERCHE

Les hypothèses formulées sont les suivantes :

- a) les sages-femmes n'ont pas les connaissances nécessaires au dépistage des TCA
- b) le dépistage des TCA en cours de grossesse est peu ou pas réalisé par les sages-femmes
- c) les sages-femmes ont besoin d'un complément d'informations et d'outils supplémentaires pour améliorer le dépistage des TCA

3. DESCRIPTION DE L'ETUDE

1. Type de l'étude

L'enquête réalisée visait à une analyse des pratiques professionnelles, la situation imposait de recueillir sans intervention des informations sur une population donnée pour répondre à la problématique posée, ainsi il s'agissait d'une étude observationnelle.

L'étude pouvait également être qualifiée de descriptive transversale : elle a permis d'explorer les comportements des sages-femmes libérales face aux TCA, et les sujets formant l'échantillon ont fait l'objet d'une investigation de durée limitée permettant ainsi d'aborder la problématique au moment de l'étude.

2. Population, lieu et durée de l'étude

Sur la période 2000-2010, le nombre de sages-femmes libérales a augmenté en moyenne de 6,7%. En raison du faible dynamisme de l'emploi salarié et de la stabilisation du nombre de postes hospitaliers offerts, les sages-femmes ont de plus en plus reporté leur activité sur l'exercice libéral. Sous l'hypothèse de comportements constants et sans nouvelle mesure des pouvoirs publics, et selon une projection ayant pour point de départ les effectifs de 2011, le nombre de sages-femmes libérales devrait continuer d'augmenter jusqu'à l'horizon 2030 de 5,6% par an en moyenne, tandis que le nombre de sages-femmes salariées devrait lui rester quasiment stable ⁸⁷. Ainsi les sages-femmes sont de plus en plus nombreuses à exercer en libéral et donc à même d'assurer le suivi de grossesse des femmes dont les demandes ne cessent de croître ; c'est pourquoi j'ai choisi de cibler les professionnelles dont c'est le

mode d'exercice. Le lieu d'étude a été sélectionné pour des raisons de proximité et parce qu'il s'agit de celui où j'ai suivi mes études et fait le constat à l'origine de cette étude.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : sage-femme diplômée d'état, inscrite à l'Ordre Départemental des Sages-Femmes de Moselle, exerçant ses compétences au sein du secteur libéral sans condition de durée minimale d'exercice, et dont l'activité libérale comprend la réalisation des consultations prénatales de suivi de grossesse et/ou la conduite de l'EPI. La liste des sages-femmes libérales de Moselle a été obtenue via l'annuaire en ligne du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) qui donnait alors 120 résultats. Un premier tri a permis d'écarter 16 de ces résultats : en effet, le nom des sages-femmes exerçant à des adresses multiples apparaissaient plusieurs fois. Un second tri a permis d'exclure 8 sages-femmes dont l'activité se limitait à la réalisation d'échographie foetale ou aux consultations d'acupuncture. Parmi les résultats, 3 sages-femmes exerçaient en réalité au sein d'un établissement de soins public pour n'assurer que la PNP et ont ainsi été exclues. L'enquête concernait donc une population cible de 93 sages-femmes.

Les coordonnées des sages-femmes concernées par l'étude ont toutes été trouvées sur Internet - soit directement via l'annuaire des sages-femmes libérales sur le site du CNOSF, soit par une recherche annexe avec le nom de la praticienne dans le moteur de recherche Google -, puis entrées manuellement dans un fichier Excel pour enfin être listées de façon aléatoire grâce à la formule =Alea(). Les sages-femmes ont été contactées dans l'ordre établi semaine 50 année 2017 par téléphone, en vue d'une programmation d'entretiens semaines 52 et 53. Le même processus de recrutement des participants a été de nouveau appliqué semaines 6 et 7 année 2018 pour des entretiens possibles semaines 8 et 9. Lors du premier contact, je me suis présentée à mon interlocuteur en tant qu'étudiante sage-femme de dernière année, précisant que je travaillais actuellement sur mon mémoire de fin d'études. J'ai annoncé mon travail de recherche de manière globale en nommant le thème général, à savoir « les troubles du comportement alimentaire », et j'ai énoncé vouloir entreprendre la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès des sages-femmes libérales du département mosellan pour mener à bien mon enquête. Les conditions de lieu et d'horaire ont été immédiatement négociées au cas par cas. La durée de l'entretien, préalablement évaluée à 30 minutes, a été annoncée au moment de l'appel. J'ai demandé à toutes les participantes l'autorisation d'enregistrer intégralement l'entretien et garanti à toutes l'anonymat des données qui seraient recueillies. Chacune m'a communiquée son adresse électronique afin de recevoir mes coordonnées et un résumé de l'échange comportant le thème général de l'entrevue, la date, l'heure et le lieu du rendez-vous. Les périodes d'entretien étant clairement définies selon mes propres possibilités et en partie sur les vacances scolaires, de nombreuses appelées se sont avérées indisponibles. D'autres personnes contactées ont fait mention du fait qu'elles avaient déjà été sollicitées par d'autres étudiantes sur des thématiques différentes et qu'elles n'avaient pas plus de temps à accorder, certaines ont simplement refusé de m'accorder une entrevue mentionnant qu'elles ne maîtrisaient pas suffisamment le sujet, enfin beaucoup à qui j'ai laissé mes coordonnées ou que j'ai relancé ne se sont jamais manifestées.

L'échantillon retenu comptait au total onze sages-femmes. Quatre d'entre elles n'ont finalement pas pu assurer l'entretien, sans possibilité de report. Les 7 entretiens effectivement réalisés se sont déroulés le 29 décembre 2017, les 2, 3 et 5 janvier ainsi que les 19, 21 et 23 février 2018. Tous ont été menés en face-à-face dont six sur le lieu d'exercice de la sage-femme et un au domicile personnel du

répondant. Une fois ce stade atteint, j'ai jugé disposer des éléments nécessaires à l'analyse et avoir approché le critère de saturation, dans la mesure où les données recueillies et leur analyse à l'issue du septième entretien ne fournissaient plus d'éléments nouveaux.

3. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la réalisation du dépistage des TCA par les sages-femmes. Pour rappel, le dépistage est une procédure préliminaire visant à détecter un ou plusieurs symptômes caractéristiques d'une maladie ou d'un syndrome et pouvant potentiellement mener à une investigation plus approfondie ⁹⁴. La recherche des signes cliniques et anamnestiques d'une pathologie par le clinicien peut ainsi être systématique, c'est-à-dire réalisée sur une population non sélectionnée, ou ciblée.

Le critère de jugement secondaire concernait l'ensemble des connaissances évoquées par les sages-femmes concernant les TCA.

4. Recueil de données

(1) Outil de l'enquête

Le premier outil créé était un questionnaire formalisé, édité gratuitement grâce à une interface web (<https://webquest.fr>), et composé de 4 items : expérience professionnelle, connaissances des TCA, formation, suivi de grossesse et dépistage des TCA. Le questionnaire comportait entre 22 et 25 questions selon les réponses formulées. Une majorité de questions fermées portait sur les connaissances des sages-femmes relatives aux TCA ainsi que sur leur formation initiale (FI) et/ou complémentaire (FC) ; tandis qu'un grand nombre de questions ouvertes interrogeait les pratiques individuelles des sages-femmes concernant le dépistage des TCA. Si l'outil permettait de plus ou moins quantifier les connaissances générales des sages-femmes relatives aux TCA, il rendait difficile l'appréhension de leurs visions et des actions qu'elles pouvaient mener. De cette façon, il a paru évident que ce serait l'interaction directe avec les sujets de l'étude qui me permettrait de répondre au mieux aux objectifs visés. J'ai donc privilégié une approche dynamique et opté pour une méthode qualitative basée sur le discours, pour comprendre les comportements des personnes interrogées ainsi que les raisons qui les régissent, identifier des besoins particuliers et in fine améliorer le protocole de dépistage des TCA chez les gestantes.

Ainsi pour la réalisation de cette étude, c'est l'entretien semi-directif qui a été choisi comme technique d'enquête. L'enquête par entretien semblait pertinente puisqu'elle permettait ensuite l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques. L'entretien semi-directif, intermédiaire entre l'entretien structuré et l'entretien libre, s'articulait autour de différents thèmes et sous-thèmes, définis au préalable en fonction des objectifs de l'enquête et des hypothèses établies. Ces axes de recherche étaient consignés dans un guide d'entretien (annexe 4) et permettaient d'orienter en partie le discours des interviewées.

(2) Déroulement de l'entretien

La prise de rendez-vous en amont devait assurer le choix d'un lieu calme et d'un moment pendant lequel la sage-femme ne serait pas sollicitée.

J'ai présenté oralement le guide d'entretien en énonçant les uns après les autres les thèmes et sous-thèmes qui allaient être discutés, puis j'ai rappelé la nécessité d'être le plus spontané mais aussi le plus complet possible dans les réponses formulées.

L'enregistrement des entretiens s'est fait à l'aide d'un Dictaphone.

(3) Procédure d'analyse des données

La saisie des données a été réalisée par l'enquêteur grâce à la version 6.1 du logiciel de traitement de texte Pages de la suite bureautique iWork d'Apple pour Mac OS X, et consistait en la retranscription intégrale des entretiens à partir des enregistrements produits.

L'entretien se déroulant comme une conversation, l'interviewé s'exprimait et traitait les thèmes dans un ordre et d'une manière qui lui est propre : les données recueillies s'organisaient donc de façon différente selon chaque entretien. Ces données ont été exploitées par des techniques d'analyse de contenu, et traitées en particulier pour cette étude selon une analyse thématique.

L'analyse horizontale avait pour but de comprendre les réponses de chaque individu pour un thème donné, et la synthèse horizontale permettait de savoir ce que l'ensemble des individus avait répondu à un thème donné. L'analyse verticale avait pour but de savoir ce qui avait été répondu par l'individu à l'ensemble des thèmes donnés, et la synthèse verticale permettait de synthétiser ce que chaque individu avait répondu à l'ensemble des thèmes donnés. Les entretiens ont donc été étudiés individuellement afin d'en retirer tous les thèmes abordés et de rendre compte de la singularité de chaque discours. Puis les similitudes et les divergences par thème entre les discours ont été extraites par recoupement.

Enfin, les données ont été réorganisées par thème et interprétées sur la base des objectifs de recherche.

4. Obligation réglementaire et éthique

Je me devais de respecter les répondants et d'assurer la protection de leurs droits dans le contexte de leur participation à l'enquête.

Au moment d'obtenir l'accord des répondants, je leur ai donné mon nom, mon statut, et les ai renseignés sur l'objet général de l'étude.

Les questions de l'enquête se limitaient à la collecte de renseignements pertinents aux objectifs.

Les répondants ont pu être assurés que les entretiens resteraient confidentiels : les noms des sages-femmes ont été anonymisés en utilisant le code « SF » suivi d'un numéro qui correspondait à l'ordre chronologique de réalisation des entretiens.

Chacun des participants a été informé de la disponibilité de l'enregistrement, de la retranscription et de l'analyse de son propre entretien.

2. RESULTATS

1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON (THEME 1)

1. Obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme et parcours professionnel

Les sages-femmes interrogées ont obtenu leur diplôme d'Etat entre 1982 et 2016 : parmi elles cinq sages-femmes étaient diplômées depuis moins de 5 ans (SF1-3-5-6-7), deux depuis plus de 10 ans (SF2-4).

Quatre sages-femmes (SF2-3-4-6) ont exercé au moins un poste avant d'entamer une activité libérale. Trois d'entre elles (SF2-3-6) sont passées par un unique emploi salarié de courte durée dans le secteur public ou privé. La SF4 bénéficiait de l'expérience professionnelle la plus longue et la plus variée avec 3 postes divers (sage-femme de salle de naissance, sage-femme surveillante et sage-femme dans un centre médical d'aide à la procréation) avant son installation libérale, 18 ans après obtention de son DE. Trois sages-femmes (SF1-5-7) ont orienté leur trajectoire professionnelle directement vers l'activité libérale après obtention du DE.

La durée d'exercice en secteur libéral variait de 3 mois à 18 ans. Les durées les plus longues correspondaient aux sages-femmes les plus anciennement diplômées (SF4 et SF2). La durée moyenne d'exercice libéral de l'échantillon a été évaluée à 5 ans.

2. Mode d'exercice actuel et activités

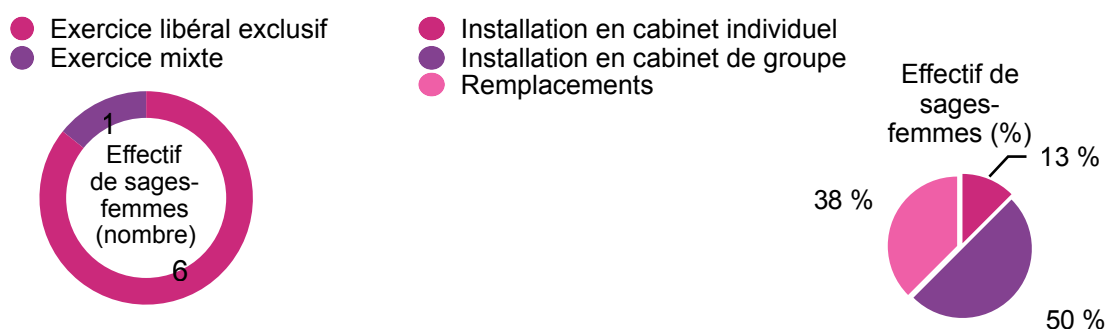


Figure 1 : Répartition des sages-femmes de l'échantillon selon le mode d'exercice

Toutes les sages-femmes interrogées décrivaient une activité très variée avec le suivi médical des grossesses physiologiques, la PNP, la surveillance à domicile des grossesses pathologiques sur prescription médicale, l'aide au retour précoce à domicile, le suivi postnatal de la mère et du nouveau-né, la consultation postnatale, la rééducation périnéale et le suivi gynécologique de prévention et de contraception. Aucune d'elles n'était spécialisée dans un autre domaine. Seule SF2 préparait le Diplôme Inter-Universitaire d'Etude de la Sexualité Humaine (DIUES) et espérait proposer des consultations de sexologie prochainement en rapport avec ses aspérités personnelles. Plusieurs sages-femmes exprimaient le fait que certains actes occupent une part grandissante de leur activité : PNP (SF2-7), rééducation périnéale (SF1-2-7), suivi gynécologique de contraception et de prévention (SF1-4). Quatre d'entre elles estimaient le suivi médical de la grossesse comme une part faible de leur activité (« 30% » pour SF1, « *part mineure* » pour SF2, respectivement 20 et 30% pour SF5 et SF6). Les consultations prénatales occupaient « *la majorité* » du temps seulement pour SF3.

2. CONNAISSANCE DES TCA (THEME 2)

1. Formations initiale et complémentaire des sages-femmes sur les TCA

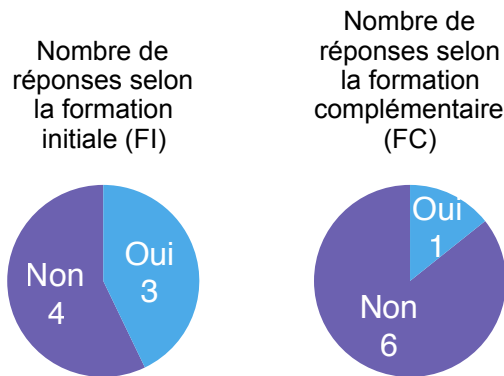


Figure 2 : Formations des sages-femmes sur les TCA

SF3 pensait avoir « peu de connaissances et quelques idées reçues ». SF5 jugeait ses connaissances comme « *peut-être pas toutes exactes* », « *certainement incomplètes* ». Cinq sages-femmes jugeaient par ailleurs la FI à ce sujet insuffisante ou succincte : « *ça mériterait peut-être plus* », « *si on pouvait approfondir la formation à l'école ce serait bien* » (SF4), « *les TCA ne sont que très peu abordés, tout juste évoqués* », « *ce n'est pas avec les connaissances qu'on acquiert à l'école de sage-femme sur le sujet qu'on peut être capable de les dépister* » (SF6), SF7 envisageait les TCA comme « *quelque chose qu'on pourrait étayer un peu en formation initiale, parce que la formation donnée à ce jour n'est pas suffisante pour le dépistage de telles pathologies* », et SF2 avait de ce fait participé à une FC au contraire de SF4 qui entendait la possibilité de se former mais sous-entendait l'avoir fait dans d'autres champs de compétence pour lesquels elle en avait plus ressenti le besoin.

Par ailleurs, la plupart des personnes interrogées évoquait au cours de l'entretien d'autres thèmes qui ont au contraire été plus largement abordés au cours de leur FI et mettait de cette façon en exergue ceux qui pourraient faire l'objet d'un complément d'informations en lien avec les TCA.

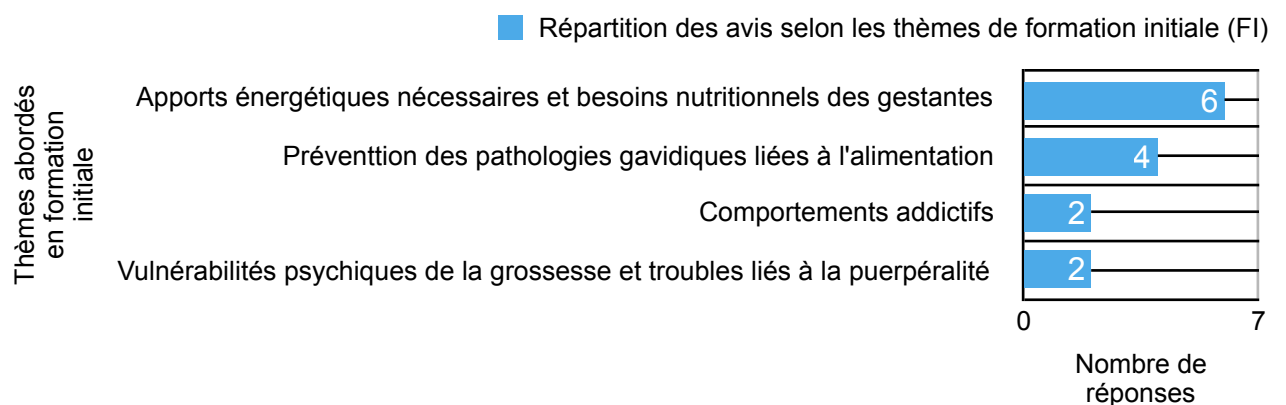


Figure 3 : Illustration des principaux thèmes d'enseignement connexes aux TCA identifiés par l'échantillon

2. Types connus et définitions données aux TCA

Toutes les sages-femmes citaient comme TCA l'anorexie et la boulimie. Une sage-femme (SF3) évoquait l'existence d'autres TCA « *plus rares* », sans savoir les nommer ou les décrire ; et SF7 citait en plus l'obésité.

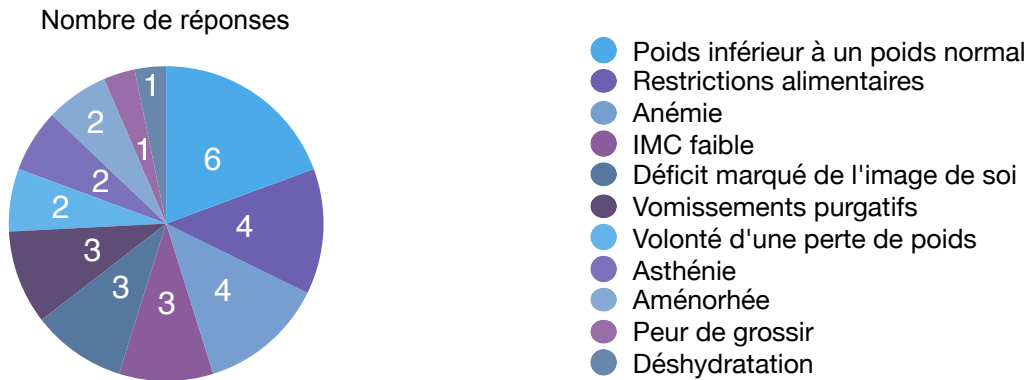


Figure 4 : Illustration des représentations des sages-femmes sur le comportement anorexique

La majorité de l'échantillon reconnaissait ainsi le premier critère diagnostique de l'AM, plus de la moitié des sages-femmes décrivait le second, tandis qu'une minorité évoquait par une altération de la perception du corps et une non-acceptation corporelle (« *les femmes qui ne supportent pas de se regarder dans un miroir* », « *le corps est perçu différent de ce qu'il est* », « *les femmes se voient toujours trop grosses alors qu'elles ne le sont pas* », « *ne supporte pas son corps* ») le troisième critère diagnostique de l'AM. SF1-6 assimilaient en outre l'anorexie à un trouble obsessionnel.

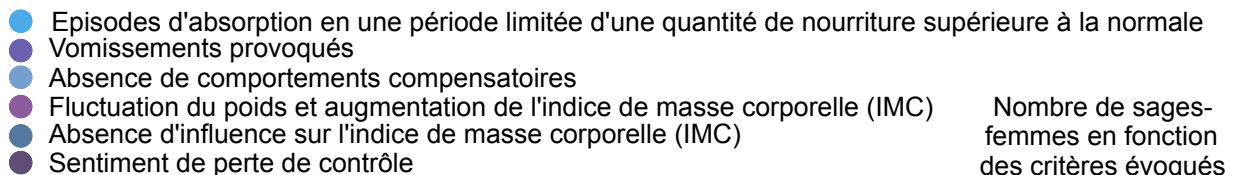


Figure 5 : Illustration des représentations des sages-femmes sur le comportement boulimique

Quatre sages-femmes définissaient de cette façon le A.1. des critères diagnostiques de la BN ; et si SF3 décrivait la boulimie par « *[des] crises* » sans les détailler, elle était cependant la seule à mettre en évidence le A.2. en évoquant un « *besoin compulsif de manger sans pouvoir s'arrêter* » : la majorité de l'échantillon semblait ainsi respecter le premier critère diagnostique de la BN, mais n'en donnait qu'une définition partielle. Les vomissements n'étaient pas obligatoirement présents pour les SF3-6, de

même que la boulimie pouvait mener à un poids supérieur à un poids normal en fonction de la présence ou non des comportements compensatoires : ces deux sages-femmes différenciaient donc deux types de boulimie, dont l'un correspondait en réalité à l'hyperphagie boulimique (annexe 5) dont SF2 faisait également la description en ne considérant que le critère A. SF5-7 étaient ainsi les seules à définir le second critère diagnostique. Les critères C, D et E étaient considérés comme absents parmi les représentations de la symptomatologie clinique de l'échantillon vis-à-vis de la boulimie.

3. Facteurs de risque identifiés des TCA

Durant l'entretien, les sages-femmes ont été questionnées sur les facteurs favorisant le développement des TCA. Les interviewées donnaient pour la plupart des réponses nombreuses et diverses. Après découpage du texte et identification des passages significatifs, l'établissement d'une grille thématique (annexe 6) permettait de révéler que :

- l'ensemble de l'échantillon reconnaissait une origine multi-factorielle dans la survenue des TCA (les sages-femmes ont cité chacune entre 4 et 8 facteurs de risque différents) ;
- les facteurs psychologiques et co-morbidités ainsi que les facteurs environnementaux et sociaux faisaient l'objet d'une majorité de citations ;
- et les facteurs biologiques étaient cités en minorité avec un risque majoré chez les 15-25 ans.

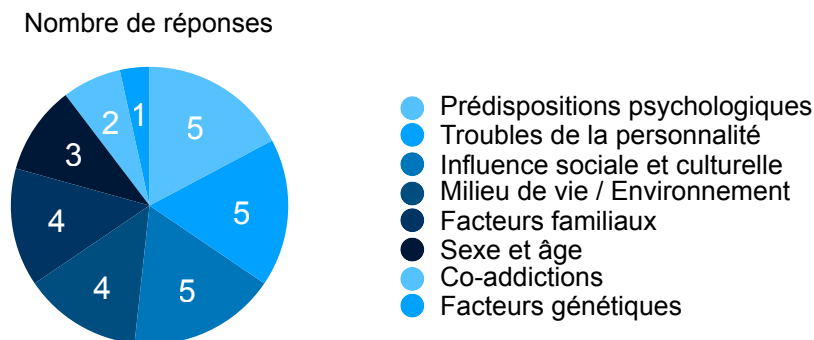


Figure 6 : Illustration des représentations de l'échantillon vis-à-vis des facteurs de risque des TCA

4. Conception des populations concernées par les TCA

La proportion des femmes atteintes de TCA parmi la population des femmes en âge de procréer était estimée entre 1 et 5% pour SF6, à 5% pour SF2 et SF3, entre 5 et 10% pour SF7.

La population des femmes atteintes de TCA parmi la population des femmes enceintes était estimée entre 1 et 3% pour SF3, et à moins de 1% pour SF5. Si quatre sages-femmes (SF1-2-4-7) s'accordaient à dire que « *peu de femmes enceintes* » étaient concernées par les TCA, deux d'entre elles (SF1-7) affirmaient le pourcentage de femmes enceintes avec des antécédents de TCA plus élevé.

5. Description des conséquences des TCA sur l'évolution de la grossesse et de l'influence de la grossesse sur l'évolution des TCA

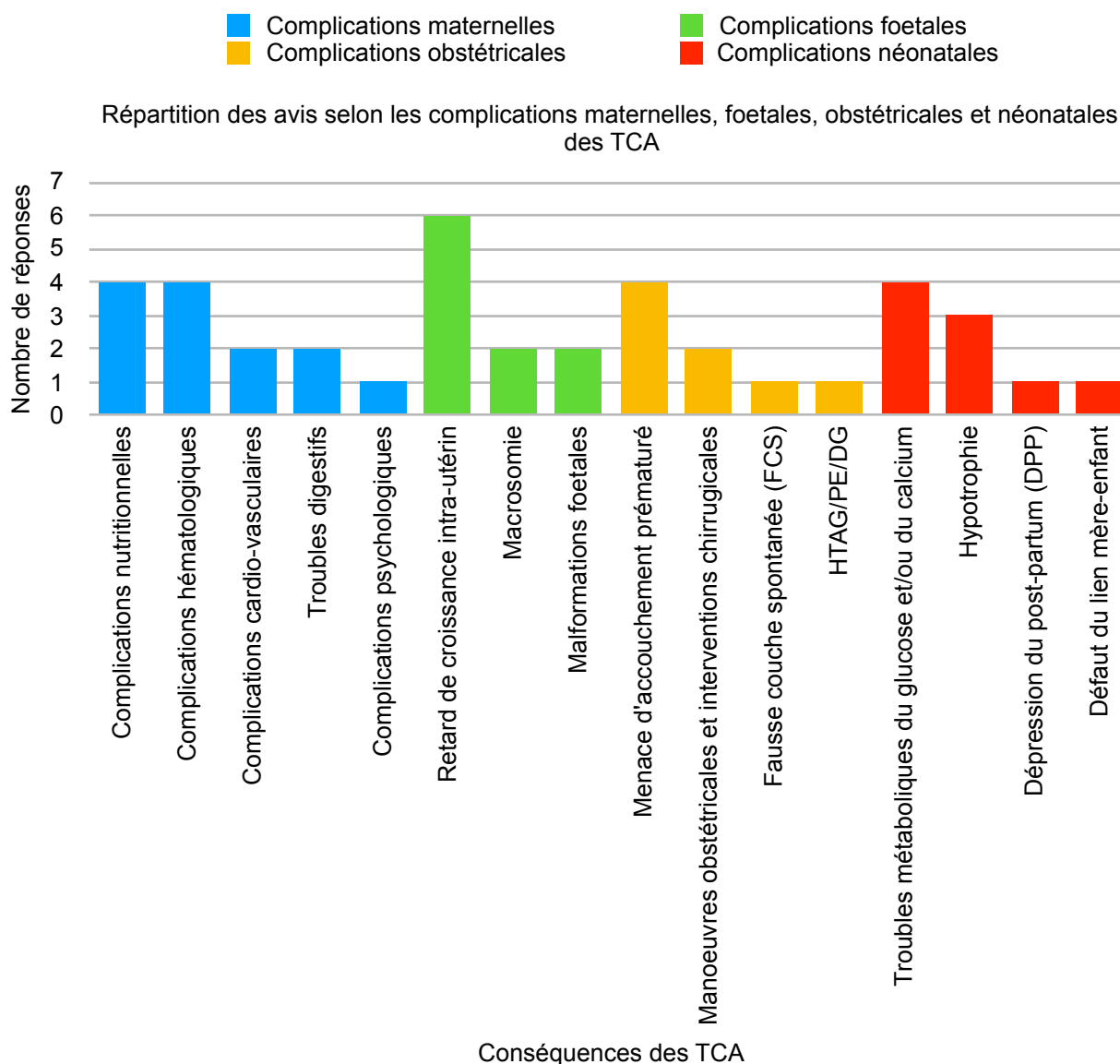


Figure 7 : Illustration des représentations de l'échantillon vis-à-vis de l'impact des TCA sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale

Seule une sage-femme (SF7) se projetait au-delà du postpartum immédiat et de la période postnatale en évoquant par ailleurs un lien entre TCA chez la mère et risque augmenté d'obésité et de diabète à l'âge adulte chez l'enfant.

SF2-3-7 considéraient uniquement l'influence de la grossesse en tant que mode de retour dans les TCA. SF2 reconnaissait que la grossesse puisse être un moment critique chez les femmes ayant des antécédents de TCA du fait des « *changements corporels qu'elle provoque* » et de « *tout le remaniement psychique qu'elle implique* ». SF3 contait le cas d'une patiente pour laquelle la grossesse réactivait un traumatisme adolescent et modifiait son comportement alimentaire de façon importante. De la même façon, SF7 supposait que « *pour les femmes ayant des antécédents, la grossesse peut probablement être un nouveau déclencheur* ».

SF5-7 niaient que la grossesse puisse être un facteur d'entrée dans les TCA. SF5 reconnaît cependant la préoccupation majeure des femmes enceintes pour leur alimentation : « *beaucoup de patientes manifestent leur envie de ne pas trop grossir, surveillent leur alimentation (...) et contrôlent leur prise de*

poids ». SF7 pensait au contraire « qu'une majorité de femmes se sent bien enceinte et se préoccupe peu de son poids pendant les 9 mois que durent la grossesse » ; mais énonçait le risque de survenue d'un TCA en période postnatale, mettant en évidence la volonté des femmes à retrouver rapidement après accouchement leur corps d'avant grossesse, ainsi que l'influence des médias et des représentations sociétales.

SF6 envisageait quant à elle les deux cas de figure en considérant la grossesse à la fois comme mode de retour mais aussi comme mode d'entrée dans les TCA : « la future mère peut aussi avoir connu des comportements proches de l'anorexie ou de la boulimie sans jamais l'avoir été, mais le devenir pendant la grossesse ». SF6 évoquait, en plus de la réactivation d'un traumatisme, « l'avidité orale impressionnante » que déclenche parfois la grossesse comme source d'angoisse majorée chez une femme ayant un antécédent de TCA. Par ailleurs, tout comme SF7, SF6 citait « la pression sociale et l'entourage » ainsi que « les messages diététiques des professionnels » comme facteurs de précipitation des TCA chez les femmes enceintes.

La constitution d'une grille thématique (annexe 7), réalisée à partir des arguments qu'ont avancé les sages-femmes concernant l'influence de la grossesse sur l'évolution d'un TCA déjà présent au moment de la conception, permettait de mettre en évidence que :

- cinq sages-femmes (SF2-4-5-6-7) estimaient cet impact aussi bien positif que négatif, une sage-femme (SF1) considérait cet impact comme principalement positif, et une sage-femme (SF3) considérait cet impact comme principalement négatif ;
- l'amélioration de la symptomatologie serait principalement due à l'investissement éprouvé envers le fœtus, tandis que l'aggravation des troubles serait principalement due à l'augmentation d'un sentiment d'angoisse en lien avec les modifications corporelles induites par la grossesse.

3. DEPISTAGE DES TCA (THEME 3)

1. Symptômes évocateurs des TCA, outils de dépistage reconnus et actions menées

Les personnes interrogées décrivaient divers symptômes évocateurs des TCA susceptibles de retenir leur attention dans le cadre du suivi prénatal :

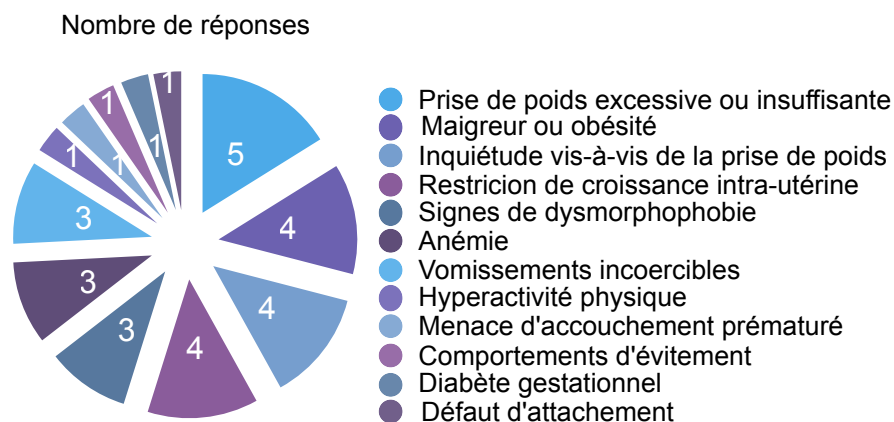


Figure 8 : Illustration de la répartition des symptômes évocateurs des TCA dans l'échantillon

Par conséquent, les répondants identifiaient des outils de repérage des TCA en corrélation avec les manifestations des TCA qu'ils nommaient précédemment :

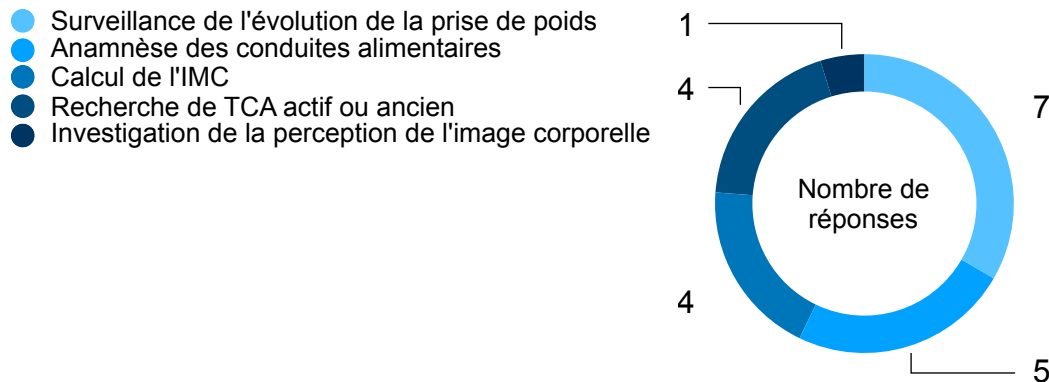


Figure 9 : Illustration de la répartition des avis de l'échantillon vis-à-vis des outils de repérage des TCA

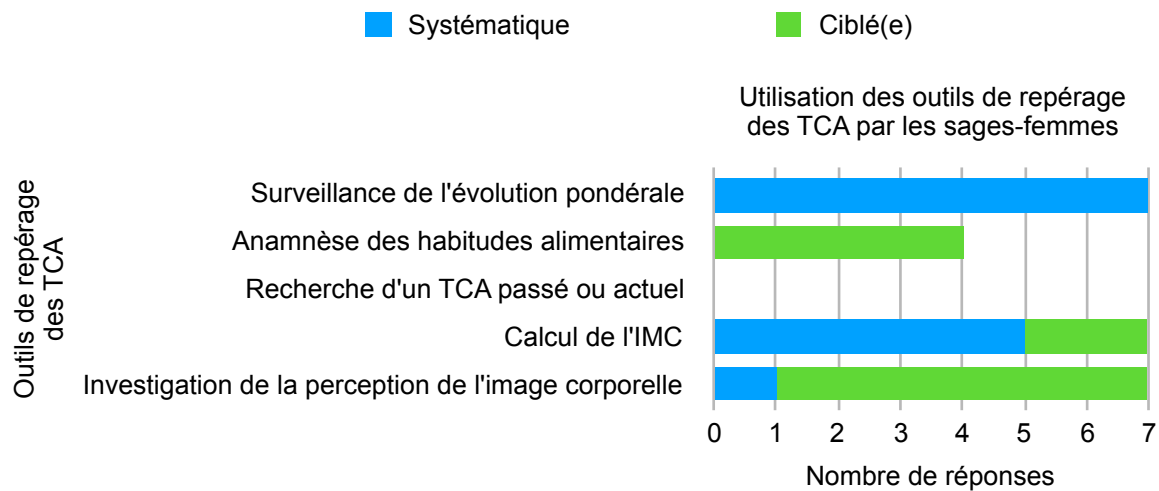


Figure 10 : Illustration des actions théoriquement menées par les sages-femmes pour le dépistage des TCA

Les SF1-2-3-7 considéraient comme satisfaisante une prise de poids située entre 8 et 12 kg pour un IMC préconceptionnel normal. SF4 mentionnait quant à elle une règle de « un kilo par mois » qu'elle jugeait personnellement erronée. SF5-7 avouaient quant à elle vouloir prévenir par la surveillance de l'évolution de la prise de poids et des pathologies gravidiques telles qu'HTA et DG plutôt que pour dépister un éventuel TCA. La prise de poids était automatiquement abordée au premier entretien avec la patiente par SF1, dès les premiers mois de grossesse par SF7 et au quatrième mois pour SF4.

En réalité, les sages-femmes interrogées procédaient à l'investigation des rythmes et des habitudes alimentaires en cas de diagnostic de DG (SF1-2-3-6-7), RCIU (SF1-3-6), prise de poids anormale (SF3-5), anémie (SF1-2), ou de manière générale lors de la survenue d'une complication de la grossesse potentiellement liée à l'alimentation (SF5-7). Seules SF4-5 exprimaient clairement mener une interrogation approfondie des conduites alimentaires en cas de discours ou de comportement alarmants vis-à-vis de la perception de l'image corporelle. Les patientes avec des régimes particuliers (notamment végétarisme) faisaient l'objet d'un questionnement plus poussé pour SF2-5. Les nausées, les reflux gastro-oesophagiens et les fringales étaient également sujets d'une anamnèse approfondie des

habitudes alimentaires pour SF7, sans que la sage-femme fasse obligatoirement le lien avec un symptôme de TCA.

Concernant le calcul de l'IMC, SF2-7 avouaient préférer se fier à leur appréciation de la corpulence. Les SF3-4-5-6 disaient le calculer à leur première rencontre avec la patiente, mais reconnaissaient l'utiliser principalement dans le cadre du dépistage du DG.

En présence d'un IMC faible : SF1 pensait pouvoir faire l'association avec l'anorexie, SF4 disait « *le garde[r] dans un coin de [sa] tête* », SF5 questionnait la pertinence d'une association immédiate entre anorexie et IMC inférieur à 18,5. En présence d'un IMC élevé : SF4 disait avant tout penser à de mauvaises habitudes alimentaires plutôt qu'à la boulimie, de la même façon SF1 associait l'obésité à de mauvaises habitudes alimentaires, à un diabète pré-existant ou à une situation précaire, et SF3-4-5-6 considéraient surtout l'IMC supérieur à 25 comme facteur de risque de DG.

Trois sages-femmes précisaient par ailleurs les normes de référence de l'IMC : SF2 reconnaissait ne pas les connaître et se référer à un calculateur à roulette, SF3-5 plaçaient toutes deux la norme entre 18,5 et 25, tandis que SF7 associait l'anorexie à un IMC inférieur à 16.

Les SF1-3-5-7 abordaient de manière systématique avec leurs patientes le vécu et le ressenti global de la grossesse, le plus souvent lors de l'EPI. SF1-3-5 s'inquiétaient principalement de savoir si la grossesse était désirée et si la future mère était soutenue. SF5 avouait ne pas questionner le ressenti des modifications corporelles des patientes, et argumentait : « *je ne demande pas à mes patientes comment elles se sentent dans leur nouveau corps ou si elles l'acceptent facilement, en fait j'ai tendance à partir du principe qu'elles m'en parleront si le besoin s'en fait sentir* ». Si la thématique du corps était abordée de façon systématique par SF3-7 dans le cadre des séances de PNP, c'était pour parler des modifications physiologiques et des maux de la grossesse (SF7), ou de l'allaitement et de la gestion des contractions (SF3). Si SF4 avouait attacher une moindre importance à la clinique, préférant se fier au langage verbal des patientes et à la critique qu'elle en fait (« *dans ma pratique, je ne me base pas sur des signes physiques [...] c'est davantage le discours et mon ressenti qui vont m'alerter* »), elle ne disait pas procéder systématiquement à un questionnement du ressenti global de la grossesse. De la même façon, si SF6 disait interroger la pratique sportive des patientes et les informer des risques d'une prise de poids trop importante, elle ne disait pas s'enquérir obligatoirement de leur ressenti.

2. Obstacles et freins au dépistage des TCA

La crainte et la pudeur, obstacles majoritairement cités au dépistage des TCA, l'étaient par les sages-femmes comme émanant aussi bien d'elles-mêmes que des femmes atteintes de TCA : par la difficulté du juste milieu dans l'analyse et le tabou que représentait les TCA d'une part ; d'autre part en raison de difficultés émotionnelles et verbales et par peur du jugement. SF1-2-3 soulignaient en outre la pertinence de l'accompagnement semi-global, en suggérant l'importance d'un suivi personnalisé avec un même praticien, dans le but de faciliter l'abord de vulnérabilités.

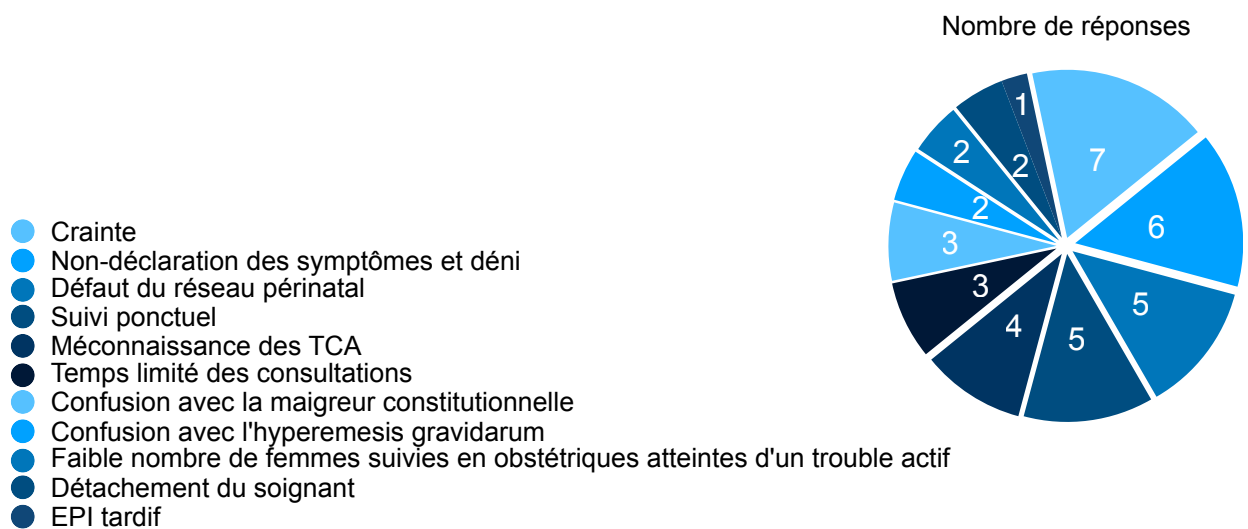


Figure 11 : Illustration des freins au dépistage des TCA chez les gestantes selon les sages-femmes

3. Mobiles et motivations du dépistage des TCA

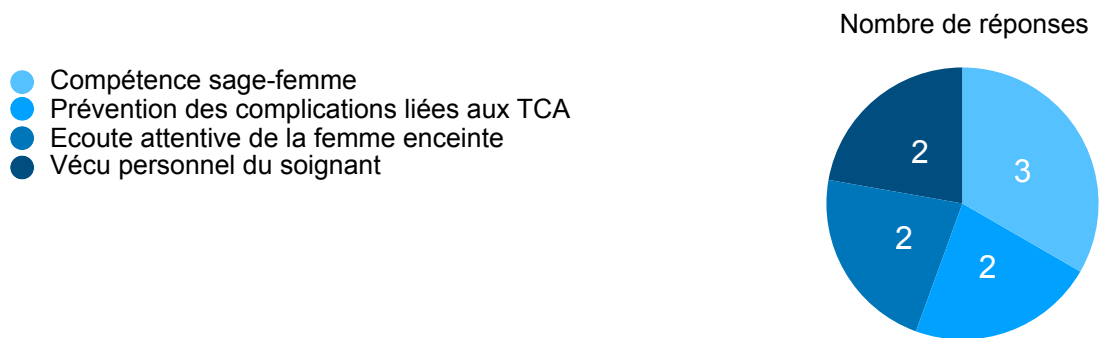


Figure 12 : Illustration des motivations au dépistage des TCA chez les gestantes selon les sages-femmes

De manière générale, l'échantillon décrivait la grossesse comme une période particulièrement propice au dépistage du fait d'un plus grand degré de motivation de soins chez les femmes enceintes, et comme l'opportunité d'appréhender les difficultés des patientes et de leur proposer une prise en charge adéquate.

Les SF1-2-4-7 jugeaient ainsi pertinent le dépistage systématique et précoce des TCA. SF3 déclarait pouvoir procéder au dépistage des TCA dans le futur à condition d'une « mise à jour des trames d'entretien et des contacts sur le réseau ». SF4 souhaitait également disposer d'un outil concret et surtout réalisable pour le repérage des TCA : « je voudrais avoir connaissance de questions types, qui soient simples, qui puissent me permettre d'être alertée clairement et de façon juste selon les réponses, des questions qui pourraient être intégrées à l'anamnèse de départ ». De la même façon, SF6 sous-entendait la nécessité de « poser plusieurs questions qui soient pertinentes ».

PARTIE 3 : DISCUSSION ET IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

1. CRITIQUE DE L'ETUDE : POINTS FORTS, POINTS A AMELIORER, LIMITES ET BIAIS

Concernant la méthodologie, le choix d'une étude qualitative s'est révélé judicieux. Une étude quantitative m'aurait simplement permis de mesurer les comportements des sages-femmes en adéquation ou non avec les recommandations actuelles concernant le dépistage de TCA ; en d'autres termes de mesurer la quantité de sages-femmes qui ont un même comportement afin d'avoir une idée concrète de la pensée générale. L'étude qualitative permettait de mettre en avant les opinions des sages-femmes. L'entretien semi-directif a permis de garantir la spontanéité et la liberté des réponses de chaque interviewée. Toutes les sages-femmes se sont vues octroyer la possibilité de développer et d'orienter leurs propos. L'utilisation d'un guide d'entretien a été de nature à encourager les interviewées à centrer leurs pensées autour de l'objet de recherche, tout en les laissant explorer des domaines non définis à l'avance. Le contact direct a été un avantage : l'emploi de la reformulation a notamment permis à l'enquêteur de s'assurer de la bonne compréhension des interventions des sages-femmes ou de demander des précisions. La situation de face à face a permis la mise en place d'une relation de confiance facilitant la communication : l'enquêtée a pu s'assurer de ma bienveillance et j'ai pu marquer mon intérêt et ma considération. La taille de l'échantillon a permis de réunir une somme considérable d'informations, et s'est avérée suffisante pour répondre à la problématique.

La réalisation de ce mémoire a été une première occasion de mener des entretiens semi-directifs. Il a été difficile au début de ne pas poser des questions susceptibles d'influencer les réponses des sages-femmes.

L'échantillon n'était pas complètement représentatif de la population générale des sages-femmes libérales. Mais la prise de contact et de rendez-vous avec les sages-femmes s'est avérée ardue. Cette difficulté peut être expliquée par le tabou que représentent encore les TCA conjugué au fait que la problématique suppose une analyse des pratiques professionnelles, et surtout par les contraintes d'emploi du temps de chacune des deux parties. Par ailleurs, la plupart des entretiens ont été réalisés sur le lieu d'exercice des sages-femmes, parfois entre deux consultations voire sur une plage de consultations de rééducation périnéale. Le temps initialement imparti à l'entretien a ainsi pu être interrompu ou raccourci, et l'attention accordée à l'entrevue a pu être diminuée.

Si la sélection de l'échantillon s'est faite en respectant les règles d'un échantillonnage aléatoire simple, elle a malgré tout pu être source de biais : les sages-femmes sondées se sont peut-être suffisamment senties concernées par les TCA pour apporter leur participation. D'autres biais liés à la relation intervieweur-interviewé ont pu être instaurés, notamment le biais de désirabilité sociale, c'est-à-dire l'envie du répondant de gagner une évaluation positive de la part de l'enquêteur ou de répondre aux attentes qu'il identifie. Une attitude neutre et une écoute empathique ont tenté de limiter au maximum ce biais.

2. INTERPRETATIONS DES RESULTATS

Toutes les personnes constitutives de l'échantillon sont de sexe féminin. Et en effet, bien que depuis 1982 les hommes puissent l'exercer, la profession reste fortement féminisée ⁸⁸ (97,4% des professionnels sont des femmes au 1er janvier 2017 ⁸⁹).

Au 1er janvier 2017, parmi les 22 787 sages-femmes en activité inscrites en France au tableau de l'ordre, 29% de la profession exerce sous statut libéral, dont environ deux tiers des sages-femmes en tant que libérales exclusives et un tiers en tant que poly actives (c'est-à-dire en cumulant une activité salariée et libérale). L'exercice libéral se développe rapidement, et s'il reste majoritairement le fait de sages-femmes expérimentées, il concerne de plus en plus souvent des professionnelles très jeunes ^{87, 91}. L'échantillon témoigne ainsi d'une répartition des professionnelles libérales en faveur des libérales exclusives, et du net rajeunissement qui accompagne la croissance constante des effectifs libéraux.

Ces dernières années, la représentation de l'exercice libéral a considérablement évolué : le libéral est devenu plus intéressant, plus fréquent, et donc plus attractif, en comparaison d'un travail en établissement de santé devenu plus pénible. Les répondants, ayant exercé peu voire aucun poste avant de démarrer une activité libérale, ou s'étant rapidement dirigées vers l'exercice libéral après avoir commencé par un exercice salarié, décrivent ainsi tous un même profil qui semble correspondre à une tendance actuelle de la profession en terme de trajectoire. La description faite par les sages-femmes interrogées de leurs activités et la mention avancée du suivi médical de grossesse comme part mineure face à d'autres champs grandissants rendent compte de l'activité libérale comme une activité de pleine réalisation du métier, de la diversité des actions réalisables, et de l'élargissement des compétences sages-femmes ^{87, 91, 92}.

Si les entretiens menés reflètent majoritairement l'attitude de jeunes sages-femmes récemment diplômées et jouissant d'une courte expérience professionnelle libérale, l'échantillon semble ainsi malgré tout en adéquation avec la mutation de la profession et ses perspectives.

1. FORMATION DES SAGES-FEMMES SUR LES TCA

Les SF2-4 sont les sages-femmes les plus anciennement diplômées au contraire des SF1-3-5-6-7 qui le sont récemment, par des modalités de formation et d'obtention différentes ⁹². Le contexte périnatal est en mutation constante, et les sages-femmes font face à de nouvelles responsabilités en voyant leurs connaissances s'élargir : c'est pourquoi l'évolution de la formation doit demeurer étroitement liée à l'évolution des savoirs et des connaissances. Par ailleurs la classification et la définition des TCA ont nettement évolué des années 80 jusqu'à nos jours et continuent d'être sources de réflexions : la problématique des TCA fait encore l'objet de nombreuses publications en raison de l'augmentation de leur prévalence, et notamment des formes dites subcliniques. Si la littérature scientifique décrit le lien qui existe entre TCA et grossesse, celui-ci semble particulièrement inexploité : quelque soit leur formation ou leur lieu d'étude, malgré l'évolution du cursus au fil du temps, malgré un regain d'intérêt pour les TCA et la progression menée dans leur approche diagnostique, et malgré les risques avérés qu'impliquent un TCA ancien ou actif dans le déroulement de la grossesse, la FI des sages-femmes sur les TCA semble inchangée.

Les sages-femmes, interrogées sur leur formation relative aux TCA, évoquaient pour beaucoup la FI et semblent négliger la FC possible. Le développement professionnel continu (DPC), régi par un

décret de 2011, dispositif de formation applicable à l'ensemble des professionnels de santé - ayant notamment pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, et l'amélioration de la qualité des soins - , constitue une obligation professionnelle triennale pour les sages-femmes ^{93, 94}. Après quelques recherches, il s'avère que de nombreux organismes dispensent des formations accessibles aux sages-femmes sur les TCA, de même que plusieurs universités proposent des DU-DIU sur le sujet. Malgré des lacunes en FI et l'existence d'une offre de FC, les sages-femmes semblent privilégier d'autres thématiques en matière de DPC. Seule une sage-femme justifie ce choix, et si les autres n'abordent pas spontanément le sujet, il aurait néanmoins été intéressant de connaître les raisons explicites pour lesquelles elles ne se sont pas formées sur les TCA.

2. CONNAISSANCE DES SAGES-FEMMES SUR LES TCA

1. Symptomatologie des TCA

Toutes les sages-femmes de l'échantillon, bien qu'elles utilisent des terminologies différentes de celles figurant dans le DSM-V (à l'exception de SF3 qui nommait avec exactitude « *l'anorexie mentale* »), semblent connaître deux des sept TCA spécifiés. S'il existe un lien entre obésité et TCA, l'obésité ne fait pas partie des troubles décrits ⁹⁵. Cette erreur commise par une seule des sages-femmes permet néanmoins de souligner que le Binge Eating Disorder (BED) et le Night Eating Syndrome (NES) favorisent l'émergence de l'obésité ⁹⁶, et qu'il apparaît alors tout aussi important de dépister chez les personnes obèses ces deux types de TCA, d'autant plus qu'on sait, à l'inverse, que plus d'un tiers des adolescents présentant un TCA restrictif ont un antécédent d'obésité ou de surpoids ⁹⁷.

Les sages-femmes ne connaissent pas ou peu les autres TCA (qu'elles semblent dans ce cas considérer comme mineurs). Et pour cause, les autres troubles étant moins répandus, ils sont aussi moins connus et moins recherchés. Par ailleurs, si l'AM et la BN sont à prédominance féminine, le pica et le mérycisme par exemple apparaissent principalement chez le jeune enfant. Or c'est bien auprès des femmes que les sages-femmes exercent majoritairement leurs compétences tout au long de leur parcours de santé : on peut ainsi comprendre que l'AM et la BN soient pour ces professionnelles les troubles les plus familiers.

S'il est vrai que l'AM et la BN sont deux entités majeures des TCA, c'est vraisemblablement l'HB (annexe 7) qui est la plus répandue. Au vu des propos recueillis, elle semble pourtant méconnue. D'autre part, les similitudes existantes entre HB et BN sont à même d'expliquer la confusion des deux pathologies. De surcroît, l'HB est devenue une entité à part entière dans le DSM-V, alors qu'elle était classée parmi les EDNOS jusqu'en 2013 par le DSM-IV ⁹⁸.

Les EDNOS s'appliquent à des patients présentant des symptômes caractéristiques des TCA causant une détresse clinique significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, mais dont tous les critères nécessaires pour établir un diagnostic de TCA ne sont pas rencontrés ^{99, 100}, et concerneraient jusque 15% des femmes suivies en obstétrique ^{101, 102}. Pourtant, seule une sage-femme suggère leur existence en évoquant des « *comportements proches de l'anorexie ou de la boulimie* ». Les formes subsyndromiques des TCA sont donc largement sous-estimées par les sages-femmes, alors même qu'ils peuvent être une forme débutante ou mineure d'AM ou de BN, et constituent de la même façon que les TCA spécifiés un risque pour le bon déroulement de la grossesse.

Regroupant les critères diagnostiques de l'AM évoqués et les symptômes évocateurs des TCA cités par les sages-femmes : deux personnes de l'échantillon (SF4-7) reconnaissent tous les critères diagnostiques décrits par le DSM-V, quatre répondants (SF1-3-5-6) reconnaissent deux critères établis sur trois, tandis que SF2 n'en identifie qu'un.

Parmi tous les symptômes décrits par les sages-femmes concernant l'anorexie, aucune erreur n'a été relevée en dehors de l'impair commis par SF1 concernant la déshydratation. La déshydratation peut, comme cette sage-femme l'indique, être symptomatique de l'AM et de la BN. Dans la mesure où elle est l'une des complications dues aux vomissements répétés ou à l'utilisation de purgatifs, elle peut être notamment présente en cas d'anorexie-boulimie ; cependant dans l'anorexie restrictive pure, les vomissements et les purgatifs sont absents, et la déshydratation n'est alors pas nécessairement marquée. Par ailleurs, certaines personnes anorexiques ont au contraire tendance à boire beaucoup d'eau, pour simuler une prise de poids ou supprimer la sensation de faim¹⁰³. L'asthénie peut quant à elle en effet trouver son origine dans la dépression, souvent associée aux TCA, ou être révélatrice de carences nutritionnelles caractéristiques de l'AM et de la BN. L'anémie est également une conséquence de la dénutrition. Généralement la fatigue de la femme enceinte disparaît au second trimestre pour revenir au troisième, mais pour certaines cette fatigue subsiste tout au long de la grossesse : différencier chez les patientes une fatigue généralisée d'un véritable signal d'alarme du processus de TCA semble difficile pour les sages-femmes dans ce contexte. De la même façon, les besoins en fer de la femme enceinte sont naturellement supérieurs, notamment en raison de l'augmentation des besoins du fœtus et du placenta ¹⁰⁴ : l'anémie est par conséquent fréquente. D'où la nécessité de connaître les signes somatiques et biologiques réellement spécifiques à l'AM et à la BN pour mieux repérer les TCA. Quant à l'aménorrhée, elle a pendant longtemps été un des critères diagnostiques de l'AM jusqu'à leur révision par le DSM-V : les sages-femmes en font pourtant très peu mention, et si elles l'évoquent comme symptôme de l'anorexie, elles précisent qu'elle ne constitue plus un obstacle à la procréation. L'actualisation des critères diagnostiques de l'AM semble donc intégrée.

L'ensemble de l'échantillon semble détenir des connaissances satisfaisantes sur l'AM, notamment sur le type restrictif pur. L'anorexie avec crises de boulimie et vomissements étant moins dessinée dans les représentations, elle est aussi moins susceptible d'être dépistée alors même qu'elle est fréquente.

Les seules informations communiquées par la plupart des sages-femmes concernant l'absorption alimentaire caractéristique de la BN sont exactes. Si les comportements compensatoires de la BN peuvent limiter la prise de poids en compensation des quantités importantes de nourriture ingérées, ils ne provoquent pas de perte de poids importante. Contrairement à l'anorexie, la boulimie ne s'accompagne pas nécessairement de fluctuations de poids apparentes et la plupart du temps, les boulimiques conservent un poids normal. La définition de la boulimie semble ainsi confuse pour la moitié des sages-femmes et reste incomplète pour l'ensemble des personnes interrogées, qui sont alors susceptibles de négliger des cas de BN.

Enfin qu'il s'agisse de l'AM ou de la BN, les comportements compensatoires ne se limitent pas aux vomissements provoqués. L'emploi abusif de laxatifs ou diurétiques, la prise d'autres médicaments purgatifs, le jeûne ou l'exercice physique excessif peuvent également être adoptés, mais sont apparemment méconnus des sages-femmes, ce qui paraît pouvoir restreindre le dépistage des TCA.

2. Populations considérées à risque de TCA

Les facteurs prédisposants aux TCA (antécédents familiaux de TCA, antécédent d'obésité, antécédents personnels de maladies psychiatriques, abus physiques et/ou sexuels) ainsi que les facteurs généralement responsables d'une majoration des symptômes psychiques et alimentaires (antécédents de dépression ou d'anxiété et troubles de la personnalité, abus de substances, facteurs de stress), de même que les symptômes psycho-pathologiques communs aux deux troubles (méséstime de soi, maîtrise excessive et traits obsessionnels) ont tous été cités, et semblent bien ancrés dans les représentations des personnes interrogées.

D'autre part, une sage-femme questionne l'existence de facteurs héréditaires déterminants, et permet ici de mettre en avant une recherche encore en cours. Si les données des études menées jusqu'à ce jour n'ont pas identifié de gène directement impliqué dans les TCA ¹⁰⁵, de multiples gènes contribuent probablement à la composante génétique de ces troubles via la régulation de l'homéostasie nutritionnelle et de l'expression de traits de personnalité ¹⁰⁶.

Parmi les facteurs biologiques cités, le sexe féminin et l'âge le sont à juste titre : le sexe-ratio homme/femme est respectivement estimé pour l'AM et la BN à 1/10 et 1/8, la prévalence de l'AM la plus élevée semble être retrouvée chez les patients de 15 à 18 ans, et une possible augmentation de l'incidence de la boulimie est observée chez les 15-19 ans ^{107, 108}.

Les sages-femmes ciblent donc les populations les plus à risque de TCA. Elle sembleraient ainsi capables de dépister un nombre de cas non négligeable, à condition de mener chez toutes les patientes une anamnèse psycho-pathologique à la recherche des facteurs de risque des TCA, et de procéder à un dépistage systématique des TCA parmi les personnes identifiées à risque.

3. Conception de l'impact réciproque entre grossesse et TCA

Les conséquences maternelles des TCA évoquées par les sages-femmes sont toutes exactes. Les signes psychologiques (troubles de l'humeur, expression d'un idéal de minceur, préoccupation majeure pour le poids, dépression) cités parmi les symptômes évocateurs des TCA auxquels toutes les sages-femmes disent en pratique prêter attention sont des points d'appel importants aussi bien pour l'AM que pour la BN : les sages-femmes inquiètes devant ces manifestations dépisteraient donc en partie les TCA. Les complications hématologiques et les carences nutritionnelles sont plus nettement connues et mises en évidence. Les complications gastro-intestinales et cardio-vasculaires sont citées dans une moindre mesure. Les complications immunologiques, métaboliques, urologiques et neurologiques sont tout à fait absentes. Or l'anorexie peut par exemple entraîner des troubles de l'immunité cellulaire, une hypothyroïdie secondaire qui contribue à la formation d'oedèmes, ou être à l'origine d'infections urinaires récidivantes voire d'une insuffisance rénale. Lors des consultations de suivi de grossesse : l'examen clinique de la sage-femme doit systématiquement rechercher la formation d'oedèmes, la pression artérielle doit toujours être mesurée, l'albuminurie recherche chaque mois la présence de protéines dans les urines signe d'infection urinaire, et une numération formule sanguine doit être obligatoirement prescrite au sixième mois ⁸⁵. Si les sages-femmes interrogées ne connaissent pas les mécanismes de ces complications, elles ne peuvent pas mener d'investigations supplémentaires vis-à-vis des conduites alimentaires en présence d'anomalies révélées lors de ces examens. D'autres signes somatiques d'un état carenciel tels que l'hypertrichose et le lanugo, les altérations dentaires, la constipation résistante, les

troubles circulatoires des extrémités ou l'hypothermie constante ne sont pas reconnus. De la même façon, les manifestations de la BN telles que l'hypertrophie des parotides, les gingivites, la gastrite ou les éraflures sur le dos d'une main ne sont pas citées. Ainsi la méconnaissance de nombreux signes de ces pathologies dévoile une entrave sérieuse au dépistage des TCA.

Du point de vue foetal, les sages-femmes ne semblent pas mesurer l'extrême gravité probable de certaines des conséquences de l'AM sur l'évolution de la grossesse : aucune des interviewées n'évoque par exemple la MFIU et l'éventualité d'une FCS est nettement sous-estimée. On peut ainsi supposer que des antécédents de MFIU ou de FCS ne donnent que très peu lieu à la recherche d'un antécédent de TCA représentant lui-même un risque pour la survenue d'un TCA nouveau. En revanche, l'ensemble des répondants se montre bien informé du taux plus élevé de RCIU et d'hypotrophie observé chez les femmes atteintes de TCA. Peu de sages-femmes envisagent pourtant systématiquement une évaluation poussée des conduites alimentaires et le dépistage d'un éventuel TCA chez la mère dans la recherche étiologique du RCIU.

Les complications obstétricales citées sont, à l'exception d'une, toutes exactes : si deux sages-femmes évoquent un risque augmenté de manoeuvres obstétricales et d'interventions chirurgicales, c'est en vérité uniquement le pourcentage de césariennes réalisées qui est légèrement supérieur à celui de la population générale. La MAP, citée à plusieurs reprises, correspond à une réelle menace des TCA : la progestérone sécrétée par le placenta et stockée dans le tissu adipeux aurait un rôle toco-inhibiteur, ainsi la malnutrition maternelle augmenterait chez les femmes anorexiques le risque de prématurité ¹⁰⁹. Si elle est reconnue comme telle, le diagnostic étiologique de la MAP doit admettre la recherche d'un trouble actif, de même qu'un antécédent de MAP peut révéler un TCA ancien. D'autre part, si l'HTAG, la PE et le DG sont toutes les trois des complications fréquentes de la grossesse, elles sont également parfois la conséquence de TCA. Or, elles sont très peu voire pas du tout discutées. S'il peut sembler que les sages-femmes ne considèrent pas les TCA comme des étiologies possibles au DG, la majorité procède à l'investigation systématique des habitudes alimentaires en cas de diagnostic de DG, et peut de ce fait dépister de manière fortuite un TCA. La non-investigation des conduites alimentaires en cas d'HTA isolée ou associée à une protéinurie conduit ainsi au contraire les sages-femmes à dépister moins de cas de TCA, mais aussi à trouver moins précocement une cause probable de ces pathologies. Si la principale complication obstétricale des TCA est connue, les conduites alimentaires méritent de la part des sages-femmes plus d'attention dans les cas de MAP, HTAG, PE et DG.

Les complications néonatales concernent pour une majorité de sages-femmes la santé physique du nouveau-né, au détriment de l'état psychique de la mère et de l'établissement du lien mère-enfant. Par ailleurs, seule une sage-femme envisage les répercussions possibles sur les futures conduites alimentaires de l'enfant. Les complications périnatales citées touchent ainsi pour beaucoup la période anténatale et perpartum : la majorité de l'échantillon semble donc sous-estimer les conséquences des TCA dans le post-partum, et la projection des conséquences des TCA chez la mère au-delà de la période postnatale est largement déconsidérée.

Les sages-femmes évaluaient en moyenne le pourcentage des femmes en âge de procréer atteintes de TCA aux environs de 5%. Leur estimation est donc assez proche de la réalité des études menées jusque là chez les femmes de 15 à 49 ans. Les professionnelles de l'échantillon reconnaissent donc les TCA en tant que problème de santé relativement fréquent en population générale. Elles sous-

estiment cependant la part des femmes suivies en obstétrique chez qui un diagnostic de TCA spécifié peut être posé. Une justification peut néanmoins leur être apportée : l'incidence principale des TCA (AM, BN et HB confondus) se situant entre 15 et 20 ans, leur apparition au cours de la grossesse est faible compte tenu de l'âge moyen de la première grossesse désormais égal à 29 ans (ce qu'exprimait parfaitement une des sages-femmes de l'échantillon). Les propos recueillis par les répondants viennent ainsi corroborer les faits déjà établis par la communauté scientifique mais confirment malgré tout que les sages-femmes savent qu'elles peuvent rencontrer en consultation des femmes atteintes de TCA passés ou actifs. Si toutes s'accordent à dire qu'une minorité de femmes enceintes est concernée par les TCA lors de la conception et continue de l'être pendant la grossesse, elles reconnaissent qu'un plus grand nombre de femmes puisse avoir des antécédents de TCA, et ont par ailleurs conscience du caractère à risque d'une grossesse chez ces patientes. De surcroît, la plupart des sages-femmes reconnaît qu'un grand nombre de patientes soit particulièrement attentif à leur poids et à leur alimentation. En effet les futures mères ne sont pas insensibles aux modifications corporelles induites par la grossesse ¹¹⁰ : selon Slade, les difficultés d'adaptation à ces changements seraient observables en début de grossesse pour ne disparaître qu'au huitième mois ¹¹¹. Des perturbations au niveau des conduites alimentaires apparaissent chez de nombreuses femmes enceintes et sont souvent entendues et comprises comme une donnée culturelle ¹¹². Il convient alors de différencier les conduites alimentaires pathologiques des « envies » reconnues comme liées à l'état de grossesse, et de rester vigilant à l'apparition d'éventuel TCA ou de tout autre désordre alimentaire.

En accord avec les données de la littérature scientifique, les sages-femmes de l'échantillon reconnaissent pour la plupart les possibilités multiples du retentissement de la grossesse sur les TCA en décrivant trois situations types : la grossesse comme déterminant de l'amélioration ou de l'aggravation des symptômes chez les femmes souffrant de TCA, la grossesse comme mode de retour dans les TCA chez les femmes ayant des antécédents de TCA, et en moindre mesure la grossesse et le post-partum comme facteurs d'entrée dans les TCA.

Sous-estimer le risque de majoration de la souffrance des femmes atteintes de TCA peut renforcer le déni ou la non-expression des troubles, et retarder le dépistage d'un TCA. De la même façon, sous-estimer la rémission des troubles chez les femmes atteintes de TCA peut décourager les patientes à s'investir dans leur guérison de même que le professionnel dans son accompagnement. Mais les sages-femmes semblent avoir connaissance des clefs et des encouragements nécessaires aux femmes souffrant de TCA pour mettre leurs habitudes alimentaires en adéquation avec leur santé et celle de leur enfant. Ainsi elles seraient capables de participer de manière positive à la prise en charge conjointe des TCA chez les patientes atteintes.

En revanche, la majorité de l'échantillon sous-estime l'impact du postpartum sur l'évolution des TCA puisqu'aucune des interviewées ne l'exprime comme période propice à l'aggravation des troubles pour les patientes dont les symptômes était en rémission en cours de grossesse. Or le postpartum est une période à risque de difficultés, marquée par des changements psychosociaux et psycho-dynamiques auxquels la femme doit s'adapter rapidement. Il convient ainsi de sensibiliser davantage les sages-femmes aux TCA comme facteurs de risque dans le postpartum ainsi qu'au rôle qu'elles continuent de jouer durant les consultations postnatales vis-à-vis du dépistage des TCA.

3. LES SAGES-FEMMES FACE AU DEPISTAGE DES TCA

Précédemment, il a été mis en évidence que les signes somatiques liés aux TCA étaient peu connus de l'ensemble des sages-femmes : par conséquent leur recherche est limitée, et leur découverte n'a pas pour effet le dépistage systématique des TCA.

Les sages-femmes analysaient pour la plupart le calcul de l'IMC comme possible outil de dépistage des TCA. Si les normes de l'IMC sont supposées connues, les sages-femmes soulèvent cependant la question d'un consensus concernant la limite à partir de laquelle on peut définir l'anorexie. Si la norme est comprise entre 18.5 et 24.9, l'IMC adapté se situe autour de 20, le poids est considéré comme insuffisant dès lors que l'IMC est inférieur à 17.5 kg/m², le pronostic vital est mis en jeu et l'hospitalisation pour ré-alimentation recommandée en dessous de 15 ¹¹³. Si la maigreur constitue un signe d'appel des TCA pour plus de la moitié de l'échantillon, les réactions adoptées face à un IMC faible ou une maigreur apparente sont différentes selon les interviewées, notamment en raison de la maigreur constitutionnelle dont peuvent être porteurs certains individus. Parmi la population maigre en France, évaluée de manière stable depuis 15 ans à 4% de la population par l'étude ObéPi ¹¹⁴, on considère que la maigreur constitutionnelle représente en réalité moins de 0.05%, soit 1 patient sur 2000. Si la maigreur constitutionnelle est en effet identifiée comme diagnostic différentiel de l'AM ^{115, 116}, l'erreur diagnostique peut conduire à un retard de prise en charge du TCA. Si l'IMC présente l'avantage d'être facilement mesurable de par la simplicité des données à recueillir, son interprétation n'est pas applicable aux femmes enceintes : les sages-femmes calculent donc l'IMC préconceptionnel des patientes grâce au poids d'avant grossesse et à la taille collectés par simple interrogatoire, et peuvent ainsi être induites en erreur. Si la majorité des sages-femmes suit les recommandations de la HAS relative au calcul de l'IMC en début de grossesse ⁸⁰, une minorité s'y refuse.

Les vomissements provoqués sont peu reconnus comme diagnostic différentiel des vomissements incoercibles, et les vomissements répétés ne semblent ainsi pas systématiquement donner lieu au dépistage des TCA.

Une faible prise de poids à deux consultations consécutives du second trimestre et un antécédent personnel de TCA doivent impérativement amener la sage-femme à dépister les TCA chez une femme enceinte ⁶⁴. Selon les recommandations de bonne pratique clinique éditées par la HAS et mises à jour en mai 2016, la femme enceinte doit faire l'objet à chaque consultation de grossesse d'une mesure du poids et de la hauteur utérine (HU) ⁸⁰. Selon un rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé de 2015 (KCE Report 248BS), conseiller chaque femme enceinte sur la prise de poids appropriée à son IMC fait également l'objet d'une recommandation positive forte¹¹⁷. En outre, il est désormais clairement établi dans la communauté médicale que, pour une corpulence initiale avant la grossesse, il existe une prise de poids dite idéale qui s'accompagne du minimum possible de risque pour la santé de la mère et de l'enfant ainsi que pour le bon déroulement de l'accouchement ^{118, 119, 120} (annexe 8). La surveillance d'une prise de poids adaptée pendant la grossesse, en plus de nécessiter une prise de poids mensuelle, suppose de la part des praticiennes une parfaite connaissance de ces données. La moitié des sages-femmes décrit la prise de poids autorisée pendant la grossesse comme corrélée à l'IMC pré-conceptionnel. Cependant, toutes font erreur sur la prise de poids idéale en cas d'IMC normal. Si aucune des personnes interrogées n'a fourni d'élément de réponse concernant l'intervalle de prise de poids recommandée pour les IMC hors-norme, et si la question n'a pas été posée au cours de l'entretien, on peut malgré tout supposer une

certaine méconnaissance des sages-femmes vis-à-vis de ces recommandations. Ainsi les acquis des sages-femmes à ce propos ne leur permettent pas de veiller pleinement à une prise de poids adaptée des patientes au fur et à mesure de l'évolution de la grossesse, ce qui peut en partie nuire au dépistage des TCA. Si la surveillance de l'évolution pondérale de la femme enceinte tout au long de la grossesse se trouve être systématique pour l'ensemble de l'échantillon, et si une prise de poids insuffisante semble en effet conduire les sages-femmes au dépistage des TCA conformément aux recommandations actuelles, leurs connaissances relatives à la prise de poids idéale pendant la grossesse demeurent à compléter.

En accord avec la littérature scientifique, plus de la moitié de l'échantillon cite les antécédents personnels de TCA comme facteurs de risque, et plus de la moitié des sages-femmes reconnaît la recherche d'un TCA actif ou ancien en début de grossesse comme outil de dépistage. Pourtant, celle-ci n'est réalisée par aucune des sages-femmes interrogées. De la même façon, si les antécédents de dépression ou de traumatismes étaient reconnus comme déterminants des TCA, aucune des répondantes n'indique s'enquérir systématiquement des antécédents psychiques personnels des patientes lors de la première consultation du suivi de grossesse, et aucune n'indique mener la recherche systématique d'un antécédent de TCA en cas d'antécédents de dépression connus, alors même qu'il a été démontré qu'en raison de la fréquente association entre TCA et dépression, cette recherche était pertinente.

Si les principales recommandations pour le dépistage des TCA chez les femmes enceintes sont peu ou pas suivies, l'investigation des rythmes et des habitudes alimentaires, l'évaluation du ressenti des modifications corporelles induites par la grossesse chez les femmes enceintes, et l'anamnèse psychopathologique des patientes ne sont pas non plus systématiques.

De manière générale, l'investigation des conduites alimentaires semble très peu réalisée en début de grossesse et, dans le cas contraire, elle est non pas faite pas dans le cadre du dépistage des TCA, mais pour la prévention d'autres pathologies plus fréquentes. D'autre part si la problématique d'image du corps ainsi que l'expression d'un trouble psychique sont entendus comme symptomatiques des TCA et constituent pour certaines sages-femmes un signe d'alerte, le ressenti des femmes vis-à-vis des modifications corporelles induites par la grossesse est très peu sondé de manière systématique. La majeure partie des répondants indique s'attacher davantage au caractère désiré ou non de la grossesse et s'inquiéter de la présence de soutien autour de la gestante dans le vécu et le ressenti global de la grossesse. Il est important de souligner que reconnaître une grossesse non désirée peut malgré tout conduire au dépistage fortuit d'un TCA. Une étude de cohorte - menée par l'équipe du King College de Londres et de l'UCL auprès de 11'088 femmes enceintes de la région d'Avon du Royaume-Uni, et ayant pour objectif de mesurer chez des femmes anorexiques et boulimiques l'impact de leur trouble alimentaire sur leur comportement lors de la grossesse comparativement à un groupe témoin - révèle par exemple que les femmes qui souffrent d'anorexie sont plus susceptibles de déclarer que leur grossesse n'était pas intentionnelle à 18 semaines de gestation, et que les femmes atteintes d'AM ou de BN sont deux fois plus nombreuses à déclarer s'être senties tristes lorsqu'elles ont découvert qu'elles étaient enceintes ^{121, 122}. Les sages-femmes perplexes devant une grossesse imprévue seraient ainsi promptes à repérer en partie les TCA si elles se montraient suffisamment soucieuses des raisons qui l'expliquent.

Enfin le paradoxe qui semble exister entre la connaissance des TCA et les moyens mis en oeuvre pour le dépistage au cours du suivi de grossesse par les sages-femmes serait en partie expliqué par les nombreux obstacles qu'elles rencontrent.

3. ATTEINTE DES OBJECTIFS ET VALIDATION DES HYPOTHESES DE RECHERCHE

De nombreuses réponses ont été apportées : il existe ainsi des observations générales qui s'appliquent à toutes les sages-femmes et des observations spécifiques à chacune d'entre elles.

Outre l'AM et la BN, les sages-femmes ne connaissaient pas les TCA spécifiques et sous-estimaient par ailleurs largement les TCA non spécifiés. Si les sages-femmes semblaient avoir des connaissances solides sur les facteurs de risque des TCA et les complications qu'ils sont susceptibles d'engendrer pendant la grossesse, les connaissances qu'elles détenaient sur les manifestations des TCA étaient parfois incomplètes ou erronées. Il paraît nécessaire de sensibiliser les sages-femmes à tous les types de TCA (notamment HB et EDNOS) et de renforcer les connaissances des sages-femmes sur les signes somatiques liés à ces pathologies. Il semble ainsi que les sages-femmes aient les connaissances nécessaires à un dépistage partiel des TCA, et donc que la première hypothèse de recherche soit validée.

Les sages-femmes ne dépistaient pas les TCA de manière systématique, tandis que la systématisation de ce dépistage est de plus en plus recommandée par de nombreuses études. Certaines semblaient préférer un dépistage ciblé des TCA pendant la grossesse, notamment en raison de la mince proportion de femmes atteintes d'un trouble actif au moment de la conception, et parce qu'elles percevaient des populations plus à risque. Seulement le dépistage des TCA par les sages-femmes n'est pas plus tangible chez les populations cibles identifiées que chez les femmes enceintes de manière générale. La durée des consultations et surtout la quantité d'informations à recueillir et à donner en un temps limité représentent également un obstacle au dépistage systématique des TCA. Si le dépistage des TCA a rarement lieu lors du premier entretien avec la patiente, les sages-femmes demeurent cependant attentives aux signes physiques et psychiques des TCA à mesure des consultations : le dépistage des TCA, à défaut d'être précoce, existe donc. Il paraît malgré tout insuffisant, d'autant plus que souvent, c'est la survenue d'une complication dans le déroulement de la grossesse qui impose à la sage-femme le dépistage d'un TCA éventuel : les sages-femmes négligeraient ainsi une part importante de femmes atteintes de TCA dont le trouble n'entraîne pas spécifiquement plus de complications (par exemple TCA subsyndromiques ou BN). La seconde hypothèse de recherche semble donc elle aussi validée.

Certaines sages-femmes reconnaissaient par elles-mêmes leur manque de connaissances comme entrave au dépistage des TCA, et accusaient un manque de formation. Outre les freins propres au dépistage des TCA mis en évidence, les sages-femmes évoquaient les difficultés d'orientation des patientes atteintes de TCA, et mettaient en cause un défaut du réseau périnatal par le manque de professionnels référents compétents. Si les sages-femmes sont susceptibles d'utiliser des trames pour la constitution du dossier obstétrical ou possèdent une documentation sur la nutrition des femmes enceintes et la prévention des risques liés à l'alimentation, aucune n'a connaissance des outils de dépistage des TCA déjà existants ou ne dispose d'un quelconque outil pour le dépistage des TCA chez les gestantes. Et pour cause : bien que les tests de dépistage en soin primaire existent, ils restent peu utilisés (les patients atteints de TCA sont essentiellement diagnostiqués suite à une perte de poids importante ou des comportements alimentaires atypiques décelés par l'entourage) ; et il n'existe à ce jour aucun test de dépistage des TCA validé chez les femmes enceintes. Lors des entretiens, certaines ont par ailleurs expressément soumis le dépistage systématique des TCA dans leur pratique à l'utilisation d'un outil

adapté. D'autres réfléchissaient à la meilleure façon pour elles d'aborder les TCA dans le cadre du suivi de grossesse, et au moment le plus opportun pour le dépistage des TCA. Malgré les barrières et les contraintes auxquelles elles peuvent être confrontées, les sages-femmes admettent pour la plupart la pertinence d'un dépistage systématique et précoce des TCA. De cette façon, la troisième hypothèse est validée.

L'objectif principal de cette étude a donc été atteint. L'étude des connaissances et des représentations des sages-femmes vis-à-vis des TCA, ainsi que l'observation et la compréhension des actions qu'elles mènent pour leur dépistage, ont permis de démontrer que le dépistage des TCA était peu ou pas réalisé par les sages-femmes libérales, et de définir les principaux enjeux de l'amélioration du dépistage des TCA. L'examen des besoins des sages-femmes en matière d'information et d'outil faisait émerger au cours de l'étude un objectif secondaire, atteint par la création d'une brochure sur les TCA qui leur serait destinée.

4. PROPOSITIONS D'ACTION : MESURES D'AMELIORATION DU DEPISTAGE DES TCA PAR LES SAGES-FEMMES LIBERALES

1. INFORMATION DES SAGES-FEMMES

Les connaissances des sages-femmes vis-à-vis des TCA paraissent indépendantes des modalités ou de l'année d'obtention du DE : les connaissances de base dont elles disposent semblent pour la plupart l'entente d'idées reçues et l'apprentissage d'une situation personnelle ou professionnelle liée aux TCA plutôt qu'un acquis par la formation. Bien que les actions de dépistage des TCA mises en oeuvre par les sages-femmes ne soient pas obligatoirement proportionnelles à leur degré de connaissance, et bien que ce manque de connaissance ne soit pas la seule entrave au dépistage des TCA, il semble essentiel de développer dans un premier temps les acquis des sages-femmes à ce sujet.

Si l'apprentissage de la profession doit s'adapter aux besoins de santé de la société et des individus, et s'il doit correspondre aux futures fonctions et compétences de la sage-femme, l'inclusion d'un enseignement sur les TCA dans la FI permettrait d'améliorer les connaissances des étudiants sages-femmes sur les TCA, et de les sensibiliser au dépistage de ces pathologies. Durant les deux premières années d'étude, le programme est essentiellement axé sur la physiologie ; tandis que la quatrième et la cinquième année sont centrées sur les pathologies gynécologiques, obstétricales, néonatales et pédiatriques. Le choix des UE est variable selon les facultés, et s'il semble que la formation sage-femme ne comporte pas de module sur les TCA, la nutrition et la diététique des femmes enceintes semble au contraire être un module quasi constant : ainsi, l'information des étudiants sages-femmes sur les besoins alimentaires spécifiques à la femme enceinte pourrait être instaurée en licence et complétée d'une partie théorique sur les TCA en master. Aussi, pour préparer les différentes orientations professionnelles et permettre aux étudiants d'acquérir certaines spécificités, la formation actuelle comprend des UE libres ou librement choisies : un enseignement en collaboration avec d'autres professionnels de santé sur le dépistage et la prise en charge des TCA dans un contexte périnatal pourrait également être proposé pour les étudiant(e)s qui le désirent.

Par ailleurs, après leur installation, les sages-femmes libérales se tournent souvent vers des FC en lien avec l'évolution de leur activité. Chaque année, l'organisme gestionnaire de la formation médicale continue de la profession en secteur libéral retient des thèmes imposant les formations et les DU pris en charge. Si la formation à la rééducation périnéale et en gynécologie sont en tête des formations suivies et déjà largement investies ⁹⁴, la commission scientifique indépendante des sages-femmes pourrait formuler un avis positif sur l'orientation vers une FC autour des TCA. Enfin le dépistage et la prise en charge des TCA chez les femmes et plus particulièrement chez les femmes enceintes pourraient faire l'objet d'un bulletin d'information du CNOSF, afin de sensibiliser l'ensemble des sages-femmes à cette problématique et d'attiser l'intérêt des sages-femmes libérales pour une FC en rapport avec les TCA.

2. VERS UN DEPISTAGE SYSTEMATIQUE ET PRECOCE DES TCA

L'AM est responsable de la plus grande et de la plus fréquente perte de fécondité, pourtant certaines femmes atteintes d'AM ne rencontrent aucun problème de fertilité. Les grossesses chez les anorexiques sont rares, et elles concernent le plus souvent les femmes ayant un IMC limite entre 17 et 18.5 kg/m². L'obtention d'une grossesse n'est donc pas exclue lors des phases de rémission où l'IMC a été proche de la normale. D'autre part, le lien entre anorexie et troubles menstruels ne se limite pas au poids, l'aménorrhée fluctuant avec l'humeur dépressive. En ce sens, le retour des règles est un signe d'amélioration (mais pas de guérison) du trouble chez les anorexiques. Une femme ayant souffert de TCA peut également recouvrer une fertilité normale suite à l'arrêt de conduites alimentaires inadaptées : en effet, si 92 à 95% des anorexiques avec un IMC inférieur à 18 kg/m² sont en aménorrhée, seules 15% demeurent sans règle dès lors que l'IMC dépasse 18.5, et seules 6% avec un IMC supérieur à 18.5 restent en aménorrhée après six mois d'équilibre pondéral et de reprise d'une alimentation normale. Si dans l'AM la perte de poids peut provoquer des changements hormonaux empêchant l'ovulation, le poids dans la BN reste normal : s'il n'y a donc le plus souvent pas d'aménorrhée, on peut observer un retard ou un espacement anormal des cycles et des saignements trop longs ou trop abondants, pouvant entraîner des difficultés pour procréer ^{121, 122}. D'autre part, l'accès à la PMA permet aux femmes infertiles, dont celles atteintes de TCA, d'obtenir une grossesse ¹²³. De ce fait, et face à l'augmentation du recours à la PMA, plusieurs auteurs conseillent de rechercher systématiquement lors d'une demande des informations sur les conduites alimentaires ^{124, 125}. En outre, les sages-femmes ne doivent pas négliger dans l'anamnèse la régularité des cycles menstruels et la présence passée de période d'aménorrhée, de même que le mode d'obtention de la grossesse pour la grossesse actuelle mais également pour les grossesses antérieures.

S'il est recommandé à tous les professionnels de la périnatalité d'effectuer un repérage systématique des conduites addictives chez les femmes enceintes lors de la grossesse, et si le repérage des addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne, drogues synthétiques et médicaments psychotropes) s'effectue majoritairement lors de la première consultation prénatale ^{80, 126, 127}, la recherche d'un TCA actif ou passé devrait également pouvoir se faire à cette occasion par une question du type « avez-vous souffert ou souffrez-vous d'un trouble du comportement alimentaire ? ».

Les sages-femmes doivent systématiquement :

- calculer l'IMC en début de grossesse et procéder au dépistage des TCA en cas d'extrêmes ;

- surveiller l'évolution pondérale pendant la grossesse (et en particulier au second trimestre), en se référant davantage aux intervalles de prise de poids recommandés en fonction de l'IMC préconceptionnel ;
- rechercher un trouble actif en cas d'hyperemesis gravidarum, RCIU et DG.

D'autre part, l'EPI serait le moment le plus opportun pour évaluer la présence de TCA en menant une anamnèse systématique des rythmes et des habitudes alimentaires, en interrogeant systématiquement les femmes enceintes sur le ressenti des modifications corporelles induites par la grossesse et en leur posant des questions plus spécifiques sur le vécu de la prise de poids. Les recommandations professionnelles relatives à la Préparation à la Naissance et à la Périnatalité (PNP) éditées par la HAS en novembre 2005 donnent un exemple de guide d'entretien à destination des sages-femmes et indiquent les points essentiels à aborder lors du suivi de grossesse anténatal ⁸⁰. Les propos recueillis suscitent néanmoins l'existence d'un besoin en terme d'outil adapté au dépistage des TCA. Cet outil devrait être, en accord avec les sages-femmes, simple et rapide : en d'autres termes, il devrait être facile à mémoriser, et ne devrait pas nécessiter un long temps de passation et d'analyse. Si la crainte d'une mécanisation de l'échange soignant-soigné par l'utilisation d'un support est compréhensible, un support de soin permettrait par ailleurs de structurer l'entretien entre la sage-femme et ses patientes, et de légitimer le questionnement des TCA dans le dialogue.

Suivant ces propositions, un prototype de brochure informative sur les TCA a été créé à destination des sage-femmes libérales dans le but de fournir aux professionnelles qui souhaitent démarrer cette activité ou qui l'exercent déjà l'accès aux principales informations des TCA, aux recommandations de bonne pratique, à un questionnaire en 6 items destiné au dépistage des TCA, et aux contacts des professionnels de santé référents du département pour l'orientation des patientes concernant la confirmation du diagnostic et la prise en charge des TCA en Moselle.

Enfin si l'objectif principal de l'étude était de démontrer que le dépistage anténatal des TCA était peu ou pas réalisé, et si la mise en oeuvre d'un dépistage systématique et précoce semble être la principale mesure nécessaire à l'amélioration du dépistage des TCA par les sages-femmes et à la prévention des risques pour le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, le repérage des TCA dans le postpartum et la continuité de l'évaluation des troubles ne devraient pas non plus être délaissés. Les signes évocateurs d'une dépression postpartum doivent être recherchés lors de la visite postnatale ¹²⁸. L'observation, l'interrogatoire et l'analyse du dossier médical-obstétrical devraient notamment rechercher les interactions mère-enfant, les antécédents personnels et familiaux, l'IMC et à la prise de poids pendant la grossesse, la surveillance néonatale mise en place à la maternité (mode d'alimentation et courbe de poids) ainsi que l'alimentation actuelle du nouveau-né et son développement psychomoteur.

CONCLUSION

Les TCA font référence à un ensemble de troubles dont les symptômes sont multiples mais tous caractérisés par des attitudes et des comportements mésadaptés face à la nourriture, au poids et à l'image corporelle. Si l'AM, la BN et l'HB ont des points communs, ceux-ci peuvent être à l'origine de difficultés pour les sages-femmes, et la confusion des particularités de chacun peut altérer le dépistage des TCA.

Si les sages-femmes affirment le caractère risqué d'une grossesse chez une femme ayant souffert ou souffrant de TCA, elles considèrent également la grossesse comme une période généralement propice à l'écoute et à la prise en charge : elles jugent ainsi possible par le dépistage systématique et précoce des TCA la prévention de complications pour le bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement, et misent sur l'investissement du fœtus comme moteur de l'amélioration des troubles pendant voire après la grossesse.

La sous-estimation du nombre de femmes enceintes atteintes d'un TCA au moment de la conception, la méconnaissance des signes somatiques liés aux TCA, et la non-application par les sages-femmes libérales de certaines mesures faisant pourtant l'objet de recommandations pour la bonne pratique clinique compromettraient cependant nettement le dépistage précoce des TCA.

Si les connaissances des sages-femmes sur les TCA sont convenables sans être réellement satisfaisantes, la plupart ont été acquises par des vecteurs autres que leur formation : il paraît ainsi nécessaire que les sages-femmes soient mieux formées sur les TCA par leur formation initiale et par la formation continue. D'autre part, la mise à disposition d'un outil de dépistage ayant fait l'objet d'une validation chez les femmes enceintes pourrait ainsi considérablement améliorer le dépistage anténatal précoce des TCA par les sages-femmes libérales.

En tant que personne l'ayant vécu, je souhaiterais que toutes les femmes enceintes atteintes de TCA puissent ainsi bénéficier d'un repérage précoce et d'une prise en charge optimale. En tant que future professionnelle sage-femme, j'ai la volonté de me former pour oeuvrer aux préventions primaire, secondaire et tertiaire des TCA chez les femmes et de m'impliquer dans le réseau périnatal. De la même façon, j'espère voir bientôt la mise à disposition d'un outil de dépistage fiable des TCA chez les femmes enceintes.

Si les entretiens ont tous été réalisés sur un seul site et auprès d'une population cible avec un mode d'exercice unique, la réalisation d'une étude similaire auprès de sages-femmes exerçant dans d'autres lieux et selon des modalités d'exercice différentes pourrait venir compléter ces résultats et permettrait d'avoir un reflet plus global des connaissances des sages-femmes relatives aux TCA et des actions qu'elles mènent pour leur dépistage. Si les sages-femmes ont révélé de nombreux éléments rendant difficile le dépistage des TCA, il serait intéressant de savoir si ces difficultés sont ressenties par les patientes atteintes de TCA et influencent la façon dont elles se livrent sur leurs troubles au cours du suivi de grossesse anténatal. Enfin si cette étude se voulait principalement descriptive du dépistage anténatal des TCA réalisé par les sages-femmes libérales, il pourrait par ailleurs être pertinent de mener une étude analytique de l'outil de dépistage proposé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Timothy Walsh B, Attia E, Bryant Waugh R, et al. Feeding and eating disorders. In : American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing ; 2013. p. 329-54.
2. INSERM. Anorexie mentale, [Internet]. (Consulté le 15/03/2015). Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologiepsychiatrie/dossiers-d-information/anorexie>.
3. Bailly D, Bouvard M, Casadebeig F, et al. Troubles des conduites alimentaires. In : Groupe d'expertise collective de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent, Rapport complet. Paris : les éditions INSERM ; 2002. p. 727-71.
4. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2006 July ; 19(4): 389-94.
5. Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2003 ; 34(4): 383-396.
6. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007 Feb 1 ; 61(3): 348-58.
7. Hepp U, Milos G. Troubles alimentaires. *Forum Med Suisse*. 2010 ; 10(48): 834-40.
8. Preti A, Girolamo G de, Vilagut G, Alonso J, Graaf R de, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries : results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res*. 2009 ; 43(14): 1125-32.
9. Tozzi F, Thornton L, Klump K, et al. Symptom fluctuation in eating disorders : correlates of diagnostic crossover. *Am J Psychiatry*. 2005 ; 162 : 732-40.
10. Walsh JM, Wheat ME, Freund K. Detection, evaluation, and treatment of eating disorders : the role of primary care physician. *J Gen Intern Med*. 2000 Aug ; 15(8): 577-90.
11. Hsu LK. Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1996 Dec ; 19(4) : 681-700.
12. Faiburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *The Lancet*. 2003 ; 361(9355): 407-16.
13. 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 Sept ; 63(3): 297-303.
14. Paterne L. Dépistage des femmes enceintes atteintes de troubles des conduites alimentaires. Angers : Ecole de Sages-Femmes René Rouchy. 2013 ; 64.
15. Miller KK, Grinspoon SK, Ciampra J, et al. Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. *Arch Intern Med*. 2005 Mars 14 ; 165(5): 561-6.
16. Liberelle B. Conséquences médicales des pratiques boulimiques. In : Vincent T. La boulimie : une indication pour se perdre. Editions ERES ; 2008. p. 35-42.
17. Treasure J, Claudino A, Zucker N. Eating disorders. *The Lancet*. 2010 Feb 13 ; 375(9714): 583-93.

18. Duvauchelle M. La relation mère-fille au coeur de la pathologie anorexique. Mémoire de recherche en psychologie. Université catholique de Paris. 2012 ; 133.
19. Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale : prise en charge, recommandations de bonne pratique ; 2010.
20. Schwartz DM, Thompson MG. Do anorectics get well ? Current research and future needs. *Am J Psychiatry*. 1981 Mar ; 138(3): 319-23
21. Emmet SW. Theory and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia : Biomedical Sociocultural and Psychological Perspectives. New York : Brunner/Mazel. 1985.
22. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2009 ; 166: 1342-46.
23. Connan F, Campbell IC, Katzman M, et al. A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiol Behav*. 2003 ; 79: 13-24.
24. Jeammet P. Anorexie et boulimie : les paradoxes de l'adolescence. Paris : Hachette Pluriel Référence ; 2011.
25. Measelle JR, Stice E, Hogansen JM. Developmental trajectories of co-occurring depressive, eating, antisocial and substance abuse problems in female adolescents. *J Abnorm Psychol*. 2006 ; 115(3): 524-38.
26. Steiner H, Kwan W, Shaffer TG, et al. Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003 ; 12(Suppl. 1): 136-38.
27. Godart N, Duclos J, Perdereau F. Troubles des conduites alimentaires, étiopathogénie des troubles du comportement alimentaire. In : Jeammet P, Flament M. La boulimie : réalités et perspectives. Editions MASSON ; 1999. p. 490-94.
28. Giusti V, Gebhard S, Stiefel F, et al. Programme ABC/TAB : prise en charge somatique des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire. Lausanne : CHUV ; 2010.
29. Gall-Bronnec M, Guillou-Landreas M, Venisse JL. Situation d'urgence en matière de troubles du comportement alimentaire. *Rev Prat*. 2008 ; 58 : 161-5.
30. National Institute for Health and Clinical Excellence. Eating Disorders : Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Leicester, London : The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists ; 2004.
31. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire : assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*. 1999 Dec 4 ; 319(7223): 1467-8.
32. Garcia FD, Grigioni S, Allais E, et al. Detection of eating disorders in patients : validity and reability of the french version of the SCOFF questionnaire. *Clin Nutr*. 2011 Apr ; 30(2) : 178-81.
33. Hill LS, Reid F, Morgan JF, et al. SCOFF : development of an eating disorder screening questionnaire. *Int J Eat Disord*. 2010 May ; 43(4) : 344-51.
34. Winnicott DW. La préoccupation maternelle primaire. In : De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot ; 1969. p. 168-74.
35. Bydlowski M. La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité. 6ème éd. Paris : Presses Universitaires de France ; 2008. 37

36. Bydlowski M. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir*. 2001 ; 13(2): 41-52.
37. Rocco PL, Orbitello B, Perini L, et al. Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: a prospective study. *J Psychosom Res*. 2005 ; 59: 175-9.
38. Abraham S, King W, Llewellyn-Jones. Attitudes to body weight, weight gain and eating behavior during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1994 ; 15(4): 189-95.
39. Berg KM, Hurley DJ, McSherry JA, et al. *Troubles du comportement alimentaire*. Bruxelles : De Boeck ; 2005.
40. Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2001 Jun ; 24(2): 201-14.
41. Fairburn CG, Welch S. The impact of pregnancy on eating habits and attitudes to shape and weight. *J Int Eat Disord*. 1990 Mar ; 9(2): 153-60
42. Anorexie et boulimie. Grossesse et troubles du comportement alimentaire, [Internet]. (Consulté le 22/03/15). Disponible sur : <http://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-501-grossesse-et-troubles-du-comportement-alimentaire.htm>
43. Chizawsky LL, Newton LL, Newton MS. Eating disorders : identification and treatment in obstetrical patients. *AWHONN Lifelines*. 2007 Jan ; 10(6) : 482-8.
44. Lemberg R, Phillips J. The impact of pregnancy on anorexia nervosa and bulimia. *J Int Eat Disord*. 1989 May ; 8(3): 285-95.
45. Blais M, Becker A, Burwell R, et al. Pregnancy : outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. *Int J Eat Disord*. 2000 ; 27: 140-9.
46. Peolidis M. La maternité chez des femmes ayant été anorexiques mentales à l'adolescence. *Carnet PSY*. 2004 ; 90(4): 26-30.
47. Tierney S, Fox JR, Butterfield C, et al. Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder : a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2011 Oct ; 48(10): 1223-33.
48. Franko DL. Eating disorders in pregnancy and postpartum. In : Hendrick V. *Psychiatric Disorders in pregnancy and postpartum*. Humana Press ; 2006. p. 179-96.
49. Conrad R, Schablewski J, Schilling G, et al. Worsening of symptoms of bulimia nervosa during pregnancy. *Psychosomatics*. 2003 ; 44(1): 76–8.
50. Tierney S, McGlone C, Furber C. What can qualitative studies tell us about the experience of women who are pregnant that have an eating disorder ? . *Midwifery*. 2013 May 9 ; 29(5): 542-9.
51. Shaffer SE, Hunter LP, Anderson G. The experience of pregnancy for women with a history of anorexia or bulimia nervosa. *Can J Midwifery Res Pract*. 2008 ; 7(1): 17-30.
52. Larsson G, Andersson-Ellström A. Experiences of pregnancy-related body shape and of breast-feeding in women with a history of eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2003 Apr ; 11(2) : 116-24.
53. Andersen AE, Ryan GL. Eating Disorders in the obstetric and gynecologic patient population. *Obstet Gynecol*. 2009 Dec ; 114(6): 1353-67.
54. Micali N. Eating disorders and pregnancy. *Psychiatry*. 2008 ; 7(4): 191-3.

55. Morgan JF, Lacey JH, Sedgwick PM. Impact of pregnancy on bulimia nervosa. *Br J Psychiatry*. 1999 Feb ; 174: 135-40.
56. Sinapi AL. Le vécu de la grossesse chez les femmes ayant une histoire de troubles du comportement alimentaire. Paris : Université de Paris Descartes, Ecole de sages-femmes Baudelocque. 2015 ; 55.
57. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, et al. Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa : a controlled study. *J Clin Psychiatry*. 1999 ; 60(2): 130-5.
58. Micali N, Treasure J, Simonoff E. Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *Br J Psychiatry*. 2007 Jan 3 ; 190(3): 255-9
59. Morgan JF, Lacey JH, Chung E. Risk of postnatal depression, miscarriage and preterm birth in bulimia nervosa : retrospective controlled study. *Psychosom Med*. 2006 Jun ; 68(3): 487-92.
60. Sollid CP, Wisborg K, Hjort J, et al. Eating Disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol*, 2004 ; 190(1): 206-10.
61. Pasternak Y, Weintraub AY, Shoham-Vardi I, et al. Obstetrical and perinatal outcomes in women with eating disorders. *J Women Health*. 2012 jan ; 21(1): 61-5.
62. Agency for Healthcare and Research Quality. Eating Disorders during pregnancy and postpartum, National Guideline Clearinghouse. Rockville MD ; 2014.
63. Patel P, Wheatcroft R, Park RJ, et al. The children of mothers with eating disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2002 Mar ; 5(1) : 1-19.
64. Franko DL, Spurrell EB. Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2000 ; 95(6) : 942-6.
65. Bulik CM et al. Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa). *Int J Eat Disord*. 2009 Jan ; 42(1) : 9-18.
66. Chassevent A. Maternité et conduites addictives. Nantes : Faculté de médecine. 2008 ; 220.
67. Zerbe KJ. Eating disorders in the 21st century: identification, management, and prevention in obstetrics and gynecology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaceol*. 2007 ; 21(2): 331-43.
68. Franko DL, Blais MA, Becker AE, et al. Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2001 Sep ; 158(9) : 1461-6.
69. Eagles JM, Lee AJ, Raja EA, et al. Pregnancy outcomes of women with and without a history of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 2012 Dec ; 42(12): 2651-60.
70. Solmi F, Sallis H, Stahl D, et al. Low weight in the offspring of women with anorexia nervosa. *Epidemiol Rev*. 2014 ; 36(1): 49-56.
71. Koubaa S, Hällström T, Lindholm C, et al. Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstet Gynecol*. 2005 ; 105(2): 255-60.
72. Mazzeo SE, Jones I, Mitchell K, et al. Association among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *Int J Eat Disord*. 2006 Apr ; 39(3): 202-11.
73. Kent A. Psychiatric disorders in pregnancy. *Obstet Gynaceol Reprod Med*. 2011 Nov ; 21(11): 317-22.

74. Corcos M. Les troubles des conduites alimentaires à l'adolescence, féminité et fertilité : plaidoyer pour une prise en charge conjointe. In : Azoulay M, dir. Journées de techniques avancées en gynécologie, obstétrique et périnatalogie. 12-18 Janvier 2007. Le Gosier, Guadeloupe. Nice : Impr. Toscane.
75. Corcos M, Alvarez L, Lamas C, et al. Troubles des conduites alimentaires maternels en période périnatale : un enjeu de prévention des troubles précoces du développement et de la parentalité. EMC - Psychiatrie. 2014 Oct ; 11(4) : 1-10 [Article 37-170-A-35].
76. Cantrell C, Kelley T, McDermott T. Midwifery management of the women with an eating disorder in the antepartum period. J Midwifery Women Health. 2009 Dec ; 54(6): 503-8.
77. Newton MS, Chizawsky LL. Treating vulnerable populations : the case of eating disorders in pregnancy. Psychosom Obstet Gynaecol. 2006 Mar ; 27(1): 5-7.
78. Code de la Santé Publique. Art L2122-1 (version à jour au 14 mars 2016)
79. Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé ; Avril 2005.
80. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées ; Mai 2016.
81. Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale. Plan périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité. Paris : Ministère chargé de la santé ; 2004.
82. Blondel B, Kermarrec M. Enquête Nationale Périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 ; 2011.
83. Code de la Santé Publique. Art L 4151-3 (version à jour au 17 avril 2017)
84. Code de la Santé Publique. Art L 4151-1 (version à jour le 26 janvier 2016)
85. Ponte C, Nguyen F, Poulain MA. Conditions d'exercice de la profession sage-femme. In : 50 questions sur le métier de sage-femme. Paris : Elsevier Masson ; 2011. p. 109-111.
86. Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes. Référentiel métier et compétences sages-femmes. Paris ; Janvier 2010.
87. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Les sages-femmes : une profession en mutation. [en ligne]. Paris : DICOM ; mai 2016. URL : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf
88. Jacques B, Purgues S. L'entrée des hommes dans le métier de sage-femme : faire sa place dans un monde professionnel « ultraféminisé ». Revue Française des Affaires Sociales. 2012; 2 : 52-71.
89. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes [Internet]. Paris : CNOSF [consulté le 1er juillet 2018]. Données démographiques de la profession ; [1]. URL : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/11/Nombre-de-SF-par-genre.pdf>
90. Seys B. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. Etudes et Résultats [en ligne]. Mars 2012 [cité le 1er juillet 2018] ; (791) : [8 p.]. URL : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er791.pdf>
91. Micheau J, Alliot F. Le marché du travail des sages-femmes : transition ou équilibre ?. Rapport d'étude. Paris : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes ; octobre 2014. 98 p. URL : <http://>

www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2016/04/Etude-Le-march%C3%A9-du-travail-des-SF-1.pdf

92. Morin C, Leymarie MC. Evolution de la formation des sages-femmes. Les Dossiers de l'Obstétrique [en ligne]. Août-Septembre 2014 [cité le 1er juillet 2018] ; (440) : 28-32. URL : http://cnema.fr/cnema/wp-content/uploads/2016/01/Evolution-de-la-formation-des-SF-DO-440_MANAGEMENT.pdf
93. Haute Autorité de Santé. Développement professionnel continu. [en ligne] 25 juin 2018 [cité le 1er juillet 2018]. URL : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2808961/fr/developpement-professionnel-continu-dpc
94. Code de la Santé Publique. Art L 4021-1 (version à jour le 28 janvier 2016)
95. Organisation Mondiale de la Santé [en ligne]. Obésité et surpoids ; 2017 [mis à jour le 18 octobre 2017 ; consulté le 1er juillet 2018]. URL : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
96. Guy Rubin A. Thérapies cognitivo-comportementales et obésité. Dans : , dir. Journée régionale de l'obésité 2016 Région Ile-de-France. 11 octobre 2016 ; Paris, France. URL : <http://obesite-idf.e-monsite.com/medias/files/jro-idf2016-aguyrubin-sainteanne.pdf>
97. Lebow J, Sim LA, Kransdorf LN. Prevalence of a history of overweight and obesity in adolescents with restrictive eating disorders. J Adolesc Health. 2015 Jan ; 56 (1) : 19-24. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.06.005. [Epub 2014 Jul 18].
98. Batail JM, Benzerouk F, Brunault P, Carton L, Dereux A, Icick R et al. Item 69 : Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent et l'adulte. Dans : Batail JM, Benzerouk F, Brunault P, Carton L, Dereux A, Icick R et al. L'Officiel ECN Référentiel de Psychiatrie : Psychiatrie de l'adulte, Psychiatrie de l'enfant, Addictologie. Tours : Presses Universitaires François Rabelais ; 2010. 18p.
99. Wade TD, O'Shea A. DSM-5 unspecified feeding and eating disorders in adolescents : What do they look like and are they clinically significant ? Int J Eat Disord. 2015 May ; 48 (4) : 367-74. doi: 10.1002/eat.22303. [Epub 2014 May 22].
100. Monthuy Blanc J, Bouchard S, Côté ME, Dupont A, Julien A, Pauzé R, et al. Fondements approfondis des troubles du comportement alimentaire. Montréal : JFD Editions; 2018.
101. Picard A. De l'expérience subjective de la maternité dans les troubles du comportement alimentaire: une étude qualitative. Thèse Med: Université de Toulouse; 2012.
102. Micali N. Eating disorders and pregnancy. Psychiatry 2008;7(4):191-3.
103. Anorexie et Boulimie [Internet]. Association Autrement, pour un autre regard sur son poids ; 2012 [consulté le 1er juillet 2018]. L'eau dans tous ses états en cas de troubles du comportement alimentaire; [1]. URL : <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-534-l-eau-dans-tous-ses-etats-en-cas-de-troubles-du-comportement-alimentaire.htm>
104. Favier M, Hininger-Favier I, Faut-il supplémenter en fer les femmes enceintes ? Gynecol Obstet Fertil. 2004 ; (32) : 245-50
105. Pinheiro AP , Bulik CM , Thornton LM , et al . Association study of 182 candidate genes in anorexia nervosa . Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 2010 ; 153 B : 1070-80

106. Pinheiro AP , Root T , Bulik CM . The Genetics of Anorexia Nervosa : Current Findings and Future Perspectives . *Int J Child Adolesc Health*. 2009 ; 2 : 153-64 .
107. American Psychiatric Association. Practice guideline for the Treatment of patients with eating disorders - third edition. *Am J Psychiatry*. 2006 ; 163 (7 Suppl) : 4-54.
108. Haute Autorité de Santé. Boulimie et hyperphagie boulimique : repérage et éléments généraux de prise en charge en vue d'une recommandation de bonne pratique ; novembre 2015.
109. Corcos M. D'un corps à l'autre : l'aménorrhée dans les troubles des conduites alimentaires. Dans : *Corps et psychisme, Le sang des femmes*. 2005 ; (40) : 135-43
110. Skouteris H, Carr R, Wertheim E. A prospective study of factors that lead to body dissatisfaction during pregnancy. *Body Image*. 2005 ; (2) : 347-61.
111. Slade P. Awareness of body dimensions during pregnancy : an analogue study. *Psychological Med*. 1977 ; (7) : 245-52
112. Hubin Gayte M, Squires C, Doncieux K, Sajko A. The importance of preventing eating disorders in pregnant women. *Information Psychiatrique*. 2008, 8 (84) : 725-31
113. Shankland R. Les troubles du comportement alimentaire : Prévention et accompagnement thérapeutique. Paris : Dunod ; 2016.
114. Eschwege E, Charles MA, Basdevant A, Moisan C, Bonnelye G, Touboul C et al. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Paris : ObEpi-Roche ; octobre 2012. Inserm/ Kantar Health
115. Estour B, Galusca B, Germain N. Constitutional thinness and anorexia nervosa : a possible misdiagnosis ? *Front Endocrinol*. 2014 ; 5 (175). doi: 10.3389/fendo.2014.00175.
116. Estour B, Galusca B, Germain N. La maigreur constitutionnelle. *Correspondances en Métabolismes Hormones Diabète et Nutrition*. Avril 2012 ; 16 (4) : 109-31.
117. Gyselaers W, Jonckheer P, Ahmadzai N, Ansari MT, Carville S, Dworzynski K et al. What are the recommended clinical assessment and screening test during pregnancy ? : Good Clinical Practice (GCP). Brussels : Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) ; 2015. KCE Reports 248.
118. Cedergren M. Optimal gestational weight gain for body mass index categories. *Obstet Gynecol*. 2007 ; 110 (4) : 759-64.
119. Rasmussen KM, Catalano PM, Yaktine AL. New Guidelines for weight gain during pregnancy : what obstetrician/gynecologists should know. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2009 ; 21(6) : 521-6
120. Tiffany A, Moore S, Waring ME, Sullivan GMT, Liao X, Rosal MC et al. Institute of Medicine 2009 Gestational Weight Gain Guideline Knowledge : Survey of Obstetrics/Gynecology and Family Medicine Residents of the United States. *Birth*. 2013 Dec ; 40 (4) : 237-46.
121. Easter A, Treasure J, Micali N. Fertility and prenatal attitudes towards pregnancy in women with eating disorders : results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *BJOG*. 2011 Nov ; 118 (12) : 1491-8. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.03077.x. Epub 2011 Aug 3
122. Anorexie et Boulimie [Internet]. Association Autrement, pour un autre regard sur son poids ; 2012 [consulté le 1er juillet 2018]. Perte des règles, fécondité et troubles du comportement alimentaire ; [1]. URL : <https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-545-perde-des-regles-fecondite-et-troubles-du-comportement-alimentaire.htm>

123. Code de la Santé Publique. Art L 2141-1 à L 2141-12. (version à jour le 9 juillet 2011)
124. Freizinger M, Franko DL, Dacey M, Okun B, Domar AD. The prevalence of eating disorders in infertile women. *Fertil Steril*. 2010 ; 93 (1) : 72-8.
125. Lamas C. Troubles des conduites alimentaires et maternité-infertilité. *Rev Prat*. 2008 ; 58 (2) : 147-8.
126. Whittaker A. *The Essential Guide to Problem Substance Use During Pregnancy : A resource book for professionals*. 3rd revised edition. London (United Kingdom) : DrugScope ; 2011
127. Ferreira C. État des lieux des modalités de dépistage et d'orientation des femmes présentant des conduites addictives pendant la grossesse dans la région Hauts-de-France [Mémoire]. Amiens : Université de Picardie Jules Vernes, Faculté de Médecine d'Amiens, Ecole de Sage-Femme d'Amiens ; 2016.
128. Bracquart A. *Sages-femmes et consultations postnatales en Lorraine : où en sommes-nous ?*. Nancy : Ecole de Sage-Femme Albert Fruhinsholtz. 2008 ; 61 p.

ANNEXES

ANNEXE 1 : CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE ET DE LA BOULIMIE NERVEUSE, EXTRAITS DE LA VERSION ORIGINALE DE LA CINQUIEME EDITION DU MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX

Anorexia Nervosa

Diagnostic Criteria

- A. Restriction of energy intake relative to requirements leading to a significantly low body weight in the context of age, sex, developmental trajectory, and physical health.
Significantly low weight is defined as a weight that is less than minimally normal, or, for children and adolescents, less than that minimally expected. The word "refusal" was omitted as this was viewed as possibly pejorative and difficult to assess, as it implies intention. Rewording of the criterion to focus on behaviors was recommended.
- B. Intense fear of gaining weight or becoming fat, or persistent behavior that interferes with weight gain, even though at a significantly low weight. Clarification with regard to "fear of weight gain" took place. A significant minority of individuals with the syndrome explicitly deny such fear. Therefore, the addition of a clause to focus on behavior was recommended.
- C. Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or persistent lack of recognition of the seriousness of the current low body weight.

Coding note: The ICD-9-CM code for anorexia nervosa is 307.1, which is assigned regardless of the subtype. The ICD-10-CM code depends on the subtype (see below).

Specify whether :

Restricting Type: during the last three months, the person has not engaged in recurrent episodes of binge eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas)

Binge-Eating/Purging Type: during the last three months, the person has engaged in recurrent episodes of binge eating or purging behavior (i.e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas)

Specify if :

In partial remission: After full criteria for anorexia nervosa were previously met. Criterion A (low body weight) has not been met for a sustained period, but either Criterion B (intense fear of gaining weight or becoming fat or behavior that interferes with weight gain) or Criterion C (disturbances in self-perception of weight and shape) is still met.

In full remission: After full criteria for anorexia nervosa were previously met, none of the criteria have been met for a sustained period of time.

Specify current severity :

The minimum level of severity is based, for adults, on current body mass index (BMI) (see below) or, for children and adolescents, on BMI percentile. The ranges below are derived from World Health Organization categories for thinness in adults; for children and adolescents, corresponding BMI percentiles should be used. The level of severity may be increased to reflect clinical symptoms, the degree of functional disability, and the need for supervision.

Mild: BMI > 17 kg/m²
Moderate: BMI 16-16.99 kg/m²
Severe: BMI 15-15.99 kg/m²
Extreme: BMI < 15 kg/m²

Bulimia Nervosa

Diagnostic Criteria
(F50.2)

307.51

- A. Recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following :
- (1) Eating, in a discrete period of time (for example, within any 2-hour period), an amount of food that is definitely larger than most people would eat during a similar period of time and under similar circumstances.
 - (2) A sense of lack of control over eating during the episode (for example, a feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating).
- B. Recurrent inappropriate compensatory behavior in order to prevent weight gain, such as self-induced vomiting; misuse of laxatives, diuretics, or other medications, fasting; or excessive exercise.
- C. The binge eating and inappropriate compensatory behaviors both occur, on average, at least once a week for 3 months.
- D. Self-evaluation is unduly influenced by body shape and weight.
- E. The disturbance does not occur exclusively during episodes of anorexia nervosa.

Specify if:

In partial remission: After full criteria for bulimia nervosa were previously met, some, but not all, of the criteria have been met for a sustained period of time.

In full remission: After full criteria for bulimia nervosa were previously met, none of the criteria have been met for a sustained period of time.

Specify current severity:

The minimum level of severity is based on the frequency of inappropriate compensatory behaviors (see below). The level of severity may be increased to reflect other symptoms and the degree of functional disability.

Mild : An average of 1-3 episodes of inappropriate compensatory behaviors per week.

Moderate: An average of 4-7 episodes of inappropriate compensatory behaviors per week.

Severe: An average of 8-13 episodes of inappropriate compensatory behaviors per week.

Extreme: An average of 14 or more episodes of inappropriate compensatory behaviors per week.

ANNEXE 2 : SIGNES SOMATIQUES LIES AUX TCA

Anorexie Mentale	Boulimie Nerveuse
aspect cadavérique fonte musculaire yeux enfoncés dans les orbites, visage ridé, joues creusées, effacement des fesses et des seins cheveux secs et ternes, ongles cassants ou striés troubles circulatoires des extrémités tension artérielle basse, bradycardie par hypovolémie oedème de carence (cheville et péri-orbitaire) constipation peau violacée, froide et moite hypothermie constante altérations dentaires hypertrichose, alopecie, lanugo	atteinte de l'émail dentaire caries gingivites reflux gastro-oesophagiens ulcérations buccale et pharyngée oesophagite, gastrite hypertrophie des parotides troubles gastro-intestinaux

ANNEXE 3 : VERSION FRANÇAISE DU QUESTIONNAIRE SCOFF (SCOFF-F)

1. Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop-plein ?
2. Êtes-vous inquiet d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?
3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en moins de 3 mois ?
4. Vous trouvez-vous gros alors même que les autres disent que vous êtes trop mince ?
5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

Le questionnaire SCOFF, développé par Morgan en 1999 et majoritairement testé sur une population féminine, s'est notamment révélé très efficace en dépistant 85% de troubles alimentaires, tant dans le domaine de l'anorexie que de la boulimie. Ayant une bonne sensibilité, une bonne spécificité et une valeur prédictive négative proche de 100% pour le dépistage des TCA, il est utilisable par les non spécialistes. La version française de ce questionnaire a été validée en médecine générale en 2008, et semble être un moyen adapté au dépistage des femmes enceintes présentant ou ayant présenté des TCA.

ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN

Thématiques/Sous-thématiques	Objectifs
Thème 1 : Expérience	
Diplôme(s) Postes occupés Exercice libéral : nombre d'années d'activité, mode d'exercice, services proposés, part occupée par le suivi de grossesse anténatal (notamment consultations prénatales et EPI)	Déterminer le profil des répondants Vérifier l'hétérogénéité de l'échantillon Etablir un lien les caractéristiques des interviewées et leurs comportements
Thème 2 : Connaissances des TCA	
Formation Types Symptômes caractéristiques Facteurs de risque Données épidémiologiques Impact réciproque entre TCA et grossesse <ul style="list-style-type: none"> - conséquences maternelles, complications foetales, obstétricales et néonatales - évolution des TCA en cours de grossesse et dans le post-partum 	Evaluer les connaissances des sages-femmes sur les TCA en population générale et chez les femmes enceintes = Confirmer ou infirmer l'hypothèse a)
Thème 3 : Dépistage des TCA	
Comment ? Eléments de dépistage des TCA actifs ou anciens <ul style="list-style-type: none"> • calcul de l'IMC et classification • pesée et évolution de la prise de poids • signes cliniques et psycho-pathologiques • anamnèse : antécédents, habitudes alimentaires, pratique sportive, image corporelle... • survenue d'une complication de la grossesse Supports / Outils utilisés Quand ? Difficultés ?	Explorer les méthodes de dépistage des TCA utilisées par les sages-femmes pendant la période anténatale = Confirmer ou infirmer l'hypothèse b) Déterminer les motivations et les freins du dépistage des TCA chez les sages-femmes Identifier les besoins des sages-femmes pour l'amélioration du dépistage des TCA = Confirmer ou infirmer l'hypothèse c)

ANNEXE 5 : CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE, EXTRAITS DE LA VERSION ORIGINALE DE LA CINQUIEME EDITION DU MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUES DES TROUBLES MENTAUX

- A. Recurrent episodes of binge eating. An episode of binge eating is characterized by both of the following:
- 6) Eating, in a discrete period of time (for example, within any two-hour period), an amount of food that is definitely larger than most people would eat in a similar period of time under similar circumstances
 - 7) A sense of lack of control over eating during the episode (for example, a feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating)
- B. The binge-eating episodes are associated with three (or more) of the following:
- Eating much more rapidly than normal
 - Eating until feeling uncomfortably full
 - Eating large amounts of food when not feeling physically hungry
 - Eating alone because of feeling embarrassed by how much one is eating
 - Feeling disgusted with oneself, depressed, or very guilty afterwards
- C. Marked distress regarding binge eating is present.
- D. The binge eating occurs, on average, at least once a week for three months.
- E. The binge eating is not associated with the recurrent use of inappropriate compensatory behavior (for example, purging) and does not occur exclusively during the course of anorexia nervosa, bulimia nervosa, or avoidant/restrictive food intake disorder.

La sévérité du trouble est basée sur la fréquence des épisodes : trouble léger 1-3 épisodes par semaine, modéré 4-7 épisodes par semaine, sévère 8-13 épisodes par semaine et extrêmement sévère 14 épisodes ou plus par semaine

ANNEXE 6 : ANALYSE DE CONTENU MANUELLE CONCERNANT LES FACTEURS DE RISQUE DE SURVENUE DES TCA ENONCES PAR LES REpondANTS AU COURS DE L'ENTRETIEN

Eléments de discours (citations)	Premier niveau de catégorisation	Second niveau de catégorisation
	SF1/SF3/ SF7: « antécédents personnels de TCA » SF2/SF3/SF4/ : « antécédent de dépression » SF7 : « traumatisme dans l'enfance », « évènement émotionnel intense » SF3 : « antécédent d'abus sexuels »	prédispositions psychologiques (5)
SF2 : « conduites addictives », « personnalités fragiles ou sensibles », « manque d'estime de soi » SF3 : « addictions liées », « toxicomanie », « troubles psychiques » SF5 : « faible estime de soi », « dépression » SF6 : « mauvaise estime », « manque de confiance »	troubles de la personnalité (5) co-addictions (2)	
SF1 : « angoisses », « prise de poids » SF2 : « certaines professions » (« sportives de haut niveau », « coachs fitness », « danseuses ») SF3 : « milieux professionnels » (« mannequinat », « sport », « danse ») SF5 : « stress »	milieu de vie / environnement (4)	facteurs environnementaux et sociaux (7)
SF1 : « dictat de la mode » SF3 : « effet médiatique » (« silhouettes standardisées », « grossophobie »), « prévention de l'obésité ») SF4 : « la minceur qu'est l'image qu'il faut avoir », « exiger que toutes les femmes prennent 9 kg pendant leur grossesse » SF5 : valorisation de la minceur (« images du corps véhiculée », « derniers régimes tendance », « bienfaits du sport ») SF6 : « réseaux sociaux »	influence sociale et culturelle (5)	
SF2/SF7 : « antécédents familiaux de TCA » SF5 : « environnement familial » SF6 : « famille »	facteurs familiaux (4)	
SF2 : « la tranche des 15-25 ans doit aussi être plus concernée» SF4 : « peut-être que les grossesses chez les plus jeunes sont plus à risque » SF7 : « à mon avis les jeunes filles de 15 à 18-20 ans sont plus concernées », « je pense que plus l'âge avance, plus c'est rare »	sexe et âge (3)	facteurs biologiques (4)
SF5 : « une part d'hérédité », « peut-être que certains gènes »	facteurs génétiques (1)	

ANNEXE 7 : ANALYSE DE CONTENU MANUELLE CONCERNANT L'INFLUENCE DECRITE DE LA GROSSESSE SUR L'EVOLUTION DES TCA PAR LES SAGES-FEMMES

SF	Citations/Eléments du discours	Thèmes et Interprétation	Conclusion : Sens de l'impact
SF1	« je pense qu'une majorité de femmes anticipe leur grossesse », « conscience que ça peut être nocif pour le bébé, qu'un poids insuffisant et des carences maternelles peuvent avoir des conséquences sur le déroulement de la grossesse et la santé de l'embryon »	anticipation de la grossesse > prise en charge débutée en pré-conceptionnel responsabilité envers le fœtus > amélioration de la symptomatologie	positif
SF2	« le changement corporel peut être mal vécu, et dans ce cas il est possible que la grossesse exacerbe le trouble qui était déjà présent »	modifications corporelles > renforcement de la souffrance psychologique	négatif
	« à l'inverse, le bébé peut être un facteur protecteur, dans le sens où la mère peut faire des besoins de l'embryon puis du fœtus une priorité »	responsabilité envers le fœtus > amélioration de la symptomatologie	positif
SF3	« pendant la grossesse, elle perd tout contrôle », « dans ce cas, la grossesse a plutôt eu tendance à exacerber des troubles préexistants, et je pense que c'est généralement le cas »	perte de contrôle sur le corps et le poids > aggravation de la boulimie	négatif
SF4	« malgré les difficultés, elle a bien vécu sa grossesse, elle s'est même trouvée bien enceinte », « être mère va l'aider à se focaliser sur autre chose »	support identitaire du rôle de mère	positif
	« je peux pas m'empêcher de penser que pour d'autres grossesses et pour d'autres femmes, ce n'est pas forcément le cas »		négatif
SF5	« conscience que sa santé est liée à celle de son enfant », « mener une grossesse physiologique », « avoir un accouchement normal », « donner naissance à un bébé en bonne santé »	responsabilité envers le fœtus > amélioration des TCA	positif
	« la modification du corps peut amplifier le sentiment d'être trop grosse et conduire à des restrictions encore plus importantes »	modifications corporelles > aggravation de l'anorexie	négatif
SF6	« prise de conscience des risques que la maladie peut entraîner pour sa santé propre et surtout pour celle de son bébé »	pronostic à long terme responsabilité envers le fœtus > amélioration de la symptomatologie	positif
	« si le TCA n'était pas connu, mais qu'il est dépisté par une sage-femme (...), une aide médicale va pouvoir être mise en place »	prise en charge > motivation, encouragement	
	« être enceinte et voir son corps naturellement s'arrondir peut nourrir la peur de grossir »	modifications corporelles et prise pondérale > majoration de l'anxiété	négatif
SF7	« modifications corporelles qu'imposent la grossesse », « la future mère peut se retrouver très angoissée par ces changements et réduire encore plus ses apports »	modifications corporelles > anxiété majorée > aggravation de l'anorexie	négatif
	« la grossesse peut être l'occasion de prendre conscience du problème ou donner la volonté d'y remédier »	fin du déni motivation	positif
	« le bien-être du fœtus peut être le moteur »	responsabilité envers le fœtus > amélioration de la symptomatologie	
	« le réseau périnatal peut permettre la mise en lien avec des professionnels de santé compétents »	prise en charge > encouragement	

ANNEXE 8 : RYTHMES DE PRISE DE POIDS RECOMMANDÉS AU COURS DE LA GROSSESSE EN FONCTION DE L'IMC PRECONCEPTIONNEL

Valeur de l'IMC avant la grossesse	Intervalle de prise de poids recommandée	Prise de poids recommandée par semaine au 2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestre de la grossesse
<18,5 <i>Maigreur</i>	Entre 12,7 kg et 18,1 kg	0,52 kg/semaine
18,5 – 24,9 <i>Normal</i>	Entre 11,3 kg et 15,9 kg	0,41 kg/semaine
25 – 29,9 <i>Surpoids</i>	Entre 6,8 kg et 11,3 kg	0,27 kg/semaine
>30 <i>Obésité</i>	Entre 5 kg et 9 kg	0,23 kg/semaine

ANNEXE 9 : PROTOTYPE DE BROCHURE INFORMATIVE DES TCA A DESTINATION DES SAGES-FEMMES LIBERALES DE MOSELLE

Notes :

1) Ce test est mis au point comme instrument de dépistage des TCA, il ne s'agit en aucun cas d'un test diagnostique. Mais utilisé de façon systématique, il pourrait permettre aux sages-femmes d'optimiser l'évaluation du comportement alimentaire des femmes qu'elles reçoivent en consultations prénatales ou dans le cadre de la réalisation de l'EPI, et d'orienter les patientes qui y répondent de manière positive vers une expertise diagnostique.

2) Le questionnaire qui y figure a été établi après une revue des instruments de dépistage déjà disponibles et s'inspire majoritairement de trois d'entre eux : l'Eating Attitudes Test (EAT), l'Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) et le SCOFF.

L'Eating Attitude Test (EAT), construit par Garner en 1979, constitué à l'origine de 40 items puis simplifié en 26, est le plus ancien. Il ne distingue pas l'anorexie de la boulimie, et de nombreux doutes ont été émis sur une sensibilité suffisante pour le dépistage des TCA dans la mesure où le taux de faux positif semblait élevé lorsqu'il était utilisé dans des populations non cliniques. Mais il reste un test de référence pour le dépistage des TCA et est l'outil le plus communément utilisé.

L'Eating Disorder Examination (EDE), créée par Fairburn en 1993, est un entretien semi-structuré permettant d'établir un diagnostic des TCA selon le DSM-IV. Son utilisation nécessite une heure de passation environ et permet de n'évaluer que les comportements alimentaires des 28 derniers jours. Si l'Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), construit l'année suivante à partir de l'EDE par le même auteur, traite également des 28 derniers jours, il permet d'évaluer les formes subcliniques et comprend 33 items dont certains portant sur les conduites alimentaires et les aspects psycho-pathologiques des TCA paraissaient pertinents.

3) Si ce test n'a pas fait l'objet d'un protocole de validation, toutes les questions ont été choisies pour répondre à des critères spécifiques des TCA. Elles ont pour but de repérer l'HB, l'AM, la BN et les TCA subsyndromiques.

La question 1 évalue le critère B de l'AM. Les questions 2 et 3 évaluent le critère A de l'AM. Une réponse positive à l'une de ces questions permet d'orienter le consultant vers une forme subclinique d'anorexie ou vers un diagnostic d'anorexie mentale. La question 3 permet notamment d'investiguer une cause possible de l'amaigrissement en cas de réponse positive à la question 2.

La question 4 permet d'évaluer la survenue de crises de boulimie, correspondant au critère A de la BN de même qu'aux points 1 et 2 du critère A de l'HB. Une réponse positive nécessite de ce fait d'investiguer la fréquence des épisodes pour déterminer la sévérité du trouble. De cette façon, le consultant pourra s'orienter vers l'HB, la BN ou un TCA non spécifié.

La question 5 évalue le critère E de l'HB (« le comportement boulimique n'est pas associé au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés et ne survient pas exclusivement au cours d'une anorexie ou d'une boulimie ») :

- ▶ une réponse négative exclut la BN et oriente vers l'HB ;
- ▶ deux réponses positives aux questions 4 et 5 orientent vers la BN, tandis qu'une réponse positive à la question 5 suite à une réponse négative à la question 4 oriente vers l'anorexie de type 2.

La question 6 permet d'encourager l'expression de la femme sur l'estime de soi. Elle évalue le critère C de l'AM, le critère D de la BN et le critère C de l'HB. Elle questionne la perception de l'image corporelle et du poids, dont la préoccupation extrême est un signe retrouvé dans tous les TCA et mérite une évaluation plus poussée.

Les TCA, qu'est-ce que c'est ?

Les troubles du comportement alimentaire sont définis par l'existence de troubles persistants de la prise alimentaire ayant des conséquences sur la santé physique et/ou celle des personnes qui en souffrent. Ils sont définis par des critères de sévérité, de durée et de fréquence. Les troubles du comportement alimentaire sont des manifestations psychopathologiques, des troubles de désharmonie régimes alimentaires stricts, événements de vie majeurs et des facteurs étiologiques et bénéfiques psychologiques.

- 7 TCA principaux
 1. 3 types TCA : **anorexie mentale**, **bulimie nervosa** et **hyperphagie boulimique**
 4. **Autres troubles** : trouble de l'émoussement de l'appétit des femmes
- **TCA non reconnus** : ne répondent pas à tous les critères diagnostiques pour TCA, la BM et l'HB, représentant le groupe le plus commun (25%) des TCA et doivent être considérés tout aussi importants et traités à la même que les TCA diagnostiqués.

1,5 à 2% des femmes entre 17 et 35 ans sont atteintes d'anorexie mentale, 5 à 7% souffrent de bulimie nervosa, 6 à 10% ont des autres **troubles** et les autres **troubles** couvrent environ jusqu'à 10 à 20% des femmes.

La grossesse, période de changements physiques et psychiques, expose notamment les problématiques d'image et d'emploi de l'identité masculine et féminine (**gender**) et agit chez les femmes, et tout particulièrement si elles ont eu un trouble ou souffrent de TCA. Pour la surveillance d'une grossesse pour contrôler un facteur de précipitation des TCA, ce même qu'elle peut améliorer ou exacerber des troubles pré-existants chez les femmes enceintes. Par ailleurs, le TCA entraîne de nombreuses complications maternelles, fœtales, et néonatales graves.

Une **évaluation pré-grossesse** permet ainsi une prise en charge adaptée du trouble alimentaire, au vu de la grossesse, et de la nécessité d'un **diagnostic systématique des TCA** chez les femmes enceintes à la première consultation de grossesse et à l'évaluation pré-natale individuelle, et éventuellement pour les professionnels de la périnatalité de venir soutenir à l'insu du médecin et/ou des autres TCA, ainsi qu'au suivi anténatal, quel qu'en soit.

Signes somatiques liés aux TCA	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexie • arythmie, bradycardie, hypotension • hypokaliémie, hypomagnésémie • ostéoporose • anémie, troubles rénaux, syndrome de fatigue, hypercholestérolémie (troubles métaboliques) • troubles de l'axe hypothalamo-hypophysaire 	<ul style="list-style-type: none"> • hyperphagie compulsive • gorge • troubles du sommeil • syndrome de Reye, hyperphagie compulsive • troubles neuro-kinétiques (vomissements persistants)
Altération de la santé biologique	<ul style="list-style-type: none"> • anémie, leucopénie, élévation des enzymes hépatiques, troubles électrolytiques multiples • élévation des enzymes 	<ul style="list-style-type: none"> • élévation de la glycémie (hyperglycémie) et élévation des enzymes (P, Cr, Mg) et de l'albumine (D, D12, D, C)
Psychisme des TCA	<ul style="list-style-type: none"> • préoccupation excessive par les formes corporelles et le poids • dépression, trouble obsessionnel compulsif, anxiété, troubles sociaux, attitude auto-mutilatoire 	

GROSSESSE ET TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE (TCA)

Pour la **systématisation** du **diagnostic anténatal** précoce des TCA par les **sages-femmes**



Recommandations de bonnes pratiques cliniques pour le suivi anténatal

- effectuer un entretien personnel structuré aux TCA
- effectuer un entretien structuré ou semi-structuré sur l'émoussement, l'amaigrissement
- effectuer un entretien de dépistage
- effectuer un entretien de suivi ou de surveillance de la santé et un entretien d'entretien
- calcul de l'IMC ($IMC = \frac{kg}{m^2}$)
- effectuer des signes somatiques et psychiques liés aux TCA
- effectuer l'évaluation des troubles et des rythmes alimentaires, de l'activité physique et mentale et du respect des modifications corporelles induites par la grossesse
- surveillance de l'évolution pondérale chez la mère et éventuellement du poids du fœtus (surveillance excessive au second trimestre)
- effectuer des **précautions particulières** (alcool, tabac, médicaments, psychotropes)
- effectuer l'évaluation des TCA liés au **syndrome hyperphagie compulsive** (M, P, Cr, Mg, D, D12 et D, C)
- effectuer le suivi de grossesse et du bien-être de la mère et du fœtus
- surveillance de l'évolution pondérale du nouveau-né, notamment en la conduite d'allaitement et respect des modalités de soins néonatales

Quelle attitude adoptée ?

- **Réaliser l'évaluation** des troubles du poids. Demander à la patiente si elle se sent connaître son poids. Discuter du poids en cas de prise de poids trop lente ou trop importante ou évaluer les questions du poids par un suivi structuré plutôt que par la seule de la mère.
- **Encourager un aspect alimentaire adapté et informer les femmes enceintes de la prise de poids adéquate**. Favoriser le maintien des habitudes de « bonne nutrition de la grossesse ». Une prise de poids normale de 6 à 17 kg est considérée quelque soit l'IMC initial afin d'éviter les complications d'hyper ou d'hypoprotéinémie. A partir des habitudes alimentaires décrites par la femme enceinte et évaluer les points à améliorer et évaluer les obstacles éventuels au changement.
- **Encourager l'expression de la femme** sur son rapport à l'alimentation avant et pendant la grossesse, car le fait de dire et de peser le poids, sur son rapport à l'alimentation et son comportement ou les troubles alimentaires et les troubles sociaux.
- **Instaurer un climat de confiance**, éviter le jugement, soutenir les avancées et les efforts soutenus.
- **Proposer une consultation** avec différents professionnels (diététicienne, psychologue, gynécologue-obstétricien) et envisager une prise pluriprofessionnelle si besoin est.

Questionnaire de dépistage des TCA

- (1) Dans votre vie récente, êtes-vous arrivée à l'idée de devenir grosse ou de perdre du poids ?
- (2) Avez-vous récemment perdu des kilogrammes de poids ?
- (3) Avez-vous RM (sans ou sans sucre), mais d'être constamment à votre attention ou d'être constamment en retard sur la quantité de nourriture que vous mangez et/ou sentir se vider le ventre et votre gorge ?
- (4) Y'a-t-il des fois où vous mangez des quantités de nourriture que les autres considèrent comme excessives (en dehors d'événements) et dans ce cas pouvez-vous vous empêcher de manger quand vous le voulez ?
- (5) Avez-vous déjà eu recours au jeûne, aux vomissements, à une activité physique excessive ou à l'usage de laxatifs/diurétiques non prescrits par le médecin pour éliminer ce que vous avez mangé ou pour maigrir ?
- (6) Votre comportement alimentaire, votre poids ou votre silhouette influencent-ils même partiellement votre perception de votre vie ?

Pour aller plus loin

• Anorexie, Bulimie, Info Ecole - 0 810 037 037
Du 10 au 18, la nuit par des psychologues et le jour par des médecins spécialistes.

Mme Grégoire TRUBOR (psychiatre)
Clinique de Psychiatrie, Hôtel de la
Nuit de l'Info - 07 70 70 70 70
www.hotelde.la.nuit.fr

- 4) Si 25% de la population française souffre de symptômes des TCA, seul un patient sur sept souffrant de TCA est effectivement diagnostiqué, et le délai de prise en charge des patients semble à ce jour inadapté pour un traitement optimal des troubles. Une enquête réalisée en 2006 par l'Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées des Troubles du Comportement Alimentaire (AFDAS-TCA) montre notamment une disparité importante dans l'offre de soin sur le territoire français et référence plusieurs régions - dont la Lorraine- comme totalement dépourvues de lieu de soins adapté. La HAS publie en 2010 des recommandations de bonne pratique sur l'anorexie mentale, et en 2015 un complément sur la boulimie, dans l'objectif d'inciter à un repérage plus précoce des TCA et d'améliorer leur prise en charge. En 2015, l'AFDAS-TCA publie un annuaire national, dont la réédition parue en 2017 a permis d'actualiser la présentation de chaque équipe, service, centre ou réseau déclarant avoir une activité spécialisée dans le champ des TCA : cet outil est disponible au téléchargement sur le site Internet (<http://www.anorexiéboulimie-afdass.fr/>) de la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB, anciennement AFDAS-TCA). Quatre références sont ainsi recensées en Lorraine, dont trois dans le département mosellan et une en Meurthe-et-Moselle. Si « améliorer le repérage précoce de la souffrance psychique et des troubles mentaux » de même que « prévenir les troubles du comportement alimentaire » sont des objectifs définis dans la Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022 par le gouvernement, il paraît nécessaire d'améliorer la transversalité et la continuité des parcours en santé mentale, de garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire et de renforcer dans les territoires la présence médicale et soignante. Début 2018, encouragée par les résultats positifs de nombreux pays suite à l'implantation de centres référents des TCA, la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (CMME) du Centre Hospitalier Sainte-Anne/GHT Paris a ainsi lancé l'ouverture du premier centre expert-référent des TCA en Ile-de-France. La mise en place d'un tel dispositif dans d'autres régions permettrait d'accélérer la reconnaissance des TCA et dès lors d'engager un processus thérapeutique plus précoce, donc plus efficace. Inciter davantage de professionnels de santé en Moselle à se former au dépistage, au diagnostic et à la prise en charge des TCA, et inciter les professionnels déjà formés à s'identifier comme correspondants des TCA, répondrait au besoin évident des sages-femmes rencontrées en terme d'orientation des patientes et de travail en réseau. Mais en attendant, sont notifiés dans la rubrique « pour aller plus loin » : le contact d'une permanence téléphonique gérée par le Réseau TCA Francilien, et les coordonnées d'un médecin psychiatre exerçant à la Clinique de Psychologie Médicale de Phalsbourg identifié dans le domaine de la psychiatrie adulte comme correspondant des TCA (référence jugée la plus pertinente parmi celles recensées en Moselle).

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	1
SIGLAIRE	2
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	4
PARTIE 1 : CONTEXTUALISATION DE L'ETUDE	5
1. TCA : GENERALITES	6
1. DEFINITIONS	6
2. EPIDEMIOLOGIE	6
3. COMPLICATIONS, COMORBIDITES ET EVOLUTION	7
4. DEPISTAGE	7
2. TCA ET GROSSESSE	8
1. EFFETS DE LA GROSSESSE SUR LES SYMPTOMES DES TCA	9
2. IMPACT DES TCA SUR LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LE POST-PARTUM	10
3. DEPISTAGE, DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE SPECIFIQUES	10
3. PLACE DE LA SAGE-FEMME DANS LE SUIVI DE GROSSESSE ET DANS LA STRATEGIE DE DEPISTAGE DES TCA CHEZ LES GESTANTES	11
PARTIE 2 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE ET RESULTATS	12
1. METHODOLOGIE DE RECHERCHE	13
1. OBJECTIFS DE L'ETUDE	13
2. HYPOTHESES DE RECHERCHE	13
3. DESCRIPTION DE L'ETUDE	13
1. Type de l'étude	13
2. Population, lieu et durée de l'étude	13
3. Critères de jugement	15
4. Recueil de données	15
(1) Outil de l'enquête	15
(2) Déroulement de l'entretien	16
(3) Procédure d'analyse des données	16
4. Obligation réglementaire et éthique	16
2. RESULTATS	17
1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON (THEME 1)	17
1. Obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme et parcours professionnel	17
2. Mode d'exercice actuel et activités	17
2. CONNAISSANCE DES TCA (THEME 2)	18
1. Formations initiale et complémentaire des sages-femmes sur les TCA	18
2. Types connus et définitions données aux TCA	19
3. Facteurs de risque identifiés des TCA	20
4. Conception des populations concernées par les TCA	20
5. Description des conséquences des TCA sur l'évolution de la grossesse et de l'influence de la grossesse sur l'évolution des TCA	20
3. DEPISTAGE DES TCA (THEME 3)	22
1. Symptômes évocateurs des TCA, outils de dépistage reconnus et actions menées	22

2. Obstacles et freins au dépistage des TCA	24
3. Mobiles et motivations du dépistage des TCA	25
PARTIE 3 : DISCUSSION ET IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE	26
1. CRITIQUE DE L'ETUDE : POINTS FORTS, POINTS A AMELIORER, LIMITES ET BIAIS	26
2. INTERPRETATIONS DES RESULTATS	27
1. FORMATION DES SAGES-FEMMES SUR LES TCA	27
2. CONNAISSANCE DES SAGES-FEMMES SUR LES TCA	28
1. Symptomatologie des TCA	28
2. Populations considérées à risque de TCA	30
3. Conception de l'impact réciproque entre grossesse et TCA	30
3. LES SAGES-FEMMES FACE AU DEPISTAGE DES TCA	33
3. ATTEINTE DES OBJECTIFS ET VALIDATION DES HYPOTHESES DE RECHERCHE	35
4. PROPOSITIONS D'ACTION : MESURES D'AMELIORATION DU DEPISTAGE DES TCA PAR LES SAGES-FEMMES LIBERALES	36
1. INFORMATION DES SAGES-FEMMES	36
2. VERS UN DEPISTAGE SYSTEMATIQUE ET PRECOCE DES TCA	37
CONCLUSION	39
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	40
ANNEXES	48
ANNEXE 1 : CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE ET DE LA BOULIMIE NERVEUSE, EXTRAITS DE LA VERSION ORIGINALE DE LA CINQUIEME EDITION DU MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX	48
ANNEXE 2 : SIGNES SOMATIQUES LIES AUX TCA	50
ANNEXE 3 : VERSION FRANÇAISE DU QUESTIONNAIRE SCOFF (SCOFF-F)	50
ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN	51
ANNEXE 5 : CRITERES DIAGNOSTIQUES DE L'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE, EXTRAITS DE LA VERSION ORIGINALE DE LA CINQUIEME EDITION DU MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUES DES TROUBLES MENTAUX	52
ANNEXE 6 : ANALYSE DE CONTENU MANUELLE CONCERNANT LES FACTEURS DE RISQUE DE SURVENUE DES TCA ENONCES PAR LES REpondANTS AU COURS DE L'ENTRETIEN	53
ANNEXE 7 : ANALYSE DE CONTENU MANUELLE CONCERNANT L'INFLUENCE DECRITE DE LA GROSSESSE SUR L'EVOLUTION DES TCA PAR LES SAGES-FEMMES	54
ANNEXE 8 : RYTHMES DE PRISE DE POIDS RECOMMANDES AU COURS DE LA GROSSESSE EN FONCTION DE L'IMC PRECONCEPTIONNEL	55
ANNEXE 9 : PROTOTYPE DE BROCHURE INFORMATIVE DES TCAA DESTINATION DES SAGES-FEMMES LIBERALES DE MOSELLE	56
TABLE DES MATIERES	59

TITRE ET RESUME

Université de Lorraine - Ecole de Sages-Femmes Pierre Morlanne de Metz
Mémoire de fin d'études de sage-femme par ERIN MULLER - Année 2018

Evaluation du dépistage anténatal des troubles du comportement alimentaire (TCA) par les sages-femmes libérales

Contexte : L'intérêt du repérage précoce des TCA chez les femmes enceintes a été démontré.

Objectif : Le but de l'étude était d'évaluer les connaissances des sages-femmes vis-à-vis des TCA, d'examiner les actions mises en oeuvre pour le dépistage anténatal des TCA chez les gestantes, et de déterminer les mesures d'amélioration nécessaires.

Méthode : Une étude descriptive a été menée par entretien semi-directif du 27 décembre 2017 au 23 février 2018 auprès de 7 sages-femmes diplômées d'état inscrites au tableau de l'Ordre Départemental de Moselle exerçant une activité libérale comprenant la conduite des consultations prénatales et/ou de l'entretien prénatal individuel.

Résultats : Les répondants semblaient détenir des connaissances globales sur les TCA et considéraient la grossesse à risque chez les femmes avec un trouble actif ou passé. Les actions menées pour le dépistage des TCA étaient peu conformes aux recommandations actuelles et la prévention des complications pour le bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement semblait limitée.

Conclusion : Le dépistage des TCA chez les femmes enceintes est peu ou pas réalisé par les sages-femmes libérales. Les connaissances dont elles disposent méritent d'être développées et les recommandations actuelles respectées. L'enrichissement de la formation initiale, la mise à disposition d'un outil de dépistage et l'essor du réseau périnatal sont nécessaires à l'amélioration du dépistage des TCA par les sages-femmes libérales au cours du suivi de grossesse anténatal.

Mots Clés : Troubles du comportement alimentaire ; dépistage ; grossesse ; sage-femme

Background : The interest in early identification of eating disorders in pregnant women has been shown.

Goal : The aim was to estimate the knowledge of midwives towards eating disorders, to review action taken to detect eating disorders in pregnant women and to decide on necessary improvements.

Method : A descriptive study had been conducted by open interviews from December 27th 2017 to February 23th 2018 with seven graduated and listed midwives exercising a liberal activity including prenatal care and/or the interview for the fourth month in pregnancy.

Results : Respondents seemed to possess global knowledge about eating disorders and considered the pregnancy classified high-risk in women with an history of or an active eating disorder. Actions taken were not sufficiently in current recommandations and the prevention of complications for the good conduct of the pregnancy and the delivery appeared to be limited.

Finding : The antenatal screening of eating disorders is little or not carried out by liberal midwives. Their knowledge deserve to be developed and current recommandations observed. The fortification of initial training, the provision of a screening tool and the rise of perinatal networks are required in improvement of the screening of eating disorders by liberal midwives in pregnancy follow-up.

Key Words : Eating disorders ; screening ; pregnancy ; midwife