



HAL
open science

Les différents types de troubles du comportement alimentaire et leurs impacts sur la santé génésique : état des lieux des connaissances et des pratiques professionnelles de dépistage des sages-femmes libérales en Moselle en 2021-2022 : étude épidémiologique observationnelle quantitative par questionnaires anonymes auprès de 35 sages-femmes libérales de Moselle en 2021-2022

Anaïs Rauch

► **To cite this version:**

Anaïs Rauch. Les différents types de troubles du comportement alimentaire et leurs impacts sur la santé génésique : état des lieux des connaissances et des pratiques professionnelles de dépistage des sages-femmes libérales en Moselle en 2021-2022 : étude épidémiologique observationnelle quantitative par questionnaires anonymes auprès de 35 sages-femmes libérales de Moselle en 2021-2022. Médecine humaine et pathologie. 2022. hal-04322826

HAL Id: hal-04322826

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04322826>

Submitted on 5 Dec 2023

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
École de Sages-Femmes de METZ

LES DIFFERENTS TYPES DE TROUBLES
DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE
ET LEURS IMPACTS SUR LA SANTE GENESIQUE

Etat des lieux des connaissances et des pratiques professionnelles de
dépistage des sages-femmes libérales en Moselle en 2021-2022.

Etude épidémiologique observationnelle quantitative par questionnaires anonymes
auprès de 35 sages-femmes libérales de Moselle en 2021-2022.

Mémoire présenté et soutenu par

Anaïs RAUCH

Née le 13 août 1998

Directeur de mémoire : Mme Mergen-Morel Catherine, Sage-Femme Enseignante

Expert de mémoire : Mme Bellot-Goyeaud Juliette, Sage-Femme Libérale

Promotion 2018 - 2022

Université de Lorraine
École de Sages-Femmes de METZ

LES DIFFERENTS TYPES DE TROUBLES
DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE
ET LEURS IMPACTS SUR LA SANTE GENESIQUE

Etat des lieux des connaissances et des pratiques professionnelles de
dépistage des sages-femmes libérales en Moselle en 2021-2022.

Etude épidémiologique observationnelle quantitative par questionnaires anonymes
auprès de 35 sages-femmes libérales de Moselle en 2021-2022.

Mémoire présenté et soutenu par

Anaïs RAUCH

Née le 13 août 1998

Directeur de mémoire : Mme Mergen-Morel Catherine, Sage-Femme Enseignante

Expert de mémoire : Mme Bellot-Goyeaud Juliette, Sage-Femme Libérale

Promotion 2018 - 2022

REMERCIEMENTS

Je voulais tout d'abord remercier,

Mme MERGEN-MOREL Catherine, ma directrice de mémoire et sage-femme enseignante à l'école de Sage-Femme de Metz, pour m'avoir accompagnée et épaulée tout au long de l'année, pour son aide et sa disponibilité, mais aussi pour son soutien lors de ma formation.

Mme BELLOT-GOYEAUD Juliette, mon expert de mémoire et sage-femme libérale, pour m'avoir accompagnée dans la réalisation pratique de ce mémoire.

Toutes les sages-femmes ayant répondu au questionnaire, sans qui, cette étude n'aurait pas eu lieu.

Claire, ma plus belle rencontre de ces années d'études supérieures. Merci d'avoir été là et de m'avoir soutenue personnellement mais aussi tout au long de ma formation.

Corentin, pour sa présence et son soutien depuis six ans.

Ma famille, et tout particulièrement mon père, qui a toujours cru en moi et que j'espère rendre fier, malgré les moments qui m'ont été difficiles.

ABREVIATION

AM : Anorexie Mentale

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

BED : Binge Eating Disorder

BN : Boulimie Nerveuse

BULIT : Bulimia Test

CIM-11 : Classification Internationale des Maladies – 11^{ème} révision

CSP : Code de la Santé Publique

DFTCA : Définition Française des Troubles du Comportement Alimentaire

DSM-IV / DSM-V : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (IV^{ème} – V^{ème} édition)

DU / DIU : Diplôme Universitaire / Diplôme Inter-Universitaire

EAT : Eating Attitude Test

EDNOS : Eating Disorders No Otherwise Specified

EPI : Entretien Prénatal Individuel

ESP : Eating Disorder Screen For Primary Care

FSH : Hormone Folliculo-Stimulante

GH : Growth Hormone

GnRH : Gonadotrophin-Relasing Hormone

HAS : Haute Autorité de Santé

IGF-1 : Insulin Growth-Factor 1

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IMC : Indice de Masse Corporelle

LH : Hormone Lutéinisante

PNNS : Plan National Nutrition Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

SOPK : Syndrome des Ovaires Polykystiques

SCOFF-F : Version française du questionnaire SCOFF Sick, Control, One, Fat, Food

TCA : Trouble(s) du Comportement Alimentaire

YFAS : Yale Food Addiction Scale

SOMMAIRE

INTRODUCTION	8
PARTIE 1 : JUSTIFICATION DE L'ETUDE	9
1. GENERALITES SUR LES DIFFERENTS TCA	9
1.1. DEFINITIONS ET CLASSIFICATIONS.....	9
1.2. EPIDEMIOLOGIE	10
1.3. FACTEURS DE RISQUE	12
1.4. EVOLUTION ET COMPLICATIONS.....	13
1.5. CONSEQUENCES SUR LA SANTE GENESIQUE	14
2. RECOMMANDATIONS ACTUELLES DE DEPISTAGE ET DE PRISE EN CHARGE	17
2.1. REPERAGE CIBLE ET PRECOCE	17
2.2. CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC.....	17
2.3. IMPORTANCE DE LA MULTIDISCIPLINARITE	18
2.4. ROLE DE LA SAGE-FEMME DANS LA PRISE EN CHARGE.....	18
3. PLACE DE LA SAGE-FEMME DANS LA SANTE GENESIQUE	19
3.1. LE SUIVI DE GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LE POST-PARTUM.....	19
3.2. SUIVI GYNECOLOGIQUE DE PREVENTION, ORTHOGENIE ET ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION.....	21
PARTIE 2 : METHODOLOGIE	22
1. PROBLEMATIQUE	22
2. OBJECTIFS	22
2.1. BENEFICES ATTENDUS	22
2.2. OBJECTIF PRINCIPAL ET SECONDAIRES	22
3. HYPOTHESES	22
4. MATERIEL ET METHODES ENVISAGES	22
4.1. TYPE DE L'ETUDE.....	22
4.2. POPULATION D'ETUDE : ETAPE D'ELIGIBILITE.....	23
4.3. CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRES	23
4.4. RECUEIL DE DONNEES	23
4.5. GESTION DES DONNEES	23
4.6. LIEUX D'ETUDE.....	23
4.7. PERIODE DE L'ETUDE	23
4.8. PROCEDURE DE MINIMISATION DES BIAIS	23
PARTIE 3 : RESULTATS	24
1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON INTERROGE	24

1.1. TYPE(S) DE CONSULTATIONS PROPOSEES	24
1.2. ANNEE D'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME.....	24
1.3. DUREE D'EXERCICE EN CABINET LIBERAL	24
1.4. MILIEU D'EXERCICE	24
2. CONNAISSANCES GENERALES SUR LES TCA.....	24
2.1. L'ANOREXIE.....	24
2.2. LA BOULIMIE	25
2.3. L'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE	26
2.4. LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ATYPIQUES.....	27
3. CONSEQUENCES DES TCA IDENTIFIEES PAR LES SAGES-FEMMES	27
3.1. CONSEQUENCES SOMATIQUES ET PSYCHOLOGIQUES	27
3.2. CONSEQUENCES GYNECOLOGIQUES ET SEXUELLES.....	28
3.3. CONSEQUENCES PENDANT LA GROSSESSE ET LE POST-PARTUM.....	28
3.4. EXEMPLES DE CONSEQUENCES LIEES AUX TROUBLES ALIMENTAIRES.....	28
4. LE DEPISTAGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE.....	29
4.1. SIGNES D'APPEL DES TCA SELON LES SAGES-FEMMES	29
4.2. ELEMENTS D'ANAMNESE RECHERCHES PAR LES SAGES-FEMMES, EN FONCTION DU TYPE DE CONSULTATION	30
4.3. ELEMENTS CLINIQUES RECHERCHES PAR LES SAGES-FEMMES, EN FONCTION DU TYPE DE CONSULTATION	31
PARTIE 4 : DISCUSSION.....	32
1. DEROULE DE L'ETUDE	32
1.1. POINTS FORTS	32
1.2. DIFFICULTES	33
1.3. BIAIS.....	33
2. RESULTATS DE L'ETUDE	33
2.1. CONNAISSANCES GENERALES SUR LES TCA	33
2.2. CONSEQUENCES DES TCA	35
2.3. LE DEPISTAGE DES TCA	37
3. PISTES D'AMELIORATION	39
3.1. FORMATION DES SAGES-FEMMES	39
3.2. OUTILS D'AIDE POUR UN DEPISTAGE SYSTEMATIQUE ET PRECOCE.....	40
CONCLUSION.....	43
BIBLIOGRAPHIE	44
ANNEXES	49

INTRODUCTION

L'alimentation, élément clé lorsque l'on parle de santé, est une variable qualitative et quantitative qui condense plusieurs dimensions : biologique (assurant les apports énergétiques nutritionnels), psychologique (apaisement de la tension liée à la faim avec un plaisir éprouvé) et socioculturelle (us et coutumes).

En effet, le comportement alimentaire et le rapport à la nourriture ne relèvent pas uniquement de la satisfaction des besoins métaboliques objectifs, mais à d'importantes composantes affectives et sociales et est soumis à des troubles divers aux conséquences non négligeables pour la santé physique mais aussi psychologique (rapport à l'image de soi compliqué, distorsion de son image corporelle, etc). Il s'agit d'un sujet d'actualité puisque ces dernières années, un idéal de la minceur est entretenu et amplifié par les médias, les magazines, le cinéma ou encore les réseaux sociaux. Il existe aussi l'émergence de nombreux régimes alimentaires, dont certains font l'objet de publicités dans les médias.

Ayant toujours été intéressée par le domaine de l'alimentation et tout ce que cela engendre sur le plan physique mais aussi psychologique, et faisant partie d'une génération où la pression de l'image du corps et la mode des régimes alimentaires sont prédominants et me touchent particulièrement, il était évident pour moi de travailler sur ce thème pour mon mémoire de fin d'études. Par ailleurs, ma formation de sage-femme et les stages qu'ils impliquent m'ont confortée dans ce choix car ils m'ont permis de rencontrer des femmes avec des difficultés liées à leur image corporelle ou à leur alimentation.

Au cours de sa vie, une femme passe par plusieurs périodes de modification de l'image du corps et du poids, notamment pendant l'adolescence, la grossesse et la ménopause, pouvant mener à de grands bouleversements. Ce sont des périodes de vulnérabilité pouvant faire apparaître, amplifier ou raviver des troubles du comportement alimentaire (TCA) non sans conséquence sur la santé de la femme, de la future mère, du fœtus et du nouveau-né.

La sage-femme est actrice tout au long de la vie de la femme et constitue un pilier de la santé génésique, intervenant à tout âge de l'adolescence à la ménopause en passant par la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Ce travail s'est donc dirigé vers un état des lieux des connaissances et des pratiques professionnelles de dépistage des sages-femmes libérales sur les différents troubles du comportement alimentaire et leurs impacts sur la santé génésique.

La première partie étudiera la définition, l'épidémiologie et facteurs de risque ainsi que les conséquences liées aux TCA. Dans la deuxième et troisième partie seront présentés l'étude et ses résultats. Enfin, ces résultats seront discutés et mis en lien avec les différentes hypothèses dans la dernière partie.

PARTIE 1 : JUSTIFICATION DE L'ETUDE

1. GENERALITES SUR LES DIFFERENTS TCA

1.1. DEFINITIONS ET CLASSIFICATIONS

La classification DSM-V (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, V^{ème} édition) distingue trois troubles du comportement alimentaire fréquemment diagnostiqués : l'anorexie mentale (AM), la boulimie nerveuse (BN) et l'hyperphagie boulimique (Binge Eating Disorder BED). Une autre catégorie de troubles, les Eating Disorders Not Otherwise Specified (EDNOS), aussi appelés « troubles subcliniques », « non spécifiés » ou « atypiques », regroupent les troubles ne répondant pas totalement aux critères des trois TCA cités précédemment. [1, 2] (1)

L'anorexie mentale (AM) se caractérise par une restriction des apports alimentaires conduisant à une perte importante de poids associée à une peur intense de prendre du poids. La personne souffrant d'AM a le sentiment d'être toujours en surpoids et cherche à maigrir par tous les moyens. Cela passe notamment par le contrôle des calories de tous les aliments consommés. La personne a une perception perturbée de l'image de son corps et ne reconnaît pas la gravité de sa maigreur. Cette obsession de la perte de poids sous l'influence de facteurs psycho-comportementaux fait de l'AM une pathologie psychiatrique relevant d'une prise en charge spécifique. [2] Les troubles s'installent insidieusement chez la personne souvent sous prétexte d'un régime alimentaire amaigrissant. Un rapport obsessionnel avec la nourriture s'installe alors avec la volonté de perdre toujours plus de poids. Rapidement, toute l'activité psychique se concentre sur le poids, la minceur et sur l'invention de stratégies pour refuser l'alimentation. [3] L'aménorrhée a été retirée du DSM-IV comme critère de l'AM car il ne peut s'appliquer ni aux sujets de sexe masculin, ni aux sujets prépubères, ni aux femmes sous contraception orale, ni aux femmes ménopausées. [4]

La **boulimie nerveuse (BN)** se caractérise par des épisodes répétés de crises typiques de boulimie : elles débutent par une sensation de faim compulsive non contrôlable (« *craving* ») et un besoin angoissant de manger (souvent en dehors des repas et en cachette), menant à une absorption de grandes quantités de nourriture dans un temps restreint sans pouvoir s'arrêter dans le but de se « remplir ». Après la crise, la personne boulimique ressent une impression de malaise, de remords et de dégoût de soi, aboutissant dans la moitié des cas à des comportements compensatoires inappropriés dans le but de lutter contre la prise de poids et faire cesser la pesanteur d'estomac. Il peut s'agir de vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments, jeûne ou exercice physique excessif. Parfois, une autre crise boulimique suit la première de façon rapprochée. En dehors des crises, la personne boulimique fait très attention à ne pas grossir par les mécanismes de purge cités précédemment. [5]

Contrairement aux personnes souffrant d'AM, dont l'indice de masse corporel (IMC) est généralement inférieur à la normale, les personnes souffrant de BN ont généralement un IMC normal (avec une fluctuation de quelques kilogrammes par semaine) en raison de la mise en place des comportements compensatoires, ce qui complique le repérage. [6]

IMC (en kg/m ²)	Classification OMS
Moins de 16,5	Dénutrition
Entre 16,5 et 18,5	Maigreur
Entre 18,5 et 25	Valeur de référence
Entre 25 et 30	Surpoids
Entre 30 et 35	Obésité modérée
Entre 35 et 40	Obésité sévère
Au-delà de 40	Obésité massive

Fig 1. Classification de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) selon l'Organisation Mondiale de la Santé.
Source : Inserm. Obésité. Nov 2019. [7]

L'hyperphagie boulimique (BED) se caractérise par des épisodes récurrents de crises de boulimie, en l'absence de comportements compensatoires. L'apport excessif de calories lors de ces crises explique que les personnes hyperphagiques soient généralement en surpoids ou obèses. [6]

Une quatrième catégorie correspond aux **troubles du comportement alimentaire non spécifiés (EDNOS)**. Selon le DSM-V, cette catégorie correspond à des tableaux cliniques caractéristiques d'un TCA entraînant une détresse significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants, mais ne remplissant pas tous les critères des troubles spécifiques sus-décrits voire aucun. [8] Ils sont généralement des tableaux incomplets d'AM et de BN avec des symptômes similaires, y compris l'utilisation de comportements compensatoires après l'ingestion de quantités normales de nourriture, ou d'épisodes d'alimentation compulsive sans comportements compensatoires. [9] Il peut s'agir de formes prodromiques de TCA, de formes résolutive, ou encore de formes évoluant sur un mode mineur. Cette forme dite « atténuée » des autres troubles ainsi que le sentiment de honte qui l'accompagne généralement engendrent une probable sous-déclaration et donc une sous-estimation. [10]

1.2. EPIDEMIOLOGIE

Malgré une recrudescence des TCA ces dernières années, les données épidémiologiques les concernant restent faibles, notamment en France où peu d'études s'y intéressent. Ce sont des pathologies de plus en plus fréquentes, en particulier parmi les adolescents et les adultes jeunes. Les trois formes syndromiques principales (AM, BN, BED) concernent au total près de 10% de la population. Les données sont plus limitées concernant les TCA atypiques, mais la prévalence totale des TCA peut atteindre près de 20% de la population. [11]

Les études les plus récentes retrouvent une prévalence vie entière de **l'AM** comprise entre 1,2 et 1,4% chez les femmes [12]. Il existe un pic de fréquence entre 13-14 ans et 16-17 ans. [13] Le sex-ratio est d'environ un homme pour dix femmes mais cette prévalence est probablement sous-estimée, témoignant par ailleurs le facteur de vulnérabilité principal de l'AM : le sexe féminin. L'incidence est maximale entre 15 et 19 ans. [8]

La **BN** concerne 1,5% des 11-20 ans et touche en majorité les femmes (environ 75% des cas), avec un pic de fréquence vers 19-20 ans. [13] Le sex-ratio est plus équilibré que dans l'AM, de l'ordre d'un homme pour huit femmes à un homme pour trois femmes. [8, 14]

Le **BED** apparaît plutôt à l'âge adulte et touche 3 à 5% de la population. [14] L'âge moyen de début serait 25 ans mais la moitié des cas débuteraient antérieurement aux alentours de 21 ans. Cela constituerait le trouble avec la prévalence la plus élevée soulevant ainsi un paradoxe car il est aussi celui qui est le moins étudié du fait notamment de son individualisation récente. [8]

Les **EDNOS** constituent le trouble de l'alimentation le plus courant chez les personnes qui demandent un traitement dans les établissements pour troubles de l'alimentation (60 % des sujets consultant pour TCA), et sont beaucoup plus fréquentes que l'AM, la BN et le BED. [15] Cependant, il s'agit là aussi d'un trouble découvert récemment et dont le repérage est difficile, ce qui engendre un manque de données épidémiologiques.

L'épidémiologie caractéristique de ces troubles ayant une prévalence exponentielle aux âges de transition (enfance - adolescence, adolescence - adulte) reflète qu'ils s'immiscent à ces périodes où le corps et le psychisme subissent des changements et remaniements importants. [8] La puberté, la grossesse, le post-partum et la ménopause sont des moments de déséquilibre du système hormonal féminin propices à l'éclosion de troubles psychopathologiques variés pouvant mener à des TCA. [16]

1.2.1. Adolescence

La majorité des récentes études épidémiologiques révèle une augmentation de la fréquence des TCA à l'adolescence, particulièrement des formes EDNOS. Au total, l'étude de Kjelsås retrouve 17,9% de TCA chez les jeunes filles sur 1960 adolescents de 14-15 ans. [17]

Concernant l'**AM**, aucune étude épidémiologique n'a été réalisée au niveau national. Une récente étude a été menée entre la France, les États-Unis et le Canada auprès de populations de collégiens/lycéens et n'a pas trouvé de différences de prévalence entre les trois pays. Celle de l'anorexie mentale est de 0,5% et celle des formes partielles de 0,4 à 3,9%. [17]

La **BN** a été individualisée plus récemment. La majorité des études estime que la prévalence dans une population d'étudiants varie de 1 à 3%. Une étude française réalisée sur 328 adolescentes âgées de 12 à 19 ans conduit à une estimation de 1%. Les conduites boulimiques semblent plus fréquentes, concernant 4% des adolescents scolarisés en France, avec une surreprésentation féminine. [17]

Les données épidémiologiques portant sur le **BED** sont encore dispersées et peu précises du fait de son individualisation récente. Cependant, l'annexe B du DSM-IV relevait déjà une prévalence générale du trouble, variant approximativement de 15 à 50% (avec une moyenne de 30%). [17]

Les formes **EDNOS** seraient deux à trois fois plus fréquentes que les autres troubles. Une enquête française réalisée en Haute-Marne précise que les préoccupations corporelles concernent un tiers des jeunes filles, que 20% ont des conduites de restriction et de jeûne (sans répondre aux critères d'une pathologie déterminée), que 3% présentent des vomissements et des abus de laxatifs et de diurétiques, et enfin que près de 10% ont une crise de boulimie hebdomadaire. [8, 10]

1.2.2. Grossesse et post-partum

La recherche suggère que jusqu'à 7,5% des femmes enceintes souffrent d'un TCA. Il a été observé que des inquiétudes concernant le poids émergeaient pendant la période de grossesse (40,2% des femmes enceintes). Avec les épisodes de frénésie alimentaire (17,3%), les symptômes d'anxiété et de dépression étaient les symptômes les plus fréquents des TCA. [18]

Dans la période du post-partum, l'insatisfaction à l'égard du poids et de la forme corporelle est très présente, même chez les femmes sans complication. Au cours du premier mois suivant l'accouchement, 75% des femmes sont préoccupées par la prise de poids et, quatre mois après l'accouchement, 70% des femmes tentent de perdre du poids. Pendant cette période, les femmes signalent une restriction alimentaire croissante, passant par un évitement alimentaire et/ou le respect de règles alimentaires spécifiques et strictes. Il existe aussi à cette période une labilité émotionnelle, voire des difficultés psychologiques. Pendant la grossesse, 21,7% des femmes souffrent de dépression, ce qui constitue un facteur de risque de dépression du post-partum (touchant 10 à 15% des mères) et un facteur de risque de développement de TCA. [9]

1.2.3. Ménopause

Les recherches sur les TCA étudient depuis longtemps des échantillons d'adolescentes et de jeunes femmes adultes. Cependant, les femmes d'âge moyen ne sont pas à l'abri des symptômes de TCA, car environ 4,6% des femmes de 40 à 60 ans répondent aux critères du DSM-IV (critères complets) pour un trouble de l'alimentation, et 4,8% présentent des symptômes de forme EDNOS. De plus, il existe une prévalence accrue d'hospitalisations pour TCA chez les femmes d'âge moyen, la proportion passant de 4,7% (1989-2001) à 11,6% (2002-2006). [19, 20]

1.3. FACTEURS DE RISQUE

L'étiologie de ces TCA est multifactorielle et peu précise. Les facteurs de risques sont donc multiples.

Les **facteurs psychologiques** sont au cœur de la problématique. En effet, des troubles affectifs et anxieux ainsi qu'une instabilité émotionnelle coexistent très souvent. Les relations sociales sont souvent difficiles pour ces patientes et leur sexualité est affectée. [8, 21]

L'historique familial joue également un rôle, notamment s'il existe des antécédents familiaux de dépression, de TCA, de surpoids, d'obésité ou de pathologie somatique nécessitant un régime (diabète de type I ou hypercholestérolémie familiale). [8, 21]

Certains **tempéraments** comme le perfectionnisme, le besoin de contrôle permanent, l'impulsivité accrue, le fait de « manger ses émotions », la faible estime de soi et l'insatisfaction ou préoccupation envers son apparence corporelle entrent en jeu. [22] Enfin, les patientes ayant subi des événements stressants de la vie (stress, traumatisme, perte de contrôle, etc), présentant un antécédent passé ou actuel de dépression ou de violences (notamment sexuelles), ou présentant d'autres comportements additifs (comme la toxicomanie), ont un risque plus élevé de développer un TCA. [14, 21]

Des **antécédents personnels** peuvent également constituer des facteurs de risque comme un IMC bas ou élevé, des consultations pour des préoccupations concernant le poids, des désordres gastro-intestinaux, des problèmes psychologiques ou des perturbations du cycle menstruel. [10]

Faisant l'objet de peu d'études et étant peu connus, sont retrouvés néanmoins des facteurs **biologiques et génétiques**, qui pourraient inclure la sérotonine (neurotransmetteur impliqué dans la régulation de l'humeur et de l'appétit) ainsi que des troubles de la régulation du système des hormones gastro-intestinales ou des hormones gérées par l'hypothalamus. Une étude récente a suggéré que les hormones ovariennes peuvent aussi jouer un rôle dans l'étiologie des TCA tout au long de la vie, de l'adolescence à la ménopause. [9]

Finalement, les facteurs de risque principaux sont **socioculturels**. Il existe une pression sociale pour imposer un idéal de beauté qui passerait par la minceur, surtout dans le monde occidental, entraînant une insatisfaction corporelle et une perte de confiance en soi, qui, ajoutée à d'autres facteurs, rendent les femmes plus vulnérables face à ces TCA. Ces éléments justifient notamment que les adolescentes et les jeunes femmes soient les populations majoritairement touchées par ces troubles. Les filles, depuis leur plus jeune âge, sont confrontées à des silhouettes de plus en plus minces et valorisées par la société, qu'elles identifient comme étant la norme. L'importance accordée par la société à l'image de soi et à l'image de l'autre entraînent de nombreuses jeunes filles vers des TCA. [23, 24]

En ce sens, d'autres facteurs de vulnérabilité touchent spécifiquement certaines **professions** ou **activités** comme les mannequins, les personnalités à image publique ou les sportifs avec des contraintes de poids. Les milieux sociaux les plus touchés sont les classes sociales moyennes et supérieures. L'influence familiale et la culture interviennent souvent dans le rôle symbolique que ces personnes accordent à l'alimentation et à l'image de soi, comme des parents très sévères voire rigides exerçant une importante pression, ou un milieu où les parents répondent systématiquement à tous les besoins par de la nourriture. [21, 24]

Enfin, les **périodes de modifications corporelles, psychologiques et hormonales** que sont l'adolescence, la grossesse et le post-partum ainsi que la ménopause constituent des périodes de vulnérabilité et un risque de développer un TCA. [9] La grossesse est une période de changement pour l'organisme maternel puisqu'il doit s'adapter à différentes modifications biopsychosociales, augmentant le risque de troubles psychiatriques chez une femme enceinte, incluant les TCA. [18]

1.4. EVOLUTION ET COMPLICATIONS

L'AM et la BN sont très liées et peuvent être associées ou s'alterner : 20 à 50% des sujets souffrant d'AM ont des crises de BN et 27% des sujets souffrant de BN ont des antécédents d'AM. Entre un tiers et la moitié des patients souffrant d'AM passent d'une phase restrictive au moment de l'adolescence à une phase d'alternance avec des crises de boulimie suivies de vomissements aux alentours de 18 ans. Les raisons de cette évolution ne sont pas connues. Le pronostic de guérison est équivalent chez les jeunes femmes souffrant d'anorexie purement restrictive ou d'anorexie-boulimie.

La durée moyenne d'une phase **anorexique** se situe entre un an et demi à trois ans. Après cinq ans d'évolution, deux tiers des cas guérissent. Sinon, il s'agit d'AM chronique, mais des rémissions ou guérisons plus tardives sont possibles. La moitié des personnes soignées pour une AM à l'adolescence guérissent, un tiers est amélioré, 21% souffrent de troubles chroniques et 5 à 6% décèdent. [13]

La **BN** et le **BED** évoluent généralement sur de nombreuses années, en moyenne plus de huit ans. Ce sont des maladies avec une forte propension à la chronicisation (un tiers des cas) et une morbidité psychosociale importante. L'intensité est très variable dans le temps avec un risque de rechutes fréquentes ponctuant des périodes variables de rémission (période asymptomatique pouvant durer plusieurs mois). La probabilité de rechute est maximale dans les six mois suivant le début du traitement. Dans une revue de 15 études en population clinique portant sur 1 383 patients suivis en moyenne sur 31 mois, 45% des patients en moyenne ont guéri de la BN. Les symptômes boulimiques se sont améliorés pour 27% des patients et se sont chronicisés pour 23%. [7, 26] D'après l'Assurance Maladie, le taux de guérison de la BN varie entre 30 et 50% des cas. [21]

Les **EDNOS** évoluent au cours du temps, environ 40% présentent le diagnostic d'AM ou de BN dans l'année, ou les deux années qui suivent la première consultation. [15]

Ces troubles entraînent de nombreuses complications connues et ont de réels impacts sur la personne qui les subit. [7, 13] Ils sont dus aux conduites liées à ces troubles, c'est-à-dire les conduites de purge (vomissements, mésusage de laxatifs et recours aux lavements, prise de diurétiques), et la malnutrition. De manière globale, les complications des TCA sont sensiblement les mêmes pour l'AM et la BN, à l'exception des complications liées à la maigreur (AM) ou au surpoids et à l'obésité (BN et surtout BED). Ces complications sont détaillées dans le tableau en annexe II. [25, 26]

1.5. CONSEQUENCES SUR LA SANTE GENESIQUE

1.5.1. Chez l'adolescente et chez la femme en âge de procréer

On retrouve un impact sur la santé génésique de la femme à tout âge. Il est résultat des séquelles de la dénutrition et des conduites de purge à répétition amenant à des carences en minéraux, vitamines et oligoéléments.

❖ **Troubles hormonaux et sexuels**

Les troubles hormonaux comprennent des perturbations du cycle menstruel avec une **spanioménorrhée**, une **dysménorrhée** voire une **aménorrhée** fonctionnelle (d'origine hypothalamique), caractérisée par une interruption de trois mois de règles (trois cycles) ou six mois si elles étaient irrégulières, en dehors de toute contraception hormonale. Ces perturbations sont dues à des modifications de la fonction gonadotrope. (III) Dans ce contexte, il est à noter une augmentation du risque de **grossesse non planifiée** et ainsi une méconnaissance de l'état gravidique avec un retard de suivi de grossesse, des comportements à risque pour le fœtus (prise d'alcool, alimentation inadaptée), et un retentissement sur les prises en charge gynéco-obstétricales. [4, 6]

Ces perturbations peuvent être à l'origine d'une **perte de la libido** et peuvent causer un **retard pubertaire** à l'adolescence (objectivé par les stades pubertaires de Tanner). [4, 27] (IV).

On peut retrouver chez les adolescentes un **infléchissement voire une cassure de la courbe de croissance pondérale puis staturale**, dû à une altération de l'axe somatotrope (GH/IGF-1). [4] (III)

❖ **Infertilité et fausses-couches spontanées**

Au niveau gynécologique, les femmes sont impactées par une **fertilité diminuée** en raison de la mise au repos de l'axe reproducteur, se traduisant par une absence ou un dérèglement de l'ovulation. (III) Toutefois, il faut être vigilant et prévenir les patientes car des ovulations peuvent parfois avoir lieu, ce qui explique chez cette population le risque de grossesses non désirées : par exemple, les études démontrent que les femmes souffrant d'AM étaient plus susceptibles d'avoir une grossesse non planifiée. [27, 28]

Les femmes qui ont à la fois un antécédent d'AM et de BN présentent un risque plus élevé d'avoir un délai de conception de plus de six mois et de devoir recourir à une aide d'assistance médicale à la procréation (AMP) pour leur première grossesse. Par ailleurs, les TCA sont associés à une probabilité accrue de recevoir un traitement de fertilité. Ceci pourrait expliquer l'augmentation de la prévalence des grossesses gémellaires dans la population de femmes avec AM ou BN. [6, 29]

Une revue de la littérature récente a d'ailleurs montré une prévalence six fois plus élevée de TCA chez les patientes ayant un trouble de la fertilité ou recevant un traitement pour la fertilité que chez les femmes enceintes de la population générale, concernant l'AM mais aussi la BN, le BED et les EDNOS. [30]

Néanmoins, si les patientes subissent un traitement approprié et une restauration du poids, il semble peu probable que la fertilité soit affectée par un TCA. Les résultats chez les patientes guéries ne semblent pas différer des patientes témoins sans TCA en ce qui concerne les grossesses et le développement de leur progéniture. [31]

Enfin, il a été rapporté que les femmes souffrant de TCA seraient davantage à risque de **fausses couches spontanées** mais cela reste discuté. L'origine est inconnue pour les femmes atteintes de BN et il n'a pas été prouvé si ce surrisque est lié à l'obésité ou aux TCA dans le cadre d'un BED. [6]

On retrouve également un **syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)**, présent chez 5 à 10% des femmes de manière générale, et qui serait plus présent chez les personnes atteintes de BN. [28, 32] Dans la littérature, 75% des femmes souffrant de BN présenteraient un SOPK et 33% des femmes avec un SOPK rapporteraient des conduites alimentaires de type boulimique. [6] Ce syndrome est caractérisé par des troubles de l'ovulation, une infertilité, une hyperandrogénie et un syndrome métabolique (avec une adiposité excessive et une prédisposition au diabète, une hypertension artérielle et un risque augmenté de maladie cardiovasculaire). [8]

Le BED faisant l'objet de peu d'études et étant souvent lié à la BN, il est difficile de déterminer si les complications liées à la BN concernent aussi le BED. Il est cependant possible de lui associer des complications liées à l'obésité et donc à certaines complications de la BN, ces deux troubles étant souvent confondus dans les études retrouvées. [27]

Concernant les EDNOS, en raison de l'absence de plusieurs éléments cliniques, ceux-ci ont essentiellement un retentissement psychologique et leur danger est surtout l'évolution vers une AM ou une BN avérée. Les conduites de purge modérées génèrent néanmoins des complications stomatologiques, gastro-intestinales voire une perturbation du bilan sanguin. [6]

1.5.2. Chez la femme enceinte, le fœtus et le nouveau-né

❖ **Impact des TCA sur la femme et l'enfant**

Dans le cadre d'un TCA, la grossesse est vécue de manière plus négative et un conflit s'installe entre la priorisation des besoins alimentaires liés à la grossesse face aux contraintes liées aux TCA. L'estime de soi est altérée en rapport avec les modifications corporelles, et des préoccupations émergent concernant la santé de leur enfant, l'avis de l'entourage, la peur de l'échec, la transformation du corps, etc. [6, 9]

Au niveau maternel, les TCA et les conduites de purge et/ou la malnutrition qu'ils impliquent entraînent des conséquences psychologiques et somatiques, augmentent le risque de certaines pathologies de grossesse et de complications obstétricales. En post-partum, la problématique psychologique est prédominante (trouble anxieux ou dépression). Il existe aussi une influence sur l'allaitement : les femmes atteintes de TCA semblent moins allaiter que les autres ou ont plus de difficultés à maintenir l'allaitement qui peut être source de stress, de difficulté et de culpabilité. Il est difficile pour ces femmes de s'adapter aux demandes de leur bébé ce qui peut être source de conflit dans la relation mère-enfant [33]

L'importance d'une bonne nutrition pendant la grossesse, notamment pour le développement fœtal, explique que cette période peut être à risque également pour le fœtus et le nouveau-né dans le cadre d'un TCA. De nombreuses études retrouvent une influence sur terme de la naissance, sur le poids et sur l'adaptation à la vie extra-utérine. [18]

Toutes ces complications sont détaillées dans le tableau en annexe V.

❖ **Impact de la grossesse sur les TCA**

La grossesse pourrait avoir un effet positif chez les femmes souffrant de TCA. Les femmes atteintes de BN ont montré une réduction des symptômes et des épisodes restrictifs. Cependant, ces symptômes peuvent quand même augmenter lors du post-partum. D'autres affirment que la présence de TCA est plus élevée pendant et surtout après la naissance, trouvant difficile d'équilibrer le désir de restreindre l'apport calorique avec les impulsions de manger. [9] Il faut rester vigilant sur ces données car les études rapportent des résultats variables (entre 29 et 78% de rémission des symptômes de tous TCA confondus au cours de la grossesse). D'autres études suggèrent que la grossesse pourrait déclencher des rechutes chez les femmes ayant des antécédents de TCA ou une ré-augmentation des symptômes au cours des trimestres. [6] Des niveaux plus élevés de TCA pendant la grossesse étaient significativement associés à des niveaux plus élevés de TCA à six semaines et six mois après l'accouchement. [34]

1.5.3. A la ménopause

La transition ménopausique est associée à l'émergence d'anomalies métaboliques qui peuvent augmenter le risque de maladies chroniques chez les femmes. Le syndrome métabolique est un regroupement de facteurs de risque métaboliques liés aux maladies cardiovasculaires, au diabète de type II et à d'autres causes de mortalité. Une étude a montré que le BED exacerbait ce syndrome métabolique chez les patientes en préménopause ou en ménopause. Les femmes ménopausées étaient notamment plus susceptibles d'avoir un taux de cholestérol total cliniquement élevé et un mauvais contrôle glycémique. [35] Cependant, les données à ce sujet restent faibles car cette population est peu étudiée.

2. RECOMMANDATIONS ACTUELLES DE DEPISTAGE ET DE PRISE EN CHARGE

Il est possible de guérir des TCA même si l'évolution est souvent longue et fluctuante. Cette guérison est favorisée par une prise en charge précoce. Elle permet de réduire les souffrances physiques et psychologiques du malade et de ses proches. Cette prise en charge précoce prévient également l'évolution vers une forme chronique (supérieure à cinq ans) ainsi que les rechutes ou la survenue de complications. [3]

2.1. REPERAGE CIBLE ET PRECOCE

Il faut repérer les populations et situations à risque où la prévalence est maximale (VII) et être vigilant aux signes d'appel. (VI)

Pour les patientes en situation à risque (VII), il est recommandé à l'entretien de poser systématiquement une ou deux questions simples sur l'existence de TCA ou d'utiliser le questionnaire **SCOFF-F** (traduction française validée du SCOFF Sick, Control, One, Fat, Food) ou le questionnaire **ESP** (Eating Disorder Screen For Primary Care) en tête à tête avec le patient, où deux réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA (VIII). D'autres questionnaires existent comme l'échelle d'auto-évaluation de l'anorexie mentale EAT (Eating Attitude Test), le BULIT (Bulimia Test), et le YFAS (Yale Food Addiction Scale). [36]

Sur le plan clinique, il est recommandé de suivre systématiquement les courbes de croissance en taille, poids et corpulence chez les enfants et adolescents pour identifier toute cassure des courbes et calculer et suivre l'IMC à tous les âges. [6, 21, 32]

2.2. CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC

Les premiers échanges sont cruciaux et déterminent la prise en charge ultérieure. Il est recommandé d'adopter une attitude empathique pour permettre au patient d'exprimer les signes susceptibles de conforter le diagnostic de TCA (avec son accord, l'aide de sa famille et de son entourage). (VI)

La présence d'un ou plusieurs signes d'appel doit faire évoquer un TCA, le diagnostic étant confirmé par la présence de chacun des critères diagnostiques d'une des classifications internationales (CIM11 ou DSM-V) (I). L'absence d'au moins un critère diagnostique révèle alors un TCA atypique. Lorsque le diagnostic est établi, il est recommandé de pratiquer un examen clinique et paraclinique complet afin

d'en évaluer la gravité et dans la perspective d'aider le patient à prendre conscience du retentissement global de sa conduite. (IX)

Chez les adolescents et jeunes adultes, il est recommandé de faire une consultation en plusieurs temps, permettant de les voir à la fois avec et sans les parents (ou accompagnants). Le déni des troubles est un obstacle à la prise en charge fréquent et important. Il est prioritaire d'instaurer une relation de qualité entre le professionnel de santé, le patient et l'entourage pour établir une alliance thérapeutique. Selon les moments et la gravité, les prises en charge peuvent se dérouler au travers de soins ambulatoires plus ou moins intensifs et/ou en hospitalisation. [6, 32]

2.3. IMPORTANCE DE LA MULTIDISCIPLINARITE

La prise en charge est d'emblée pluridisciplinaire du fait de l'origine multifactorielle du trouble et nécessite une évaluation globale (somatique, psychologique, nutritionnelle, sociale et familiale), coordonnée entre les différents intervenants et adaptée à l'âge du patient et à l'intensité de ses troubles. Il est recommandé que les professionnels de santé n'ayant pas l'expérience des TCA, ou en cas d'incertitude de prise en charge, sollicitent des conseils de la part d'un confrère expérimenté. L'évaluation permet de déterminer les signes de gravité, en particulier ceux justifiant une hospitalisation. Elle est à répéter dans le temps, au moins mensuellement dans les formes avérées, et d'autant plus fréquemment que l'état du patient est fluctuant ou évolutif. [6, 32]

2.4. ROLE DE LA SAGE-FEMME DANS LA PRISE EN CHARGE

Les femmes sont régulièrement amenées à rencontrer leur sage-femme dans le cadre du suivi de santé génésique (suivi gynécologique et suivi de grossesse). Celui-ci constitue un moment propice au sujet de l'alimentation, du rapport au corps et des habitudes de vie qui pourra amener la sage-femme à dépister et orienter.

La plupart des patientes anorexiques sont en aménorrhée mais celle-ci n'est pas systématique. Par ailleurs, il ne faut pas négliger la possibilité d'un retour d'ovulation et de survenue d'une grossesse. En l'absence de désir de grossesse, il est recommandé de prévenir la patiente du risque de grossesse en cas de relation sexuelle et de l'informer des différentes possibilités contraceptives afin d'appliquer celle qui correspond le mieux à son cas (hémorragies de privation liées à la contraception oestroprogestative qui peuvent masquer l'aménorrhée, contraception orale non adaptée en cas de vomissements, etc). En cas de désir de grossesse, il faut informer la patiente des risques encourus pour elle ou le futur enfant. Il est également recommandé que les femmes ayant un TCA soient dépistées lors d'une demande d'AMP, et traitées avant d'engager le parcours d'AMP.

Chez les patientes présentant un TCA, en particulier en cas de vulnérabilité psychologique associée, il est recommandé d'être vigilant quant aux comportements sexuels à risque, informer sur les risques associés et les méthodes de prévention.

Les femmes enceintes souffrant de TCA ou avec antécédents nécessitent un suivi pluridisciplinaire adapté, pendant la grossesse et la période de post-partum afin de limiter au maximum les retentissements du TCA sur la santé physique et mentale de la femme, sur le développement du fœtus et sur la relation mère-enfant. [6,32]

Il faut établir une relation de confiance afin d'obtenir les informations nécessaires par la patiente qui peut ressentir des difficultés à parler par sentiment de honte, de culpabilité ou de déni. Des rendez-vous supplémentaires peuvent être nécessaires pour suivre de plus près la croissance et le développement du bébé. Une approche multidisciplinaire envisage des consultations chez un nutritionniste spécialisé dans les TCA avant ou immédiatement après une grossesse pour créer un plan d'alimentation saine et de contrôle rationnel du poids. Des conseils individuels et des groupes de soutien pendant et après la grossesse peuvent aider à faire face aux préoccupations concernant la nourriture, la prise de poids, l'image corporelle et le nouveau rôle parental. La préparation à la naissance et à la parentalité peut également être utile pour faire face aux appréhensions. [37]

3. PLACE DE LA SAGE-FEMME DANS LA SANTE GENESIQUE

Les modifications physiques et psychologiques que vit la femme tout au long de sa vie peuvent amener à un risque de TCA. Ceux-ci affectent de manière significative la santé génésique avec des complications gynécologiques et obstétricales. [5, 38] C'est pourquoi il est important d'identifier ces conséquences, participer au dépistage et orienter les femmes concernées.

3.1. LE SUIVI DE GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LE POST-PARTUM

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L.4151-2 à L.4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L.4127-1 du Code de la Santé Publique (CSP). La sage-femme effectue l'examen postnatal à la condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée. [39]

3.1.1. Surveillance de la grossesse

La surveillance de la grossesse est réglementée par l'article R2122-1 du CSP et par les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme. D'après la HAS, sept consultations prénatales sont obligatoires pour une grossesse normale. Lors de ces consultations, le dépistage de TCA passe par l'anamnèse explorant les habitudes alimentaires et le vécu de la grossesse. [40]

Sur le plan physique, de grandes études de cohorte menées en Norvège et aux Pays-Bas ont montré une augmentation de poids plus importante et plus rapide pendant la grossesse chez les patientes avec TCA, comparativement à celles qui n'en avaient pas, c'est pourquoi le suivi du poids et de l'IMC est essentiel. [6]

3.1.2. Bilan prénatal

Le bilan prénatal de prévention permet à la sage-femme de faire le point sur l'alimentation, c'est-à-dire les aliments à éviter pour la prévention de différentes maladies transmissibles au fœtus (toxoplasmose, listériose, salmonellose), des conseils hygiéno-diététiques sur la composition qualitative et quantitative des repas en cas de surpoids, obésité, diabète gestationnel ou simplement pour s'assurer d'une prise de poids physiologique en accord avec les recommandations d'intervalles de prise de poids selon l'IMC avant grossesse et avec les besoins nutritionnels au cours de la grossesse. Il existe un livret d'accompagnement de nutrition pendant et après la grossesse destiné aux professionnels de santé [41] et un guide pour les femmes enceintes [42] établis dans le cadre du Plan National Nutrition Santé (PNNS). Ce bilan permet alors d'évoquer les habitudes alimentaires et dépister d'éventuelles difficultés face à la nourriture ou au rapport au corps.

Valeur de l'IMC avant la grossesse (kg/m ²)	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>Maigre</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

Fig 2. Recommandations de prise de poids pendant la grossesse en fonction de l'IMC
Source : GUILHERME R. La prise de poids normale pendant la grossesse. L'alimentation de la femme enceinte. Fév 2015. [43]

C'est aussi l'occasion d'aborder les comportements à risque (alcool, tabac, autres addictions) et d'informer sur l'importance de la vaccination et du suivi bucco-dentaire pendant la grossesse. Ce bilan peut être réalisé dès la déclaration de grossesse et si possible avant la vingt-quatrième semaine d'aménorrhée. [44] Les différents éléments à aborder au cours de cette consultation sont disponibles sur le site de l'Assurance Maladie. [45]

3.1.3. Séances de préparation à la naissance et entretien prénatal individuel

Conformément au Plan Périnatalité 2005-2007 et parallèlement au suivi médical, huit séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) sont systématiquement proposées, la première étant consacrée à un entretien prénatal individuel (EPI) ou en couple du premier trimestre. Ce plan a développé la mise en œuvre d'outils d'écoute, d'information et d'accompagnement comme le carnet de maternité, le développement du soutien psychologique et l'entretien prénatal. [46, 47]

Il s'agit de moments clés où il est important d'établir une relation de confiance, créer un espace d'écoute et d'échange où les problématiques alimentaires peuvent être évoquées sans jugement ni culpabilisation de la part du professionnel de santé car le sujet peut être difficile à aborder pour ces patientes. La sage-femme occupe une place centrale dans les problématiques psychologiques des patientes. La période périnatale, couvrant la période péri-conceptionnelle, la grossesse et l'année suivant la naissance, est identifiée comme à risque de développer des troubles psychiques pour les

mères, c'est pourquoi il est recommandé de les dépister, afin d'éviter l'apparition ou la réactivation d'un TCA pour limiter ses conséquences sur la femme, la mère, le fœtus et le nouveau-né. [48]

D'après l'enquête périnatale 2016, pour un quart des femmes, une sage-femme en maternité publique ou en secteur libéral a été la responsable principale de la surveillance dans les six premiers mois de la grossesse. Le rôle des sages-femmes comme professionnelles de premier recours dans la prise en charge des grossesses sans complication semble donc mieux pris en compte. Une sage-femme à la maternité était consultée au moins une fois par 40,7% des femmes. La part des consultations auprès d'une sage-femme libérale a augmenté, passant de 16% en 2010 à 25,2% en 2016. Pour la moitié des grossesses, le principal responsable du suivi prénatal pendant les six premiers mois reste un gynécologue-obstétricien en ville, et pour respectivement 16% et 14,8% des grossesses, il s'agit d'un gynécologue-obstétricien et d'une sage-femme en maternité. Ces chiffres tendent à augmenter en faveur des consultations chez les sages-femmes. [49]

3.2. SUIVI GYNECOLOGIQUE DE PREVENTION, ORTHOGENIE ET ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

L'exercice de la profession de sage-femme comporte également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. L'article 86 de la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) de 2009, modifiant l'article L.4151-1 du CSP, a représenté une véritable évolution pour la profession de sage-femme en élargissant leurs compétences à la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention auprès des femmes quel que soit leur âge, sous réserve d'adresser les patientes aux médecins en cas de pathologie. Dans la poursuite de l'élargissement des compétences de la sage-femme, un décret paru en décembre 2021 fixe les premières modalités de mise en œuvre de l'expérimentation pour les sages-femmes dans la réalisation d'IVG instrumentales en établissement de santé. [39, 50]

Là encore, ces différentes consultations peuvent faire l'objet d'un suivi du poids et de l'IMC, d'un approfondissement des habitudes alimentaires et de leur bien-être et ressenti face à leur image et leur corps, et laissent place à des échanges précieux entre la patiente et sa sage-femme.

Enfin, la sage-femme est autorisée à concourir aux activités d'AMP, dans des conditions fixées par décret. [39] Qu'il soit lié à un TCA déjà présent ou non, ce parcours peut s'avérer compliqué pour la patiente, difficile à porter psychologiquement et nécessiter une présence et une écoute psychologique active par le professionnel de santé qui la suit, rendant là encore ce moment propice à la discussion avec la patiente en prenant en considération son environnement, ses habitudes et son bien-être.

Ainsi, au cours de leur vie, les femmes sont régulièrement amenées à entrer en contact avec les professionnels exerçant dans le domaine gynéco-obstétrical 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, et représentent donc des acteurs privilégiés du dépistage. La sage-femme, actrice dans la santé génésique de la femme, a toute sa place dans la prévention et le dépistage des TCA afin d'en limiter les conséquences sur la femme, la mère et le nouveau-né.

PARTIE 2 : METHODOLOGIE

1. PROBLEMATIQUE

En quoi les connaissances des sages-femmes sur les troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie, hyperphagie boulimique, troubles atypiques) et leurs conséquences impactent leur dépistage lors du suivi de santé génésique ?

2. OBJECTIFS

2.1. BENEFICES ATTENDUS

Sensibiliser les sages-femmes sur les conséquences des différents troubles du comportement alimentaire aux différentes étapes de la vie.

Améliorer les pratiques professionnelles et ainsi le dépistage des patientes atteintes de troubles du comportement alimentaire par les sages-femmes.

2.2. OBJECTIF PRINCIPAL ET SECONDAIRES

2.2.1. Objectif principal

Réaliser un état des lieux des connaissances et des pratiques professionnelles de dépistage des sages-femmes libérales sur les différents troubles du comportement alimentaire lors du suivi de santé génésique.

2.2.2. Objectifs secondaires

- Evaluer les connaissances des sages-femmes sur l'impact des TCA sur la santé gynécologique et sexuelle.
- Evaluer les connaissances des sages-femmes sur l'impact des TCA sur la p rinalit .
- Evaluer les pratiques des sages-femmes concernant le dépistage de TCA.

3. HYPOTHESES

H1 : Les sages-femmes connaissent la définition des différents TCA.

H2 : Les sages-femmes connaissent les périodes à risque de TCA.

H3 : Les sages-femmes connaissent les complications somatiques et psychologiques des TCA.

H4 : Les sages-femmes connaissent les conséquences des TCA sur la santé gynécologique et sexuelle.

H5 : Les sages-femmes connaissent les conséquences des TCA sur la grossesse et le post-partum.

H6 : Les sages-femmes connaissent les conséquences des TCA sur le f etus et le nouveau-né.

H7 : Les sages-femmes ont les connaissances nécessaires pour dépister un TCA.

4. MATERIEL ET METHODES ENVISAGES

4.1. TYPE DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle descriptive transversale quantitative par questionnaire anonyme, multicentrique, en Moselle, en 2021-2022.

4.2. POPULATION D'ETUDE : ETAPE D'ELIGIBILITE

4.2.1. Critères d'inclusion

Ont été incluses les sages-femmes libérales de Moselle réalisant des suivis de grossesse et/ou consultations de gynécologie : 112 sujets.

4.2.2. Critères de non-inclusion

- Sages-femmes libérales exerçant exclusivement en échographie.
- Sages-femmes libérales exerçant exclusivement en préparation à la naissance.
- Sages-femmes ne souhaitant pas répondre au questionnaire.

4.2.3. Critères d'exclusion

Ont été exclus les questionnaires remplis à moins de 80%.

4.2.4. Modalités de recrutement / nombre de sujets nécessaires

Recrutement via le Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes de la Moselle.

Nombre de sujets nécessaire : Au moins 30% du nombre total de sages-femmes libérales de Moselle.

4.3. CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRES

Critère de jugement principal : Connaissances générales sur les différents TCA

Critères de jugement secondaires :

- Connaissances des conséquences sur la santé gynécologique et sexuelle
- Connaissances des conséquences sur la grossesse et le post-partum
- Méthode d'anamnèse réalisée en consultation
- Examen clinique pratiqué en consultation

4.4. RECUEIL DE DONNEES

Recueil de données réalisé par questionnaire standardisé et anonymisé via Google. (X)

4.5. GESTION DES DONNEES

Méthode d'analyse des données selon le tableur Excel.

4.6. LIEUX D'ETUDE

Etude se déroulant en Moselle.

4.7. PERIODE DE L'ETUDE

Etude réalisée d'octobre 2021 à février 2022.

4.8. PROCEDURE DE MINIMISATION DES BIAIS

- Biais de mémorisation
- Biais de sélection

PARTIE 3 : RESULTATS

Concernant la population étudiée, 112 sages-femmes libérales en Moselle pratiquaient des consultations gynécologiques, des consultations de contraception et du suivi de grossesse (n'étaient pas incluses les échographistes, les sophrologues et les sages-femmes réalisant uniquement de la préparation à la naissance et à la parentalité, etc.).

35 sages-femmes correspondant aux critères d'inclusion ont répondu au questionnaire, qui était rempli pour chacune à plus de 80%, soit un total de 31,25% des sages-femmes de Moselle.

1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON INTERROGE

1.1. TYPE(S) DE CONSULTATIONS PROPOSEES

Dans leur exercice, 100% des sages-femmes interrogées proposaient des consultations prénatales et post-natales. S'ajoutaient une ou plusieurs autres activités : 91,4% (32 sages-femmes sur 35) des consultations de suivi gynécologique et 97,1% (34 sur 35) des séances de préparation à la naissance. 88,6% (31 sur 35) exerçaient la rééducation périnéale. Enfin, quatre sages-femmes ont renseigné « *Autre type de consultation* » avec une sage-femme proposant respectivement des consultations d'IVG, de l'acupuncture, du yoga/haptonomie et de l'échographie en complément d'autres consultations.

1.2. ANNEE D'OBTENTION DU DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Les sages-femmes interrogées ont obtenu leur diplôme d'Etat entre 1983 et 2021. Parmi elles, 17,1% (6 sages-femmes sur 35) avaient obtenu leur diplôme il y a moins de cinq ans, 34,3% (12 sur 35) avaient un temps d'exercice entre cinq et dix ans, tandis que 48,6% (17 sur 35) avaient obtenu leur diplôme depuis plus de dix ans.

1.3. DUREE D'EXERCICE EN CABINET LIBERAL

25,7% (9 sages-femmes sur 35) exerçaient en libéral depuis moins de cinq ans, 45,7% (16 sur 35) avaient un temps d'exercice entre cinq et dix ans, tandis que 28,6% (10 sur 35) travaillaient en libéral depuis plus de dix ans.

1.4. MILIEU D'EXERCICE

37,1% (13 sages-femmes sur 35) travaillaient en milieu rural (village jusqu'à 5 000 habitants). 62,9% (22 sur 35) travaillaient en milieu urbain : 42,9% (15 sur 35) dans une petite ou moyenne ville (5 000 à 50 000 habitants) et 20% (7 sur 35) dans une grande ville (50 000 à 200 000 habitants).

2. CONNAISSANCES GENERALES SUR LES TCA

2.1. L'ANOREXIE

❖ Définition de l'anorexie

Pour 68,6% des sages-femmes (24 sur 35), la « *Restriction des apports énergétiques* » faisait partie de la définition de l'AM. 71,4% d'entre elles (25 sur 35) considéraient le « *Poids*

significativement bas » comme critère de définition. 91,4% (32 sur 35) considéraient que le « *Contrôle passant par la mise en place de comportements purgatifs (vomissements, laxatifs, diurétiques, exercice physique)* » faisait partie de la définition. 97,1% d'entre elles (34 sur 35) incluaient la « *Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros et son influence excessive sur l'estime de soi* » dans la définition. Enfin, 45,7% (16 sur 35) associaient l'AM à la « *Présence possible d'accès de glotonnerie avec absorption d'une quantité importante de nourriture* ».

❖ Evolution de l'anorexie

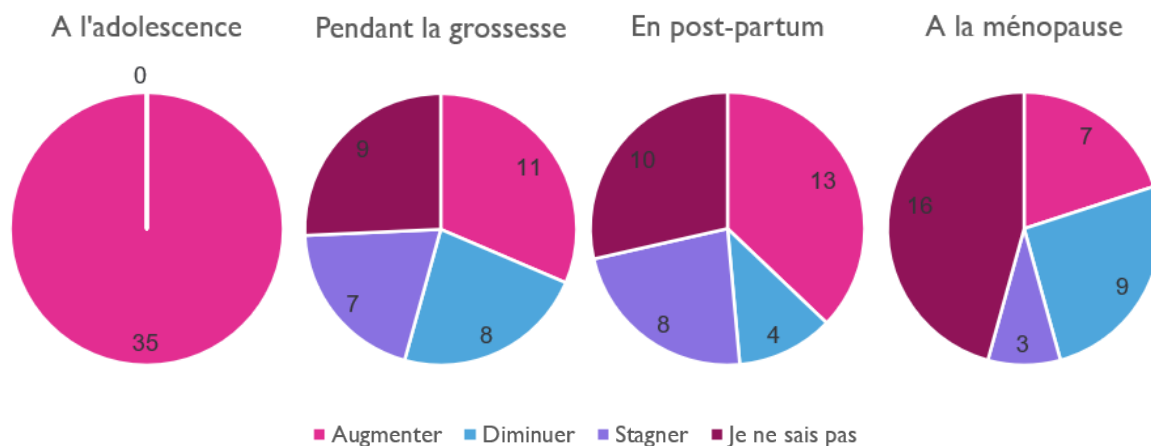


Fig 3. Evolution de l'anorexie en fonction de la période de vie selon les sages-femmes. Etude Connaissances des Sages-Femmes Libérales sur les TCA et leurs impacts sur la santé génésique – Moselle 2021 (n=35). Plusieurs réponses possibles

2.2. LA BOULIMIE

❖ Définition de la boulimie

Pour 82,9% des sages-femmes (29 sur 35), les « *Accès hyperphagiques (crises de glotonnerie) avec absorption d'une quantité importante de nourriture au moins une fois par semaine pendant trois mois* » faisaient partie de la définition de la BN. 20% d'entre elles (7 sur 35) considéraient la « *Gourmandise exacerbée à l'égard de certains aliments* » comme un critère de définition. 91,4% (32 sur 35) estimaient que le « *Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise* » faisait partie de la définition. 62,9% d'entre elles (22 sur 35) incluaient la « *Préoccupation sur le poids, la peur de prendre du poids et l'influence sur l'estime de soi* » dans la définition. Enfin, 80% (28 sur 35) associaient la BN à des « *Comportements compensatoires inappropriés systématiques (vomissements, laxatifs, diurétiques, exercice physique excessif)* ».

❖ Evolution de la boulimie

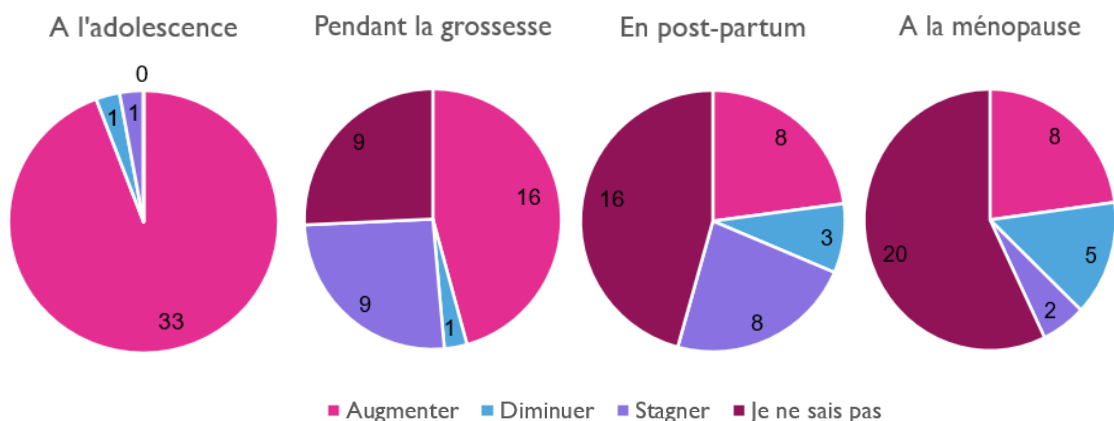


Fig 4. Evolution de la boulimie en fonction de la période de vie selon les sages-femmes. Etude Connaissances des Sages-Femmes Libérales sur les TCA et leurs impacts sur la santé génésique – Moselle 2021 (n=35). Plusieurs réponses possibles

2.3. L'HYPERPHAGIE BOULIMIQUE

❖ Définition de l'hyperphagie boulimique

Pour 82,9% des sages-femmes (29 sur 35), les « Accès hyperphagiques (crises de glotonnerie) avec absorption d'une quantité importante de nourriture au moins une fois par semaine pendant trois mois » faisaient partie de la définition de l'hyperphagie boulimique. 34,3% d'entre elles (12 sur 35) considéraient la « Gourmandise exacerbée à l'égard de certains aliments » comme un critère de définition. 77,1% (27 sur 35) considéraient que le « Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise » faisait partie de la définition. 37,1% d'entre elles (13 sur 35) incluaient les « Comportements compensatoires inappropriés systématiques (vomissements, laxatifs, diurétiques, exercice physique excessif) » dans la définition. 88,6% des sages-femmes (31 sur 35) incluaient « L'ingestion d'aliments plus rapide que la normale, jusqu'à une sensation pénible de distension abdominale » dans la définition, et 71,4% (25 sur 35) le « Sentiment de dégoût ou déprime après l'épisode d'accès hyperphagique ». Enfin, 34,3% (12 sur 35) associaient l'hyperphagie boulimique à la « Préoccupation sur le poids et la peur de prendre du poids ».

❖ Evolution de l'hyperphagie boulimique

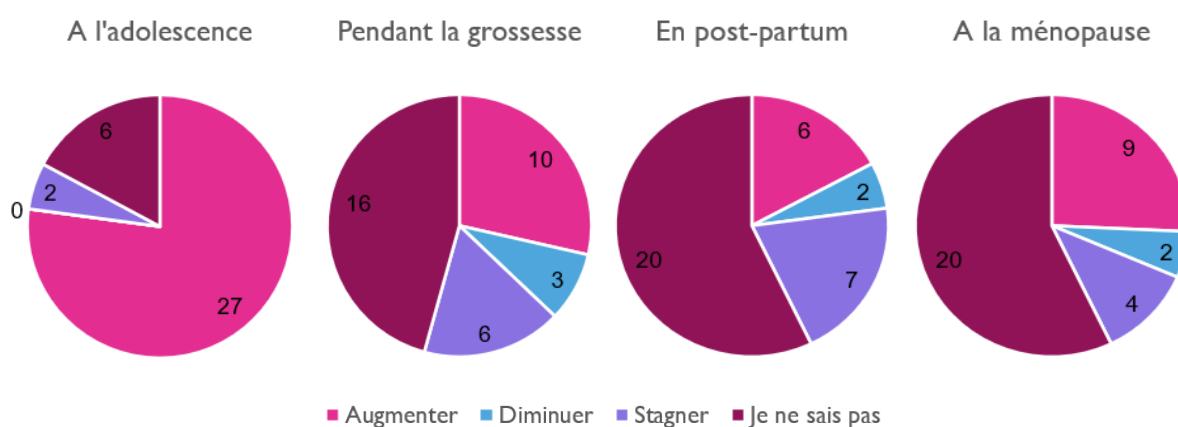


Fig 5. Evolution de l'hyperphagie boulimique en fonction de la période de vie selon les sages-femmes. Etude Connaissances des Sages-Femmes Libérales sur les TCA et leurs impacts sur la santé génésique – Moselle 2021 (n=35). Plusieurs réponses possibles

2.4. LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ATYPIQUES

❖ Définition des troubles atypiques

Pour 88,6% des sages-femmes (31 sur 35), le « *Tableau de trouble de l'alimentation ne remplissant pas tous les critères* » faisait partie de la définition des TCA atypiques. 62,9% d'entre elles (22 sur 35) considéraient le « *Tableau de trouble de l'alimentation sans variation du poids* » comme un critère de définition. 40% (14 sur 35) considéraient que la « *Détresse ou altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel* » faisait partie de la définition des troubles atypiques. 20% (7 sur 35) incluaient l'« *Anorexie mentale sans perte de poids* » dans la définition. Enfin, 25,7% (9 sur 35) ont inclus la « *Boulimie avec accès hyperphagiques pendant moins de trois mois* » et les « *Accès hyperphagiques de faible fréquence* » dans la définition des TCA atypiques.

❖ Evolution des troubles atypiques

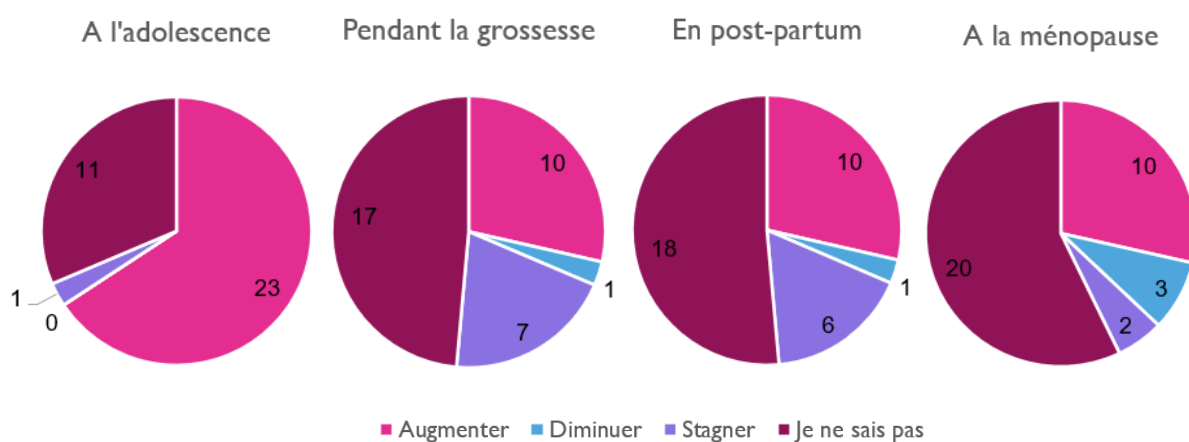


Fig 6. Evolution des troubles atypiques en fonction de la période de vie selon les sages-femmes. Etude Connaissances des Sages-Femmes Libérales sur les TCA et leurs impacts sur la santé gésésique – Moselle 2021 (n=35). Plusieurs réponses possibles

3. CONSEQUENCES DES TCA IDENTIFIEES PAR LES SAGES-FEMMES

3.1. CONSEQUENCES SOMATIQUES ET PSYCHOLOGIQUES

Concernant les conséquences somatiques et psychologiques liées aux TCA, elles pensaient :

- A 100% (35 sages-femmes) qu'il pouvait y avoir une altération de l'état général.
- A 65,7% (23 sages-femmes sur 35) qu'un risque d'augmentation du taux de mortalité pouvait exister.
- A 54,3% (19 sur 35) qu'il pouvait y avoir des complications hématologiques, cardiovasculaires et thrombo-emboliques.
- A 91,4% (32 sur 35) qu'il y avait un risque d'atteinte dentaire et dermatologique.
- A 54,3% (19 sur 35) que des complications liées à la renutrition pouvaient survenir.
- A 94,3% (33 sur 35) qu'il pouvait y avoir complications métaboliques, rénales, hépatiques et gastro-intestinales.
- A 20% (7 sur 35) que des conséquences respiratoires pouvaient exister.

- A 48,6% (17 sur 35) qu'il y avait une augmentation du risque infectieux.
- A 94,3% (33 sur 35) qu'il pouvait y avoir une atteinte osseuse.
- A 34,3% (12 sur 35) qu'une augmentation du risque de certains cancers existait.
- A 51,4% (18 sur 35) qu'il y avait un risque de complications neurologiques et cognitives.

Enfin, 100% (35 sages-femmes) pensaient qu'il pouvait y avoir des conséquences psychologiques et un risque de pathologie psychiatrique.

3.2. CONSEQUENCES GYNECOLOGIQUES ET SEXUELLES

Concernant les conséquences gynécologiques liées aux troubles du comportement alimentaire :

100% (35 sages-femmes) évoquaient des perturbations hormonales et du cycle menstruel.

74,3% (26 sages-femmes sur 35) estimaient qu'il pouvait y avoir une altération de la santé sexuelle.

94,3% (33 sur 35) pensaient qu'il pouvait y avoir un retard pubertaire.

82,9% (29 sur 35) évoquaient des troubles de la fertilité et une augmentation du risque de fausse-couche spontanée.

Pour finir, 25,7% (9 sur 35) présumaient qu'il pouvait y avoir une association avec la survenue de SOPK.

3.3. CONSEQUENCES PENDANT LA GROSSESSE ET LE POST-PARTUM

Concernant les conséquences pendant la grossesse et le post-partum liées aux TCA :

100% (35 sages-femmes) pensaient qu'il pouvait y avoir un risque de dépression et d'anxiété.

22,9% (8 sages-femmes sur 35) évoquaient un risque d'hémorragie (antépartum et/ou post-partum).

60% (21 sur 35) présumaient qu'il y avait un risque de contractions prématurées.

71,4% (25 sur 35) parlaient d'un risque de pathologie obstétricale.

31,4% (11 sur 35) estimaient un risque d'accouchement instrumental et de césarienne.

22,9% (8 sur 35) pensaient qu'il pouvait y avoir des conséquences sur la durée du travail.

54,3% (19 sur 35) évoquaient des conséquences sur le terme de l'accouchement.

Enfin, 77,1% (27 sur 35) présumaient qu'il pouvait y avoir un risque de difficultés à l'allaitement maternel.

3.4. EXEMPLES DE CONSEQUENCES LIEES AUX TROUBLES ALIMENTAIRES

80% (28 sages-femmes sur 35) déclaraient ne pas connaître d'exemples de conséquences spécifiques. Sept sages-femmes ont répondu à la question : l'anémie et le retard de croissance intra-utérin ont été cités par deux sages-femmes, la menace d'accouchement prématuré, la non-observance de la surveillance prénatale, les carences et fatigue extrême, les troubles du

métabolisme, le diabète gestationnel, le surpoids/obésité, les difficultés à la mise en place de l'allaitement maternel et l'aménorrhée ont été cités par une sage-femme respectivement.

4. LE DEPISTAGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

88,6% (31 sages-femmes sur 35) estimaient ne pas avoir les connaissances nécessaires pour dépister un TCA, contre 11,4% (4 sages-femmes sur 35).

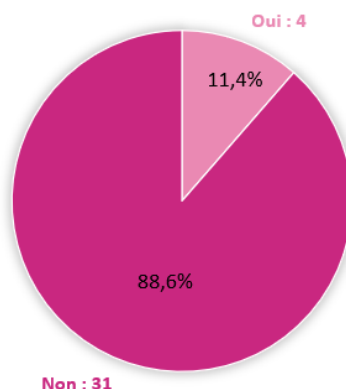


Fig 7. Répartition des sages-femmes estimant avoir ou non les connaissances permettant de dépister un trouble du comportement alimentaire. Etude Connaissances des Sages-Femmes Libérales sur les TCA et leurs impacts sur la santé génésique – Moselle 2021 (n=35)

4.1. SIGNES D'APPEL DES TCA SELON LES SAGES-FEMMES

Concernant les éléments considérés comme signe d'appel de TCA par les sages-femmes :

71,4% (25 sages-femmes sur 35) considéraient l'aménorrhée ou la spanioménorrhée comme signe d'appel.

100% (35 sages-femmes) considéraient comme signe d'appel la perte de poids significative, la maigreur et le refus de s'alimenter.

65,7% (23 sur 35) considéraient l'hyperactivité physique comme signe d'appel de TCA.

42,9% (15 sur 35) considéraient comme signe d'appel une demande de régime amaigrissant.

17,1% (6 sur 35) considéraient les exclusions alimentaires comme signe d'appel de TCA.

25,7% (9 sur 35) considéraient l'IMC élevé comme signe d'appel.

85,7% (30 sur 35) considéraient le recours inapproprié aux méthodes dites « à visée amaigrissante, drainante, purificatrice, détox » comme signe d'appel de TCA.

94,3% (33 sur 35) considéraient l'inquiétude de l'entourage (parents, conjoint, fratrie) face au comportement alimentaire comme signe d'appel.

80% (28 sur 35) considéraient comme signe d'appel la préoccupation excessive autour du poids ou de la corpulence.

74,3% (26 sur 35) considéraient les signes de vomissements (érosion des dents, abrasion du dos de la main, angle sous-mandibulaire gonflé) comme signe d'appel de TCA.

4.2. ELEMENTS D'ANAMNESE RECHERCHES PAR LES SAGES-FEMMES, EN FONCTION DU TYPE DE CONSULTATION

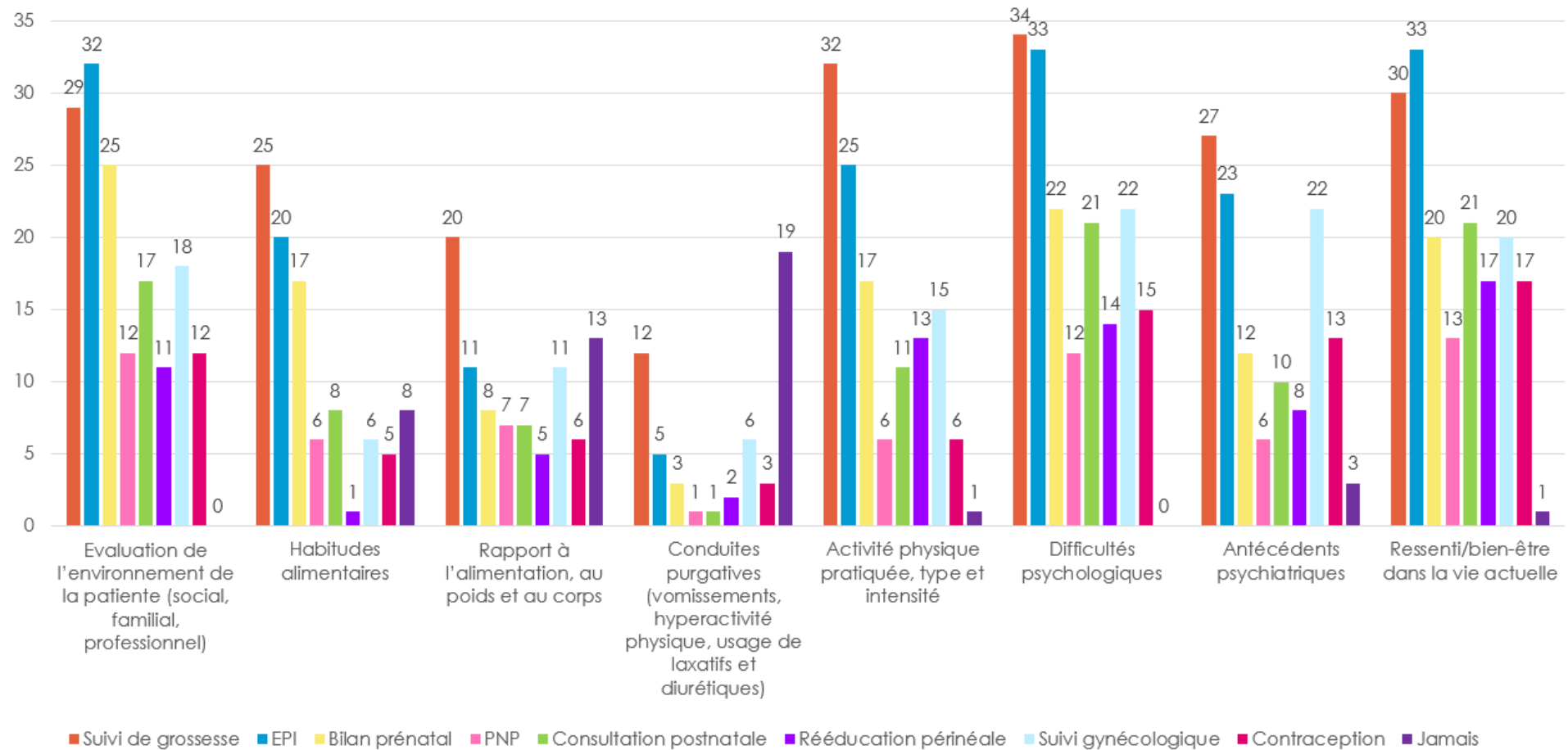


Fig 9. Éléments d'anamnèse recherchés par les sages-femmes dans le cadre du dépistage de TCA en fonction du type de consultation. Etude Connaissances des Sages-Femmes Libérales sur les TCA et leurs impacts sur la santé génésique – Moselle 2021 (n=35). Plusieurs réponses possibles.

4.3. ELEMENTS CLINIQUES RECHERCHES PAR LES SAGES-FEMMES, EN FONCTION DU TYPE DE CONSULTATION

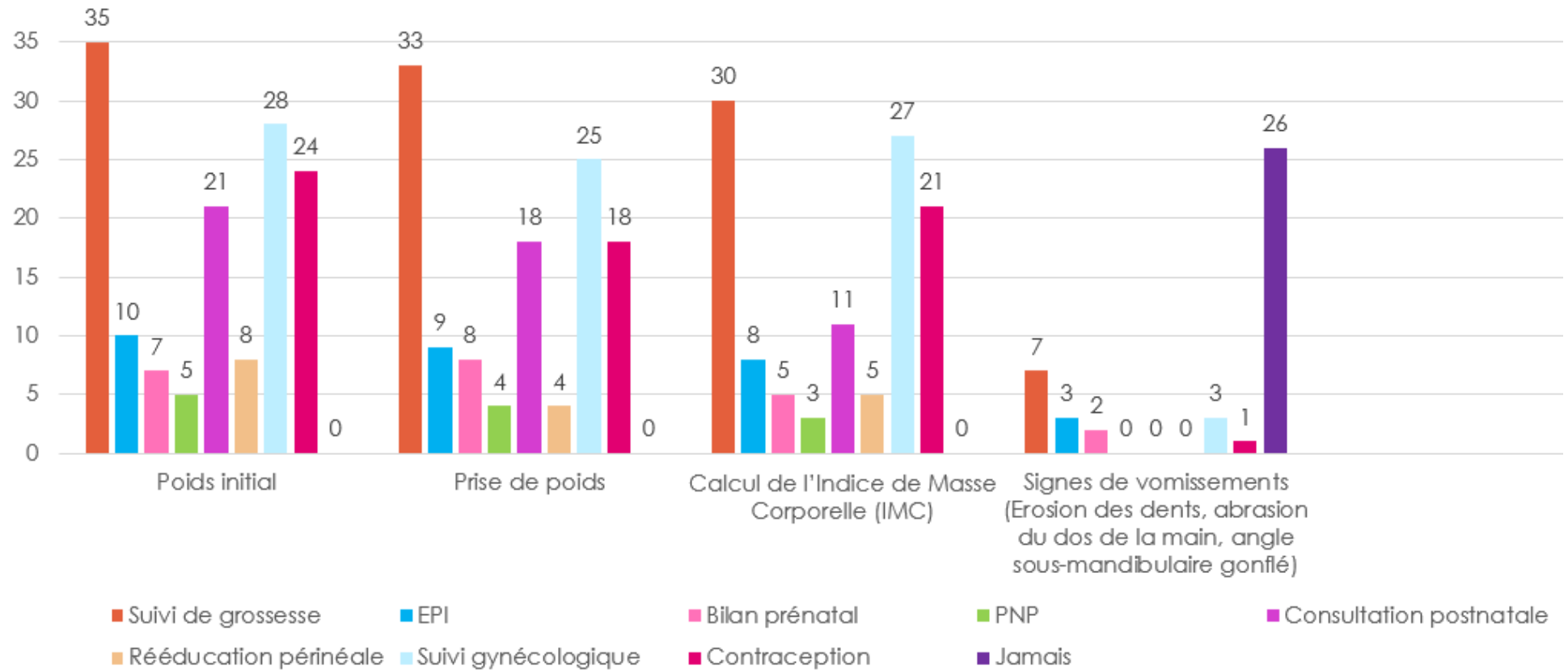


Fig 10. Eléments cliniques recherchés par les sages-femmes dans le cadre du dépistage de TCA en fonction du type de consultation. Etude Connaissances des Sages-Femmes Libérales sur les TCA et leurs impacts sur la santé génésique – Moselle 2021 (n=35). Plusieurs réponses possibles

PARTIE 4 : DISCUSSION

1. DEROULE DE L'ETUDE

1.1. POINTS FORTS

Concernant la méthodologie, le choix d'une étude quantitative était pertinent pour interroger les sages-femmes de manière succincte mais exhaustive en rapport avec le thème. La problématique portait sur les connaissances des sages-femmes, il était donc intéressant de pouvoir les interroger sur un certain nombre de données objectives grâce à un questionnaire avec des réponses à choix multiples.

De plus, la population d'étude était représentative avec un taux de réponse de 31,25% (35 sages-femmes) ce qui donne de la force aux résultats exposés.

Un autre point fort de cette étude est le thème qui porte sur un sujet d'actualité. Au cours de l'Histoire, le rapport de l'Homme à son alimentation a toujours suscité de l'intérêt avec une dimension socio-culturelle, que ce soit dans l'excès ou la privation. Aujourd'hui, l'alimentation fait l'objet de troubles qui sont un véritable phénomène de société et constituant un motif de consultation en constante augmentation chez différents professionnels de santé (pédiatres, nutritionnistes, endocrinologues, psychiatres, psychologues).

Les TCA sont une pathologie de plus en plus répandue qui touche toutes les générations essentiellement de femmes, mais restant paradoxalement encore taboue dans la société. Ce travail permet alors de mettre en lumière une pathologie peu abordée. En effet, la recherche bibliographique pour élaborer ce travail a montré que peu d'études en France s'intéressent aux TCA, et plus particulièrement à la BN, au BED et aux EDNOS. Les travaux s'intéressant à l'implication des sages-femmes sont aussi très peu nombreux voire absents, à l'exception de certains mémoires d'étudiantes sages-femmes mais ceux-ci étaient axés sur un trouble précis ou sur une période de la vie ciblée. Peu d'études s'intéressent aux troubles du comportement alimentaire dans leur ensemble et à toutes les périodes de la vie.

Ce travail englobe l'ensemble des TCA et pas uniquement l'anorexie qui est souvent le trouble le plus « connu ». Le poids et l'image corporelle ont toujours occupé une place prédominante dans la population féminine qui fait l'objet d'idéaux physiques dont les critères évoluent au cours des époques. L'anorexie étant le plus souvent visible physiquement, celle-ci fait l'objet de plus « d'intérêt » (dans les médias mais aussi dans les études) contrairement à la boulimie, l'hyperphagie boulimique et les troubles atypiques qui passent inaperçus ou sont plus difficiles à déceler, ce qui explique aussi en partie pourquoi ils ont été découverts plus récemment.

En outre, le fait que ces TCA soient tabous dans la société nécessite une relation de confiance entre le patient et le professionnel de santé pour pouvoir les aborder. Il existe peu de professions médicales prenant en compte la santé globale de la femme. Il s'agit le plus souvent de professionnels s'intéressant à un domaine particulier ou une problématique spécifique. Au contraire, la sage-femme est amenée à prendre en compte la patiente avec son histoire et constitue un pilier dans la santé

généraliste incluant la santé gynécologique et sexuelle et la périnatalité. C'est pourquoi il est pertinent d'inclure les sages-femmes dans cette problématique et de les interroger puisqu'elles peuvent faire partie des acteurs de premier recours dans le dépistage des TCA.

1.2. DIFFICULTES

La diffusion de mon questionnaire en ligne aux sages-femmes libérales de Moselle a été appuyée par la présidente du Conseil de l'Ordre Départemental des Sages-Femmes. N'ayant pas eu suffisamment de réponses malgré plusieurs sollicitations, j'ai fait appel à Mme BAUER, membre de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des sages-femmes du Grand Est pour transmettre mon questionnaire. Malgré l'ensemble des relances, 35 réponses ont été collectées sur un effectif défini à 112 sages-femmes. Ce taux pourrait être expliqué par le tabou que constituent les TCA associé au fait que la problématique questionne les connaissances et les pratiques professionnelles de dépistage des sages-femmes. Une contrainte de temps ou un manque d'intérêt pour le sujet peuvent aussi être évoqués.

1.3. BIAIS

Malgré une collecte de réponses aléatoire et anonyme, les résultats peuvent être source de biais si les sages-femmes ayant répondu étaient celles qui se sentaient suffisamment concernées par le dépistage des TCA pour participer.

Concernant les questions à choix multiples avec réponse obligatoire, certaines ne contenaient pas la proposition « *Je ne sais pas* » ce qui a pu induire les sages-femmes à répondre au hasard et non pas avec leurs connaissances.

2. RESULTATS DE L'ETUDE

2.1. CONNAISSANCES GENERALES SUR LES TCA

2.1.1. Définition des TCA

Les définitions des différents TCA sont souvent méconnues par la population. De manière plus ciblée, l'hyperphagie boulimique et les troubles atypiques sont parfois même totalement inconnus, ces troubles ayant été découverts récemment, faisant l'objet de peu d'études et étant peu cités. De plus, la différenciation entre les différents troubles n'est souvent pas faite, notamment entre l'anorexie et la boulimie où la frontière est floue à cause de nombreuses idées reçues dans une société où l'image du corps et la mode des régimes « amincissants » sont prédominants. Ceci accroît la difficulté à les déceler comme l'a étudié Jacques Maillat, pédopsychiatre libéral, dans son livre « Anorexie-Boulimie : Idées reçues sur les troubles du comportement alimentaire », où il met en lumière les idées reçues sur les TCA pour mieux en comprendre cette pathologie et leur prise en charge. [63]

❖ L'anorexie

L'étude a révélé que les éléments de définition de l'anorexie mentale que sont la « *Restriction des apports énergétiques* », le « *Poids significativement bas* », le « *Contrôle passant par la mise en place de comportements purgatifs (vomissements, laxatifs, diurétiques, exercice physique)* » et la « *Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros et son influence excessive sur l'estime de soi* » ont

été retenus par 68,6% à 97,1% de la population. La « *Présence possible d'accès de glotonnerie avec absorption d'une quantité importante de nourriture* » ne faisant pas partie des critères de définition a été associé à l'anorexie par 45,7% de la population.

Il peut être conclu que les sages-femmes connaissent la définition de l'anorexie mentale.

❖ **La boulimie**

Concernant la boulimie, les réponses sont là aussi relativement homogènes. 62,9% à 91,4% des sages-femmes incluaient dans la définition les notions d'« *Accès hyperphagiques (crises de glotonnerie) avec absorption d'une quantité importante de nourriture au moins une fois par semaine pendant trois mois* », de « *Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise* », de « *Préoccupation sur le poids, la peur de prendre du poids et l'influence sur l'estime de soi* » et de « *Comportements compensatoires inappropriés systématiques (vomissements, laxatifs, diurétiques, exercice physique excessif)* ». En revanche, 20% ont inclus la « *Gourmandise exacerbée à l'égard de certains aliments* » alors qu'elle ne fait pas partie de la définition.

Il peut être conclu que les sages-femmes connaissent la définition de la boulimie.

❖ **L'hyperphagie boulimique**

L'hyperphagie boulimique a été définie par les « *Accès hyperphagiques (crises de glotonnerie) avec absorption d'une quantité importante de nourriture au moins une fois par semaine pendant trois mois* », le « *Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise* », « *L'ingestion d'aliments plus rapide que la normale, jusqu'à une sensation pénible de distension abdominale* » et le « *Sentiment de dégoût ou déprime après l'épisode d'accès hyperphagique* » par 71,4% à 88,6% des sages-femmes.

Cependant, entre 34,3% et 37,1% des sages-femmes ont inclus la « *Gourmandise exacerbée à l'égard de certains aliments* », les « *Comportements compensatoires inappropriés systématiques (vomissements, laxatifs, diurétiques, exercice physique excessif)* » ainsi que la « *Préoccupation sur le poids et la peur de prendre du poids* » alors que ces éléments ne font pas partie de la définition.

Une plus grande disparité est constatée dans les réponses. Il peut être conclu que **les sages-femmes connaissent partiellement la définition de l'hyperphagie boulimique.**

❖ **Troubles atypiques**

Enfin, pour les troubles atypiques, les résultats montrent que le « *Tableau de trouble de l'alimentation ne remplissant pas tous les critères* » et le « *Tableau de trouble de l'alimentation sans variation du poids* » étaient inclus dans la définition pour respectivement 88,6% et 62,9% des sages-femmes. Néanmoins, la « *Détresse ou altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel* », l'« *Anorexie mentale sans perte de poids* », la « *Boulimie avec accès hyperphagiques pendant moins de trois mois* » et les « *Accès hyperphagiques de faible fréquence*, définissant en partie les troubles atypiques, n'ont été sélectionnés que par 20% à 40% des sages-femmes. **La répartition des réponses illustre une méconnaissance concernant ce dernier trouble.**

En prenant individuellement les différents TCA, les résultats montrent que l'anorexie et la boulimie sont mieux connus par les sages-femmes, en accord avec leur épidémiologie, leur présence dans les mentalités et la quantité d'études y faisant référence. Au contraire, l'hyperphagie boulimique et les troubles atypiques ont été découverts plus récemment, font l'objet de moins d'études et de sujets d'actualité, pouvant expliquer que les sages-femmes les maîtrisent moins.

La première hypothèse H1, « Les sages-femmes connaissent la définition des différents TCA », est ainsi infirmée.

2.1.2. Evolution des TCA

Il est important d'avoir connaissance de l'évolution des TCA tout au long de la vie afin de pouvoir cibler les périodes à risque et ainsi accroître sa vigilance dans les moments où ces troubles sont susceptibles d'apparaître ou s'amplifier. L'adolescence marque une période à risque accru quel que soit le TCA, contrairement à la grossesse qui semble avoir un effet positif avec une préoccupation psychique davantage axée sur la grossesse et la santé de l'enfant à venir que sur les problématiques alimentaires. S'en suit la période du post-partum rendant les femmes plus fragiles psychologiquement et ravivant les préoccupations liées au poids et à l'image corporelle. Quant à la ménopause, il existe peu d'études mais celles-ci tendent vers une augmentation des TCA à cette période. [9, 17, 19, 20]

Concernant l'**anorexie**, 100% des sages-femmes pensent que son incidence augmente à l'adolescence. Pendant la grossesse et en post-partum, les avis sont plus mitigés sans qu'il n'y ait réellement de réponse qui se démarque. Enfin, il est à noter une méconnaissance de l'évolution à la ménopause avec 45,7% de sages-femmes ayant répondu « *Je ne sais pas* ».

Le constat est similairement le même pour la **boulimie** avec 94,2% de réponses en faveur d'une augmentation à l'adolescence. Pendant la grossesse, 45,7% de réponses sont en faveur d'une augmentation, le reste étant partagé. Le post-partum et la ménopause engendrent moins d'avis avec 45,7% et 57,1% de sages-femmes ne sachant pas, les autres réponses étant divisées.

L'**hyperphagie boulimique** questionne davantage avec 77,1% d'augmentation à l'adolescence, puis 45,7% à 57,1% de sages-femmes ne sachant pas répondre pour la grossesse, le post-partum et la ménopause, le reste des réponses étant partagées.

Enfin, en accord avec le résultat de la première hypothèse, les **troubles atypiques** semblent être les plus méconnus avec à l'adolescence 65,7% de réponses en faveur d'une augmentation et 31,4% de réponses ne statuant pas sur l'évolution. Quant à la grossesse, le post-partum et la ménopause, 48,6% à 57,1% des sages-femmes ne savaient pas répondre.

La deuxième hypothèse H2, « Les sages-femmes connaissent les périodes à risque de TCA », est ainsi infirmée.

2.2. CONSEQUENCES DES TCA

Les TCA ne sont pas sans conséquence sur la vie de la femme et leurs impacts illustrent l'importance d'avoir connaissance de leur description, des facteurs et périodes à risque ainsi que de

leurs signes d'appel afin de les dépister pour favoriser une prise en charge précoce et ainsi limiter leurs retentissements.

2.2.1. Somatiques et psychologiques

Il existe une disparité dans les connaissances des sages-femmes concernant les conséquences somatiques et psychologiques des TCA, c'est-à-dire les conséquences pouvant être retrouvées en population générale, femmes et hommes de tout âge.

24% des conséquences listées étaient connues par les sages-femmes : L'altération de l'état général, l'atteinte dentaire et dermatologique, les complications métaboliques, rénales, hépatiques et gastro-intestinales, l'atteinte osseuse, les conséquences psychologiques et le risque de pathologie psychiatrique avec 91,4% à 100% de réponses. Les autres conséquences étaient partiellement connues avec 20% à 65,7% de réponses. Les sages-femmes ne semblent pas mesurer l'ampleur des complications imputables aux conduites qu'engendrent un TCA comme la malnutrition et les conduites de purge.

La troisième hypothèse H3, « Les sages-femmes connaissent les complications somatiques et psychologiques des TCA », est ainsi infirmée.

2.2.2. Gynécologiques et sexuelles

Lorsque le sujet porte sur le domaine de la gynécologie, les résultats montrent qu'il existe une meilleure connaissance de la population interrogée : 80% des conséquences étaient connues par 74,3% à 100% des sages-femmes, comprenant les perturbations hormonales et du cycle menstruel, l'altération de la santé sexuelle, le retard pubertaire, les troubles de la fertilité et l'augmentation du risque de fausse-couche spontanée. En revanche, l'association de TCA avec la survenue de SOPK a été sélectionnée par 25,7% des sages-femmes.

La quatrième hypothèse H4, « Les sages-femmes connaissent les conséquences des TCA sur la santé gynécologique et sexuelle », est ainsi affirmée.

2.2.3. Sur la grossesse et le post-partum

Concernant la grossesse et le post-partum, il apparaît des écarts dans les réponses. Seulement 25% des conséquences listées étaient connues par les sages-femmes, comprenant le risque de dépression et d'anxiété et le risque de difficultés à l'allaitement maternel avec 100% et 77,1% de réponses. Les autres conséquences étaient connues par 22,9% à 71,4% des sages-femmes.

La cinquième hypothèse H5, « Les sages-femmes connaissent les conséquences des TCA sur la grossesse et le post-partum », est ainsi infirmée.

2.2.4. Sur le nouveau-né

Trois réponses concernaient le nouveau-né dans la question portant sur les conséquences sur la grossesse et le post-partum. Seulement une était connue par les sages-femmes avec 94,3% de réponses pour les conséquences sur la croissance du fœtus et le poids du nouveau-né. En revanche,

les conséquences sur l'adaptation à la vie extra-utérine et le risque de mortalité périnatale étaient connues par seulement 28,6% à 45,7% des sages-femmes.

La sixième hypothèse H6, « Les sages-femmes connaissent les conséquences des TCA sur le fœtus et le nouveau-né », est ainsi infirmée.

2.2.5. Exemples de conséquences

Les complications citées sont toutes exactes. Sont évoqués l'anémie, les carences et la fatigue extrême liées à la malnutrition et aux conduites de purge, le surpoids et l'obésité liés à l'hyperphagie boulimique avec la présence de pulsion alimentaire sans mécanisme de compensation, l'aménorrhée retrouvée dans le mécanisme de l'anorexie, le retard de croissance intra-utérin (RCIU) et la menace d'accouchement prématuré conséquences possible de l'anorexie et de la boulimie et le diabète gestationnel lié à la boulimie et l'hyperphagie boulimique (V). Les difficultés à la mise en place de l'allaitement maternel ont été citées par une sage-femme mais cet élément était inclus dans les réponses proposées à la question « *Conséquences pendant la grossesse et le post-partum* ».

Enfin, malgré l'aspect essentiellement « clinique » développé à travers le questionnaire (les complications étant d'ordre physique ou psychologique), une sage-femme a cité la non-observance de la surveillance prénatale. Il s'agit d'un élément pertinent à prendre en compte car la patiente se trouve dans une situation de vulnérabilité par l'état gravidique mais aussi par son TCA avec des retentissements psychologiques et cognitifs qui mènent à une altération de la qualité de vie, celle-ci devenant centrée sur les difficultés alimentaires et étant susceptible de placer les autres problématiques médicales au second plan.

2.3. LE DEPISTAGE DES TCA

2.3.1. Connaissances nécessaires

A la question « *Estimez-vous avoir les connaissances nécessaires pour dépister un TCA ?* », seulement 11,4% ont répondu de manière positive. Les premières hypothèses ont pourtant montré que les sages-femmes possèdent des notions concernant les TCA et leurs conséquences. Pour vérifier si la dernière hypothèse est valide, au-delà de questionner directement les sages-femmes, il est nécessaire de connaître les outils qu'elles mobilisent en consultation qui pourrait contribuer à dépister un éventuel TCA.

2.3.2. Signes d'appel

Les réponses concernant les signes d'appel sont partagées. Environ un tiers des signes d'appel étaient connus par les sages-femmes, comprenant la perte de poids significative, la maigreur et le refus de s'alimenter, le recours inapproprié aux méthodes dites « à visée amaigrissante, drainante, purificatrice, détox », l'inquiétude de l'entourage (parents, conjoint, fratrie) face au comportement alimentaire et la préoccupation excessive autour du poids ou de la corpulence, avec un taux de réponse entre 85,7% et 100%.

27% des signes d'appel étaient partiellement connus incluant l'aménorrhée/spanioménorrhée, l'hyperactivité physique et les signes de vomissements, avec un taux de réponse entre 65,7% et 74,3%.

Les 27% restants étaient peu connus par les sages-femmes avec 17,1% à 42,9% de réponses.

On peut en conclure que les signes d'appel principaux des TCA sont méconnus par les sages-femmes.

2.3.3. Eléments d'anamnèse recherchés en consultation

L'anamnèse est un élément très important dans le dépistage des TCA. L'exercice de la profession de sage-femme implique de prendre en charge la patiente dans sa globalité, et pas uniquement en se focalisant sur l'éventuelle problématique justifiant la consultation. Au travers du cheminement de l'anamnèse, il est possible de retracer l'histoire de la patiente. Dans le thème abordé ici, quelques questions suffisent à estimer si la patiente entretient ou non un rapport compliqué avec l'alimentation (notamment par les questionnaires cités en annexe VIII).

L'environnement de la patiente (social, familial et professionnel) est questionné lors du suivi de grossesse et l'EPI par 82,8% et 91,4% des sages-femmes. Il est à supposer que cette question a déjà été abordée lorsque les autres consultations en lien avec la grossesse ont lieu (bilan prénatal, PNP, consultation postnatale, rééducation périnéale) pouvant expliquer un taux de réponse plus faible pour celles-ci. Cet élément semble moins pris en compte en dehors de la grossesse avec un taux de réponse de 34,2% à 51,4% lors du suivi gynécologique et des consultations de contraception.

Le domaine de l'alimentation est très peu questionné malgré qu'il soit l'élément principal constituant le bilan prénatal, les habitudes alimentaires n'étant jamais abordées pour 22,8% des sages-femmes, et abordées selon les consultations par 2,8% à 71,4% d'entre-elles. Le rapport à l'alimentation, au poids et au corps quant à lui n'est jamais questionné par 37,1% des sages-femmes, et abordé selon les consultations par 14,2% à 57,1% des sages-femmes. Les conduites purgatives sont très peu explorées avec au maximum 34,2% de réponses lors du suivi de grossesse et 54,2% de sages-femmes n'abordant jamais la question.

L'activité physique pratiquée (avec le type et l'intensité) ainsi que les antécédents psychiatriques sont essentiellement questionnés lors du suivi de grossesse avec 91,4% et 77,1% de réponses.

Enfin, les difficultés psychologiques et le ressenti/bien-être dans la vie actuelle sont surtout questionnés lors du suivi de grossesse et de l'EPI avec 85,7% à 97,1% de réponses.

De manière générale, le suivi de grossesse et l'EPI semblent être les moments où l'anamnèse est la plus exhaustive par rapport aux différents éléments proposés, contrairement à la PNP et à la rééducation périnéale où les échanges ne s'orientent pas vers ces questions pour diverses raisons possibles : l'anamnèse déjà réalisée en amont, les séances de PNP dont l'objectif n'est pas un entretien individuel mais est d'aborder des sujets précis de manière individuelle ou en groupe, la rééducation périnéale nécessitant une concentration sur les exercices proposés par la sage-femme. Cela vient conforter le rôle des consultations de suivi de grossesse et de l'EPI où les difficultés

éventuelles (médicales, sociales et psychologiques) doivent être abordées au-delà des échanges portant sur la périnatalité.

En revanche, l'anamnèse des consultations gynécologiques ne semble que très peu aborder le sujet.

2.3.4. Eléments cliniques recherchés en consultation

Concernant la recherche du poids initial, la prise de poids et le calcul de l'IMC, il est à noter que quatre consultations y font davantage référence que les autres puisque ces éléments cliniques sont aussi importants afin d'adapter la prise en charge de la femme (dans le cadre d'une grossesse ou de la mise en place d'une contraception par exemple) : le suivi de grossesse (85,7% à 100% des sages-femmes), le suivi gynécologique (71,4% à 80%), la consultation de contraception (51,4% à 68,5%) et enfin avec des taux de réponse plus faibles la consultation postnatale (31,4% à 60%). Si un de ces éléments sortait des valeurs physiologiques, il serait intéressant de questionner si cela interpellerait les sages-femmes sur un éventuel trouble alimentaire la conduisant à explorer davantage, ou si cela impacterait uniquement la prise en charge obstétricale ou gynécologique.

Ces trois éléments cliniques sont peu recherchés lors des autres consultations (avec des réponses allant de 28,5% à 8,5%), ce qui peut s'expliquer par le fait que celles-ci interviennent dans le cadre du suivi de grossesse où les examens cliniques sont déjà réalisés en consultation, alors que l'EPI, le bilan prénatal, la PNP et la rééducation périnéale n'ont pas pour objectif de réaliser un examen clinique (par exemple l'EPI et le bilan prénatal qui consistent en des entretiens d'informations et d'échanges, la rééducation périnéale qui se concentre sur les exercices de renforcement du périnée).

Enfin, les signes cliniques de vomissements ne sont jamais recherchés par près de la moitié des sages-femmes (54,2%). La consultation où ils sont le plus recherchés est celle du suivi de grossesse avec 20% de réponses. Ces résultats paraissent logiques puisque ces signes cliniques sont très spécifiques et ne sont pas recommandés en première intention. Néanmoins, les consultations répétées doivent permettre à la sage-femme une observation globale de la patiente au-delà de l'examen clinique, sans pour autant rechercher explicitement les signes de vomissements comme elles rechercheraient par exemple des signes de phlébite.

La septième hypothèse H7, « Les sages-femmes ont les connaissances nécessaires pour dépister un TCA. », est ainsi infirmée.

3. PISTES D'AMELIORATION

Il existe une augmentation des TCA dans la société. Les sages-femmes suivent les femmes tout au long de leur vie. Il serait donc pertinent qu'elles possèdent les connaissances et outils nécessaires permettant de participer au dépistage de ces troubles.

3.1. FORMATION DES SAGES-FEMMES

Les connaissances des sages-femmes sur le sujet des TCA ne semblent pas provenir d'une formation sur le sujet mais plutôt d'idées reçues ou véhiculées dans la société. La formation initiale et

la formation continue permettent à la sage-femme d'améliorer ses connaissances dès sa formation et tout au long de sa vie professionnelle.

La formation initiale des étudiants sages-femmes concernant l'alimentation porte essentiellement sur la nutrition de la femme enceinte (besoins nutritionnels, prévention des infections d'origine alimentaire, régime en lien avec un diabète gestationnel, etc). Le versant psychologique semble quant à lui être plus abordé, autour de la psychologie périnatale et tous les remaniements qu'elle engendre (physiques et psychiques). Cependant, la question des TCA n'est jamais réellement abordée spécifiquement.

La formation continue passe par le développement professionnel continu qui est un dispositif régi par le décret n°2011-2117 du 30 décembre 2011 et vise à maintenir et actualiser les connaissances et compétences, évaluer les pratiques professionnelles et améliorer la qualité des soins. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé et constitue une obligation triennale selon l'article L.4021-1 du CSP. [64-66]

Il s'avère que de nombreux organismes dispensent des formations accessibles aux sages-femmes sur les TCA, ainsi que plusieurs universités proposent des Diplômes (Inter-) Universitaires (DU/DIU) sur le sujet. Pour citer quelques exemples, il existe le DU *Psychologie et pédagogie du comportement alimentaire* à l'Université de Bourgogne, le DU *Troubles du comportement alimentaire* à l'Université de Paris, ou encore le DIU *Approche intégrative des Troubles des conduites alimentaires chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte*. Dans le Grand Est, l'Université de Lorraine propose par exemple une formation courte *Alimentation et santé mentale* au Centre Pierre Janet de Metz, service dédié aux évolutions et à l'innovation dans le domaine de la psychothérapie. [67]

Malgré l'existence d'une offre de formation continue, les sages-femmes ne semblent pas sensibilisées sur le sujet, l'intérêt se portant davantage sur d'autres thématiques en matière de développement professionnel continu. Il serait intéressant d'explorer les raisons pour lesquelles les sages-femmes ne se forment pas sur cette thématique.

Il est important que la sage-femme soit incluse davantage car elle a toute sa place dans le dépistage. Il pourrait être pertinent d'intégrer dans la formation initiale une intervention sur les troubles du comportement alimentaires pour véhiculer les bases, sensibiliser sur les conséquences et apporter des moyens simples pour participer au dépistage au travers de leur pratique.

3.2. OUTILS D'AIDE POUR UN DEPISTAGE SYSTEMATIQUE ET PRECOCE

3.2.1. L'anamnèse

L'anamnèse est une des premières étapes de la consultation et consiste en un interrogatoire exhaustif dirigé du patient par le professionnel de santé.

En établissant le lien entre les TCA et leurs diverses conséquences vues précédemment, les sages-femmes ne doivent pas négliger l'exploration des cycles menstruels en termes de régularité, période d'aménorrhée, de même que le mode d'obtention d'une grossesse pour la grossesse actuelle et/ou antérieure dans le cadre d'un suivi de grossesse. La HAS recommande de rechercher systématiquement un antécédent de TCA ou des symptômes de TCA actuels chez les patientes en

situation d'aménorrhée inexpiquée, de SOPK, de troubles de la fertilité (en particulier en cas de projet d'AMP) ou en début de grossesse. [6]

Par ailleurs, la recherche d'un TCA actif ou passé devrait pouvoir se faire au même titre que les conduites addictives lorsque le repérage des addictions est abordé (majoritairement lors de la première consultation prénatale où est constitué le dossier), par une question du type « *Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'un trouble du comportement alimentaire ?* ». Si la sage-femme est guidée par un élément lui faisant réfléchir sur la possibilité d'un TCA, mais que la situation est délicate ou que le sujet sera difficilement abordé, elle peut utiliser d'autres questions permettant l'exploration d'un TCA lors d'un entretien comme :

- « *Avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ?* »
- « *Est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ?* »
- « *Votre poids vous inquiète-t-il de manière excessive ?* »
- « *Votre poids influence-t-il la façon dont vous vous sentez ?* »
- « *Est-ce que vous vomissez ?* »
- « *Vous arrive-t-il de vous faire vomir ?* »

Une femme présentant un TCA actuel ou passé, prise dans le déni ou ayant une méconnaissance de son trouble, ne fera pas part d'elle-même de ses difficultés et n'abordera certainement pas le sujet. C'est pourquoi il faut rechercher activement ces signes, au travers de questions simples et rapides. Dans le cas où le doute de la sage-femme est très présent quant à la présence d'un TCA, il existe aussi les questionnaires validés de dépistage de TCA SCOFF-F et ESP sus-cités. [62] (VIII).

D'autre part, l'EPI et le bilan prénatal constituent des moments opportuns pour dépister un TCA. L'EPI est un temps d'échange et d'écoute pour faire le point sur le projet de naissance, les éventuelles questions, les difficultés rencontrées (médicales, sociales, psychologiques) et les besoins en termes d'accompagnement. Il s'agit d'un moment propice à l'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 sur le vécu de la prise de poids. La HAS a élaboré un exemple de guide d'entretien pour indiquer les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales et dépister les situations de vulnérabilité chez la femme ou le couple sans fournir d'outils pratiques à utiliser lors des entretiens. Par ailleurs, ce guide n'a pas été réactualisé depuis 2005. [68, 69]

Le bilan prénatal de prévention quant à lui fait le point sur l'alimentation, les comportements à risque, mais aussi sur la prévention en termes de vaccination et de santé bucco-dentaire, et permet de préparer l'accompagnement à la sortie de la maternité et au retour à la maison. Là encore, il n'existe pas de synthèse exhaustive des éléments à aborder pouvant inclure les habitudes alimentaires. [70]

L'entretien postnatal précoce, recommandé par la HAS depuis 2014, mis en place et rendu obligatoire à compter du 1^{er} juillet 2022 dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale de 2022, a pour objectif de repérer les premiers signes de la dépression et du post-partum ou les facteurs de risque qui y exposent et d'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en

termes d'accompagnement. Il sera effectué entre la quatrième et la huitième semaine du post-partum avec un médecin ou une sage-femme. Ce temps d'échange permettra aux femmes d'exprimer leur vécu ou difficultés, et pourrait lui aussi faire l'objet d'une exploration des pratiques alimentaires ou d'éventuelles difficultés en lien avec l'alimentation, l'image de soi ou le rapport au corps. [71]

Il serait alors pertinent d'élaborer un support de soin simple et rapide, adapté au dépistage des TCA, que la sage-femme libérale garderait comme outil à disposition lors d'une consultation.

3.2.2. L'examen clinique

Sur le plan clinique, la sage-femme doit systématiquement :

- Calculer l'IMC en début de grossesse et être alerte sur le risque de TCA en cas de valeur extrême
- Surveiller l'évolution pondérale pendant la grossesse en se référant aux intervalles de prise de poids recommandés en fonction de l'IMC préconceptionnel
- Rechercher un trouble actif en cas d'hyperemesis gravidarum, RCIU et diabète gestationnel

De plus, sans les rechercher de manière explicite, elle doit pouvoir mettre à profit les consultations pour observer cliniquement la patiente afin de déceler un éventuel signe de vomissements. [40]

Suivant ces besoins, un prototype de brochure informative sur les TCA a été créé à destination des sages-femmes libérales dans le but de leur fournir les informations principales pour les renseigner, les sensibiliser et leur fournir une liste de questions à utiliser en consultation ainsi que les contacts de 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 (XI). Une seconde brochure a été réalisée à destination des patientes pour les encourager à se confier à leur sage-femme si elles étaient concernées par des signes de TCA (XII). Par le biais du Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-Femmes de Moselle, ces outils pourraient être diffusés à l'ensemble des sages-femmes libérales du département.

En fonction des éléments d'anamnèse et cliniques retrouvés, la sage-femme doit pouvoir réorienter et collaborer pour une prise en charge optimale des patientes dans le cadre d'un suivi multidisciplinaire.

CONCLUSION

Dans une société où l'image corporelle et la mode des régimes de tout type prédominent, les troubles du comportements alimentaires touchent de plus en plus de personnes, essentiellement des femmes. La littérature montre une augmentation de leur prévalence mais aussi l'émergence de troubles découverts plus récemment, grâce aux études qui s'y intéressent de plus en plus. Ceux-ci ont des conséquences importantes sur la santé de la femme, la future mère, le fœtus et le nouveau-né, qu'il convient d'identifier afin de proposer une meilleure prise en charge et éviter ces complications. La sage-femme est présente tout au long de la vie de la femme, spécialiste de la physiologie et du dépistage de la pathologie. Il était donc intéressant d'étudier la place de la sage-femme dans le dépistage des troubles du comportement alimentaire afin d'apporter une prise en charge optimale à ces femmes.

Ce travail a permis de faire un état des lieux des connaissances sur les différents types de troubles du comportement alimentaire et leurs impacts sur la santé génésique des sages-femmes libérales de Moselle en 2021-2022.

Celui-ci avait pour but de répondre à la problématique suivante : « En quoi la connaissance des sages-femmes sur les troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie, hyperphagie boulimique, troubles atypiques) et leurs conséquences, impacte leur dépistage lors du suivi de santé génésique ? »

Plusieurs hypothèses ont été formulées afin d'y répondre mais toutes n'ont pas pu être validées.

Ce travail a montré que les sages-femmes ont peu de connaissances sur le sujet, en lien avec un manque de formation sur le thème. Les différentes définitions ainsi que les conséquences et les signes d'appel sont globalement méconnus par les sages-femmes. Elles estiment ne pas avoir les connaissances nécessaires pour dépister un trouble alimentaire tandis que leur anamnèse et examen clinique orientés s'avèrent incomplets. Il serait pertinent qu'elles puissent bénéficier d'une sensibilisation lors de leur formation initiale ainsi que des nombreuses formations continues disponibles à ce jour pour obtenir les outils nécessaires au dépistage de ces troubles dont la prévalence augmente.

Les troubles du comportement alimentaires sont donc peu connus par les sages-femmes. Il serait intéressant d'étudier pourquoi elles ne se sentent pas concernées mais aussi étudier l'évolution de leur connaissances si ces troubles sont encore amenés à augmenter dans les prochaines années. Enfin, il serait pertinent de proposer des pistes d'amélioration concernant la formation initiale. Si les sages-femmes sont sensibilisées tôt sur le sujet dans leur formation, celles-ci pourraient être plus enclin à participer aux formations continues déjà disponibles.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Pecoul D. Les troubles des conduites alimentaires dans le DSM V. Institut français d'EMDR. Janv 2021. [En ligne]. (Consulté le 02/06/2021). Disponible sur : <https://www.ifemdr.fr/les-troubles-des-conduites-alimentaires-dans-le-dsm-v/>
- [2] Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale : définition et causes. Fév 2020. [En ligne]. (Consulté le 02/05/2021) ; Disponible sur : <https://www.ameli.fr/moselle/assure/sante/themes/anorexie-mentale/definition-frequence-causes>
- [3] Haute Autorité de Santé. Symptômes, diagnostic et évolution de l'anorexie mentale. Déc 2020. [En ligne]. (Consulté le 02/05/2021) ; Disponible sur : <https://www.ameli.fr/moselle/assure/sante/themes/anorexie-mentale/symptomes-diagnostic-evolution>
- [4] Viltart O, Legroux-Gérot I, Méquinion M et al. Altérations physiologiques dans l'anorexie mentale. In : Nandrino JL, Doba K, Viltart O et al. L'anorexie mentale. Paris : Dunod ;2015.p193-224.
- [5] Haute Autorité de Santé. Boulimie et hyperphagie boulimique : repérer les symptômes. Déc 2020. [En ligne]. (Consulté le 02/05/2021) ; Disponible sur : https://www.ameli.fr/moselle/assure/sante/themes/boulimie-et-hyperphagie-boulimique/boulimie-hyperphagie-boulimique-symptomes#text_78014
- [6] Haute Autorité de Santé. Boulimie et hyperphagie boulimique : Repérage et éléments généraux de prise en charge. Juin 2019. [En ligne]. (Consulté le 12/07/2021) ; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/boulimie_et_hyperphagie_boulimique_-_argumentaire.pdf
- [7] Inserm. Obésité. Nov 2019. (Consulté le 14/07/2021) ; Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite>
- [8] Sulimovic L, Votadoro P, Nicolas I et al. Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence : de l'importance d'allier nos disciplines pour passer au-delà des clivages parentaux et médicaux. Journal de pédiatrie et de puériculture. 2018 ; 31 : 196-211.
- [9] Olcina MM, Rubio-Arias JA, Reche-Garcia C et al. Eating Disorders in Pregnant and Breastfeeding Women : A Systematic Review. Medicina (Kaunas). 2020 Jul ;56(7) :352.
- [10] Chaulet S, Riquin E, Avarello G et al. Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent. Journal de pédiatrie et de puériculture. 2018 ; 31 :113-145.
- [11] Grigioni S, Déchelotte P. Epidémiologie et évolution des troubles du comportement alimentaire. Med. Nutr. Juin 2012 ; 48(1) : 28-32.
- [12] Godard N, Di Lodovico L, Gorwood P et al. Anorexie mentale. Inserm. Oct 2020. [En ligne]. (Consulté le 02/05/2020) ; Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/anorexie-mentale>
- [13] Fondation pour la Recherche Médicale. Troubles des conduites alimentaires. Août 2018. [En ligne]. (Consulté le 11/01/2021) ; Disponible sur : <https://www.frm.org/recherches-autres-maladies/troubles-des-conduites-alimentaires/focus-troubles-conduite-alimentaires#chiffres-cles>
- [14] SickKids. Boulimie mentale : présentation générale. AboutKidsHealth. Fév 2016. [En ligne]. (Consulté le 14/07/2021) ; Disponible sur : <https://www.aboutkidshealth.ca/fr/Article?contentid=282&language=French>
- [15] Jeammet P, Godard N, Lienard Y et al. Troubles des conduites alimentaires. [En ligne]. (Consulté le 14/07/2021) ; Disponible sur : <https://www.furet.com/media/pdf/feuilleter/9/7/8/2/2/9/4/7/9782294711572.pdf>

- [16] Mangweth-Matzek B, Hoek HW, Rupp CI et al. The Menopausal Transition-A possible Window of Vulnerability for Eating pathology. *Int J Eat Disord.* 2013 ;46 :609-616.
- [17] Chaulet S, Riquin E, Avarello G et al. Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent. *EMC – Pédiatrie.* 2015 ;10(2) :1-26.
- [18] Maihara Dos Santos A, Guerra Benute GR, Oliveira Dos Santos N et al. Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women. *Midwifery.* 2017 Aug ;51 :12-15.
- [19] Thompson K, Bardone-Cone A. Menopausal status and disordered eating and body image concerns among middle-aged women. *Int J Eat Disord.* 2019 Jan 31 ;52(3) :314-318.
- [20] Baker JH, Eisenlohr-Moul T, Wu YK et al. Ovarian hormones influence eating disorder symptom variability during the menopause transition : A pilot study. *Eating Behaviors.* 2019 Dec ;35 :1-4.
- [21] Vindreau C. Diagnostic et prise en charge des boulimies de l'adulte. In : Criquillon S, Doyen C. *Anorexie, Boulimie.* Paris : Lavoisier ;2016. P17-37.
- [22] SickKids. L'hyperphagie boulimique : présentation générale. AboutKidsHealth. Fév 2016. [En ligne]. (Consulté le 14/07/2021) ; Disponible sur : <https://www.aboutkidshealth.ca/fr/Article?contentid=277&language=French#:~:text=Les%20facteurs%20psychologiques,li%C3%A9s%20%C3%A0%20l'hyperphagie%20boulimique>
- [23] Simon Y. Epidémiologie et facteurs de risque psychosociaux dans l'anorexie mentale. *Nutrition Clinique et Métabolisme.* Déc 2007 ;21(4) :137-42.
- [24] Esanum. Les facteurs de risque des troubles des conduites alimentaires. Juin 2016. [En ligne]. (Consulté le 12/07/2021) ; Disponible sur : <https://www.esanum.fr/today/posts/troubles-des-conduites-alimentaires>
- [25] Fédération Française Anorexie Boulimie. Qu'est-ce qu'un TCA. [En ligne]. (Consulté le 10/07/2021) ; Disponible sur : <https://www.ffab.fr/accueil/qu-est-ce-qu-un-tca>
- [26] Fondation Pour la Recherche Médicale. Troubles des conduites alimentaires : Des addictions sans drogue. *Recherche & Santé.* 2019 ;159 :20-8. [En ligne]. (Consulté le 10/07/2021) ; Disponible sur : <https://www.frm.org/upload/publications/actualites/frm159-dossier-tac.pdf>
- [27] Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S et al. Obstetric and Gynecologic Problems Associated with Eating Disorders. *Int J Eat Disord.* 2016 Mar ;49(3) :260-75.
- [28] Helfer J, Favaro A, Ambresin AE. Prise en charge somatique et complications de l'anorexie mentale chez l'adolescente. *Rev Med Suisse.* 2016 ;12 :1129-32.
- [29] Micali N, Dos Santos Silva I, De Stavola B et al. Fertility treatment, twin births, and unplanned pregnancies in women with eating disorders : findings from a population-based birth cohort. *BJORG.* 2014 Mar ;121(4) :408-16.
- [30] Le Floch M, Crohin A, Duverger P et al. Prevalence and phenotype of eating disorders in assisted reproduction : a systematic review. *Reprod Health.* 2022 Feb ;19 :38.
- [31] Chaer R, Nakouzi N, Itani L et al. Fertility and Reproduction after Recovery from Anorexia Nervosa : A Systematic Review and Meta-Analysis of Long-term Follow-Up Studies. *Diseases.* 2020 Dec ;8(4) :46.
- [32] Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale : Prise en charge. Juin 2010. [En ligne]. (Consulté le 02/05/2021) ; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf

- [33] Collin B. Repérage des troubles du comportement alimentaire chez la femme enceinte à l'aide du score de Scoff : Etude à la maternité du CHD de La Roche-Sur-Yon. [mémoire]. Faculté de médecine. Université de Nantes. 2015 ;80p.
- [34] Chan CY, Lee AM, Woen Koh Y et al. Course, risk factors, and adverse outcomes of disordered eating in pregnancy. *Int J Eat Disord*. 2019 Jun ;52(6) :652-8.
- [35] Udo T, McKee SA, White MA et al. Menopause and metabolic syndrome in obese individuals with binge eating disorder. *Eating Behav*. 2014 Apr ;15(2) :182-5.
- [36] Pecoul D. Auto-évaluation des TCA. Institut Français d'EMDR. Fév 2021. [En ligne]. (Consulté le 11/07/2021) ; Disponible sur : https://www.ifemdr.fr/auto-evaluations-des-tca/#Echelle_dauto-évaluation_de_lanorexie_mentale_8211_EAT_eating_attitude_test
- [37] Mysko C, Amadei M. Pregnancy and eating disorders. *National Eating Disorders*. [En ligne]. (Consulté le 14/07/2021) ; Disponible sur : <https://www.nationaleatingdisorders.org/pregnancy-and-eating-disorders>
- [38] Boisseau CL. Identification and management of eating disorders in gynecology : menstrual health as an underutilized screening tool. *Am J Obstet Gynecol*. Nov 2016 ;215(5) :572-8.
- [39] Code de la Santé publique - Article L4151-1. Janv 2016. [En ligne]. (Consulté le 02/05/2021) ; Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930152/.
- [40] Muller E. Evaluation du dépistage anténatal des troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires par les sages-femmes libérales. [mémoire]. Ecole de Sage-Femme Pierre Morlanne de Metz. Université de Lorraine. 2018 ;62p.
- [41] Membres du groupe de travail « Guides alimentaires du Programme national nutrition-santé ». Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé. Programme National Nutrition-Santé. 2007.52p. [En ligne]. (Consulté le 16/07/2021) ; Disponible sur : https://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/Livret_accompagnement_grossesse.pdf
- [42] Membres du groupe de travail « Guides alimentaires du Programme national nutrition-santé ». Le guide de nutrition de la grossesse. 2019. 41p. [En ligne]. (Consulté le 16/07/2021) ; Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/brochure/le-guide-nutrition-de-la-grossesse>
- [43] Guilherme R. La prise de poids normale pendant la grossesse. L'alimentation de la femme enceinte. Fév 2015. [En ligne]. (Consulté le 15/07/2021) ; Disponible sur : <http://www.mon-gynecologue.com/prisedepoidsidealeenceinte.html>
- [44] Ameli. La première consultation, puis un suivi mensuel de la grossesse. Grossesse en bonne santé. Avr 2021. [En ligne]. (Consulté le 10/07/2021) ; Disponible sur : <https://www.ameli.fr/moselle/assure/sante/themes/grossesse/consultation-suivi-mensuel>
- [45] Ameli. Une alimentation équilibrée pendant la grossesse. Grossesse en bonne santé. Janv 2021. [En ligne]. (Consulté le 10/07/2021) ; Disponible sur : <https://www.ameli.fr/moselle/assure/sante/themes/grossesse/alimentation-grossesse>
- [46] Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées – Recommandations professionnelles. Mai 2016. [En ligne]. (Consulté le 02/05/2021). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
- [47] Evaluation du plan périnatalité 2005-2007. Ministère de la Santé. Mai 2010. [En ligne]. (Consulté le 02/05/2021) ; Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf

- [48] Haute Autorité de Santé. Repérage, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnataux. Recommander les bonnes pratiques. Nov 2019. [En ligne]. (Consulté le 01/07/2021) ; Disponible sur : https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/reco349__note_cadrage_rbp_troubles_psychiques_perinataux__mel.pdf
- [49] Enquête nationale périnatale – Rapport 2016. Ministère des solidarités et de la santé. Oct 2017. [En ligne]. (Consulté le 02/05/2021) ; Disponible sur : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
- [50] Giraud E. Etat des lieux de la pratique du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception : étude menée en 2014 auprès des sages-femmes d'Auvergne. [Mémoire]. Ecole de Sage-Femme de Clermont-Ferrand. Université d'Auvergne – Clermont 1. 2015 ; 111p. [En ligne]. (Consulté le 02/05/2021) ; Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01348879/document>
- [51] Association Autrement. Surcharge pondérale et obésité. 2005. [En ligne]. (Consulté le 10/07/2021) ; Disponible sur : https://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-128-surcharge-ponderale-et-obesite.htm#h2_3
- [52] Hanachi-Guidoum M. Traiter les complications somatiques de l'anorexie. Soins Psychiatrie. Nov 2016 ;37(307) :34-7. [En ligne]. (Consulté le 10/07/2021) ; Disponible sur : <https://www-em-premium-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/1098837>
- [53] Classification de Tanner. [En ligne]. (Consulté le 15/07/2021) ; Disponible sur : <https://fr.scribd.com/doc/154890886/Classification-de-Tanner>
- [54] Micali N, Simonoff E, Treasure J. Pregnancy and post-partum depression and anxiety in a longitudinal general population cohort : The effect of eating disorders and past depression. Journal of Affective Disorders. 2011 Jun ; 131(1-3) :150-7.
- [55] Mantel A, Linden Hirschberg A, Stephansson O et al. Association of Maternal Eating Disorders With Pregnancy and Neonatal Outcomes. JAMA Psychiatry. 2020 Mar ;77(3) :285-93.
- [56] Eik-Nes TT, Horn J, Strohmaier S et al. Impact of eating disorders on obstetric outcomes in a large clinical sample : A comparison with the HUNT study. Int J Eat Disord. 2018 Sept ;51(10) :1134-43.
- [57] Watson HJ, Zerwas S, Torgerson L et al. Maternal Eating Disorders and Perinatal Outcomes : A Three-Generation Study in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. J Abnorm Psychol. 2018 Jul ;126(5) :552-64.
- [58] Linna MS, Raevuori A, Haukka J et al. Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. Am J Obstet Gynecol. 2014 Oct ;211(4) :392-8.
- [59] Micali N, Stermann Larsen P, Strandberg-Larsen K et al. Size at birth and preterm birth in women with lifetime eating disorders : a prospective population-based study. BJORG. 2015 Dec ;123(8) :1301-10.
- [60] Makino M, Yasushi M, Tsutsui S. The risk of eating disorder relapse during pregnancy and after delivery and postpartum depression among women recovered from eating disorders. BMC Pregnancy Childbirth. 2020 May ;20 :323.
- [61] Pham-Scottez A. Diagnostic et prise en charge de l'anorexie mentale de l'adulte. In : Criquillon S, Doyen C. Anorexie, boulimie. Paris : Lavoisier ;2016.p.17-25
- [62] W.Redgrave G, Harrison J, S.Guarda A. Emergency management of eating disorders. In : Chanmugam A, Triplett P, Kelen G et al. Emergency Psychiatry. Cambridge : Cambridge University Press ;2013.p.219-34.

- [63] Maillet J. Anorexie-boulimie : Idées reçues sur les troubles du comportement alimentaire. Paris : Cavalier Bleu Eds ;2012.
- [64] Légifrance. Décret n°2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes. 2012. [En ligne]. (Consulté le 25/03/2022) ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025062464/>
- [65] Légifrance. Article L4021-1. Code de la santé publique. 2016. [En ligne]. (Consulté le 25/03/2022) ; Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031929691/#:~:text=Chaque%20professionnel%20de%20sant%C3%A9%20doit,et%20de%20gestion%20des%20risques.
- [66] Haute Autorité de Santé. Développement professionnel continu (DPC). Juin 2019. [En ligne]. (Consulté le 25/03/2022) ; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3019319/fr/developpement-professionnel-continu-dpc
- [67] Centre Pierre Janet. Alimentation et santé mentale. Université de Lorraine. [En ligne]. (Consulté le 25/03/2022) ; Disponible sur : https://centrepierrejanet.univ-lorraine.fr/la-formation/formations-courtes/alimentation_smentale/
- [68] Ameli. Suivi mensuel de la grossesse à partir du 4^{ème} mois. Janv 2022. [En ligne]. (Consulté le 25/03/2022) ; Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grossesse/consultation-suivi-mensuel>
- [69] Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles : Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Nov 2005. [En ligne]. (Consulté le 25/03/2022) ; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- [70] Ameli. Suivi et accompagnement de la femme enceinte. Dec 2021. [En ligne]. (Consulté le 25/03/2022) ; Disponible sur : <https://www.ameli.fr/moselle/medecin/sante-prevention/suivi-orientation-femme-enceinte-0>
- [71] Légifrance. LOI n° 2021-1754 : Article 86. 2021. [En ligne]. (Consulté le 14/04/2022) ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044553428>

ANNEXES

- I. Critères diagnostiques des troubles du comportement alimentaire extraits de la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (American Psychiatric association)
- II. Complications somatiques et psychologiques des différents TCA
- III. Mécanismes hormonaux impliqués dans les complications gynécologiques des TCA
- IV. Classification de Tanner (stades de développement pubertaire)
- V. Complications maternelles, fœtales et néonatales liées aux différents TCA
- VI. Signes d'appel et diagnostics différentiels des TCA
- VII. Situations à risque de TCA
- VIII. Questionnaires d'entretien dans le dépistage des TCA
- IX. Evaluation clinique et paraclinique dans le cadre d'un diagnostic de TCA
- X. Questionnaire en ligne destiné aux sages-femmes libérales
- XI. Brochure « type » à destination des sages-femmes
- XII. Brochure « type » à destination des patientes

ANNEXE I : CRITERES DIAGNOSTIQUES DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE EXTRAITS DE LA CINQUIEME EDITION DU MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION) [1]

Anorexie mentale

Critères diagnostiques

- A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme significativement bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
- C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

Note de codage : Le code CIM-9-MC pour l'anorexie mentale est 307.1, quel que soit le sous-type. Le code CIM-10-MC dépend du sous-type (voir ci-dessous).

Spécifier le type :

(F50.01) Type restrictif : Pendant les 3 derniers mois, la personne n'a pas présenté d'accès récurrents d'hyperphagie (gloutonnerie) ni recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements). Ce sous-type décrit des situations où la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.

(F50.02) Type accès hyperphagiques/purgatif : Pendant les 3 derniers mois, la personne a présenté des accès récurrents de gloutonnerie et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Spécifier si :

En rémission partielle : Après avoir précédemment rempli tous les critères de l'anorexie mentale, le critère A (poids corporel bas) n'est plus rempli depuis une période prolongée mais le critère B (peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement interférant avec la prise de poids) ou le critère C (altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps) est toujours présent.

En rémission complète : Alors que tous les critères de l'anorexie mentale ont été précédemment remplis, aucun n'est plus rempli depuis une période prolongée.

Spécifier la sévérité actuelle :

Le seuil de sévérité, chez les adultes, est établi à partir de l'indice de masse corporelle (IMC) actuel (voir ci-dessous) ou, pour les enfants et les adolescents, à partir du percentile de l'IMC. Les degrés ci-dessous sont dérivés des catégories de maigreur de l'OMS pour les adultes ; pour les enfants et les adolescents, il faut utiliser les percentiles de l'IMC. Le degré de sévérité peut être majoré afin de refléter les symptômes cliniques, le degré d'incapacité fonctionnelle et la nécessité de prise en charge.

Léger : IMC ≥ 17 kg/m²

Moyen : IMC 16-16,99 kg/m²

Grave : IMC 15-15,99 kg/m²

Extrême : IMC < 15 kg/m²

Boulimie (bulimia nervosa)

307.51 (F50.2)

Critères diagnostiques

- A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de glotonnerie) (binge-eating). Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :
 - 1. Absorption, en une période de temps limitée (p. ex. moins de 2 heures), 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.
 - 2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex. sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger, ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange, ou la quantité que l'on mange).
- B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.
- C. Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous les deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.
- D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
- E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale (anorexia nervosa).

Spécifier si :

En rémission partielle : Alors que tous les critères de la boulimie ont été précédemment remplis, plusieurs, mais pas la totalité, ont persisté pendant une période prolongée.

En rémission complète : Alors que tous les critères de la boulimie ont été précédemment remplis, aucun ne l'est plus depuis une période prolongée.

Spécifier la sévérité actuelle :

Le seuil de sévérité est établi selon la fréquence des comportements compensatoires inappropriés (voir ci-dessous). Le niveau de sévérité peut être majoré afin de refléter les autres symptômes et le degré d'incapacité fonctionnelle

Légère : Une moyenne de 1-3 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

Moyenne : Une moyenne de 4-7 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

Grave : Une moyenne de 8-13 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

Extrême : Une moyenne d'au moins 14 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

Accès hyperphagiques (binge-eating-disorder)

307.51 (F50.8)

Critères diagnostiques

- A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de glotonnerie) (binge-eating). Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :
1. Absorption, en une période de temps limitée (p. ex. moins de 2 heures), 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.
 2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex. sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).
- B. Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) sont associés à au moins trois des caractéristiques suivantes :
1. Manger beaucoup plus rapidement que la normale.
 2. Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale.
 3. Manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim.
 4. Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe.
 5. Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.
- C. Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) entraînent une détresse marquée.
- D. Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) surviennent, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.
- E. Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) ne sont pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés comme dans la boulimie, et ne surviennent pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.

Spécifier si :

En rémission partielle : Après avoir précédemment rempli tous les critères de ce trouble, les accès hyperphagiques surviennent à une fréquence moyenne de moins d'un épisode par semaine pendant une période prolongée.

En rémission complète : Alors que tous les critères de ce trouble ont été précédemment remplis, aucun ne l'est plus depuis une période prolongée.

Spécifier la sévérité actuelle :

Le seuil de sévérité est établi selon la fréquence des accès hyperphagiques (voir ci-dessous). Le niveau de gravité peut être majoré afin de refléter les autres symptômes et le degré d'incapacité fonctionnelle.

Léger : 1-3 accès hyperphagiques par semaine.

Moyen : 4-7 accès hyperphagiques par semaine.

Grave : 8-13 accès hyperphagiques par semaine.

Extrême : ≥ 14 accès hyperphagiques par semaine

Autres troubles de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, spécifié

307.59 (F50.8)

Cette catégorie correspond à des tableaux cliniques caractéristiques d'un trouble de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments, entraînant une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants mais ne remplissant pas tous les critères des troubles spécifiques décrits précédemment dans ce chapitre. Cette catégorie est utilisée dans des situations où le clinicien décide de préciser la raison particulière pour laquelle les critères d'aucun trouble spécifique de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments ne sont remplis. Cela est fait en notant « autre trouble de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments » suivi de la raison spécifique (p. ex. « boulimie de faible fréquence »). Exemples de présentations cliniques qui peuvent être désignées par la mention « autre trouble de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments, spécifié » :

1. **Anorexie mentale atypique** : Tous les critères de l'anorexie mentale sont remplis mais, malgré une perte de poids significative, le poids de l'individu est dans la normale ou au-dessus.
2. **Boulimie (de faible fréquence et/ou de durée limitée)** : Tous les critères de la boulimie sont remplis mais les accès hyperphagiques et les comportements compensatoires inappropriés surviennent, en moyenne, moins d'une fois par semaine et/ou pendant moins de 3 mois.
3. **Accès hyperphagiques (de faible fréquence et/ou de durée limitée)** : Tous les critères du trouble accès hyperphagiques sont remplis, mais les accès hyperphagiques surviennent, en moyenne, moins d'une fois par mois et/ou pendant moins de 3 mois.
4. **Trouble purgatif** : Comportement purgatif récurrent visant à influencer le poids ou la forme du corps (p. ex. : vomissements provoqués ; mésusage de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments) en l'absence d'accès hyperphagiques.
5. **Syndrome d'alimentation nocturne** : Épisodes récurrents d'alimentation nocturne, se manifestant par une alimentation après un réveil nocturne ou par une consommation excessive de nourriture après le repas du soir. Il existe une prise de conscience du trouble et un souvenir de l'épisode. L'alimentation nocturne n'est pas mieux expliquée par des éléments extérieurs comme des changements dans le cycle veille-sommeil ou par des normes sociales locales. L'alimentation nocturne entraîne une détresse significative et/ou un retentissement fonctionnel. La perturbation du schéma d'alimentation n'est pas mieux expliquée par un trouble accès hyperphagiques ou par un autre trouble mental, y compris par l'utilisation d'une substance, et n'est pas imputable à un autre trouble mental ou à un effet iatrogène.

Trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, non spécifié

307.50 (F50.9)

Cette catégorie correspond à des tableaux cliniques caractéristiques d'un trouble de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments, entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants mais ne remplissant les critères d'aucun des troubles spécifiques décrits précédemment dans ce chapitre. Cette catégorie est utilisée dans des situations où le clinicien décide de ne pas préciser la raison particulière pour laquelle la présentation clinique ne remplit pas tous les critères d'un trouble spécifique de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments, et inclut des situations où les informations sont insuffisantes pour poser un diagnostic spécifique (p. ex. en situation d'urgence).

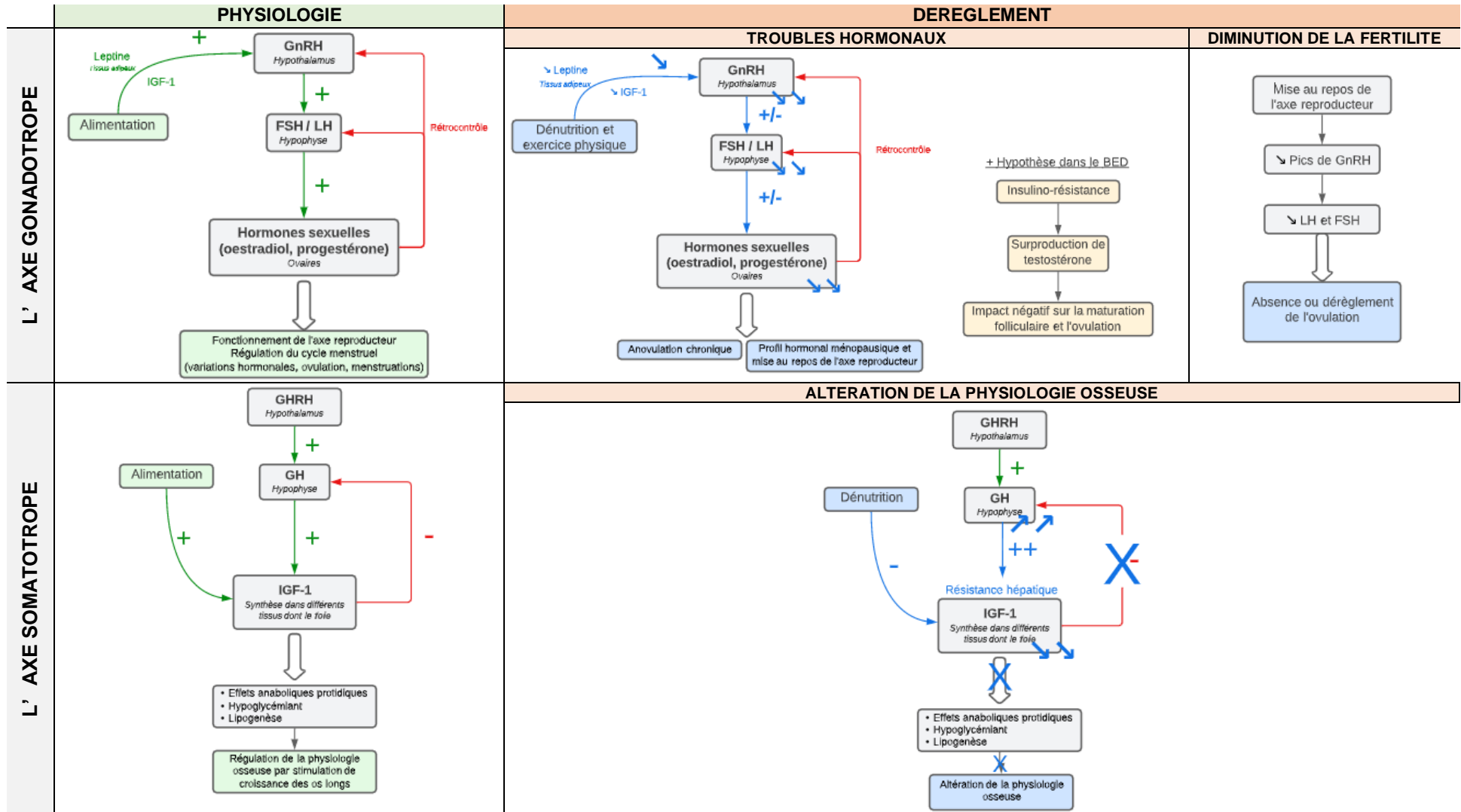
ANNEXE II : COMPLICATIONS SOMATIQUES ET PSYCHOLOGIQUES DES DIFFERENTS TCA [5, 6, 12, 28, 32, 40, 51, 52]

COMPLICATIONS		CAUSE(S)
Complications générales	<ul style="list-style-type: none"> - Asthénie, malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance - Signes cliniques de déshydratation (facteur de risque de constipation et d'asthénie) - Crampes, myalgies, faiblesse musculaire, paresthésie - Perte de cheveux - Augmentation du taux de mortalité 	Carences en nutriments et hydro-électrolytiques et chute d'hormone dues aux mécanismes de purge (vomissements, laxatifs)
	<ul style="list-style-type: none"> - *Hypothermie < 35°C - Amincissement, amyotrophie avec hypotonie axiale 	
	<ul style="list-style-type: none"> - *Gonarthrose, coxarthrose, dorsalgie - Œdèmes périphériques, hypersudation - Complications post-opératoires 	Obésité/surcharge pondérale
Hématologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Déshydratation et hypovolémie ou potomanie - Alcalose métabolique - Hyperkaliémie si prise de diurétiques anti-aldostérone - Niveau d'hormones réduits - Carences en micronutriments (vitamines, éléments traces) : folates, vitamine B1, vitamine B12, cuivre, vitamine D, calcium - Troubles électrolytiques : Hypokaliémie le plus souvent modérée (3-3,5mmol/L) avec risque cardiaque et rénal, hypophosphorémie, natrémie perturbée < 125 mmol/L (hyponatrémie de dilution liée à la potomanie avec risque neurologique) ou > 150 mmol/L (déshydratation), hypomagnésémie, hypophosphatémie - Anémie ferriprive, leucopénie, perturbation des cellules immunitaires <p>Elles favorisent la fatigue, les douleurs musculaires (crampes) et troubles cardiaques</p>	<p>Vomissements, mésusage de laxatifs et lavements, prise de diurétiques</p> <p>Malnutrition (manque d'apports bénéfiques) et conduites de purge</p>
Stomatologiques	<p>Lésions érosives étendues, perte de l'émail dentaire, caries, gingivites et stomatites, pouvant aller jusqu'à la chute des dents par déchaussement, sensibilité thermique (au froid en particulier) ou aux acides, attaque parodontale, récessions gingivales</p> <p>Impact psychologique et social des atteintes dentaires ++</p>	<p>Vomissements, mérycisme, reflux gastro-œsophagien, brossages des dents intempestifs, reflux nocturne, alimentation déséquilibrée avec prise importante de sucres et multiplication des apports, désorganisation des rythmes alimentaires</p>
Renutrition	« Syndrome de renutrition inappropriée » : Perturbations métaboliques et hormonales au début de la prise en charge	

Métaboliques	- *Hypothyroïdie subclinique (TSH normale, T3-T4 abaissées proportionnellement à la baisse pondérale) - Perturbations hypoglycémiques (stocks de glycogène utilisés et néoglucogénèse presque nulle) Hypercholestérolémie, hypercorticisme, diabète insipide partiel, arrêt de la croissance avant puberté, chute des hormones sexuelles	
	- *Insulino-résistance, diabète de type II - Dyslipidémie : baisse du cholestérol HDL, hypertriglycéridémie (VLDL)	Surcharge pondérale (malnutrition)
Cardiovasculaires	- Hypotension artérielle < 90/60 mmHg ou chute de tension orthostatique, fréquence cardiaque modifiée (bradycardie sinusale, fréquence cardiaque < 40/min, tachycardie de repos > 60/min) - Arythmies cardiaques et insuffisance cardiaque	Modification de la composition chimique de l'organisme due aux mécanismes de purge
	- *Accidents vasculaires cérébraux (ischémiques et hémorragiques) - Coronaropathies, hypertension artérielle, troubles du rythme cardiaque	Obésité/surcharge pondérale
Thrombo-emboliques et respiratoires	- *Varices, phlébite, thrombose, embolie (post-opératoire) - Insuffisance respiratoire, syndrome d'apnée du sommeil, hypoventilation alvéolaire, hypertension artérielle pulmonaire	Obésité/surcharge pondérale
Rénales	- Chute du débit sanguin dans l'artère rénale → diminution du débit de filtration glomérulaire, insuffisance rénale aiguë fonctionnelle - Lésions rénales organiques à type de nécrose tubulaire aiguë si persistance - Pollakiurie, incontinence, infections urinaires, néphrolithiase, calculs rénaux	Comportements purgatifs inadaptés et répétés provoquant une déshydratation et une hypovolémie
	- Lésions rénales à type de fibrose tubulo-interstitielle, atrophie tubulaire, hyperplasie de l'appareil juxtaglomérulaire et kystes rénaux pouvant aboutir à une insuffisance rénale chronique irréversible, lentement progressive jusqu'à l'insuffisance rénale terminale - Insuffisance rénale notamment liée à la déshydratation, ce qui peut augmenter le risque d'hypertension artérielle, bien que celle-ci soit généralement diminuée chez ces patientes.	Hypokaliémie chronique
Hépatiques	Hypertransaminasémie (40-50% des patients) - De dénutrition : en phase d'amaigrissement, modérée avec ASAT et/ou ALAT < 200 UI ou marquée avec ASAT et/ou ALAT > 200 UI accompagnée d'insuffisance hépatocellulaire - De renutrition (modérée, ne dépasse pas 10 fois les valeurs supérieures à la normale)	
Risque infectieux	- Infections aiguës rares mais graves, d'évolution brutale après installation peu symptomatique - Infections chroniques associées à l'immunodépression (lymphocytes < 1 000/mm ³), le plus souvent infections à mycobactéries atypiques d'évolution lente et paucisymptomatiques - Infections urinaires et rénales	Leucopénie et troubles dentaires Insuffisance rénale
Osseuses	Atteinte osseuse sous forme d'ostéopénie ou d'ostéoporose (concerne jusqu'à 85% des patientes anorexiques) Risque de fracture augmenté (de 3 dans le cadre de l'anorexie)	Carence en vitamine D, calcium, oestrogènes, hypoprotidémie, ↓ de l'IGF-1 et de la leptine, traitements psychotropes

*Dermatologiques	Xérose cutanée très fréquente avec parfois apparition de fissures cutanées (saignements, surinfection) Il est possible que le lanugo soit également un moyen pour le corps d'essayer de conserver la chaleur.	Cyanose périphérique par redistribution du flux sanguin (hypothermie)
Gastro-intestinales	<ul style="list-style-type: none"> - Hypertrophie parotidienne (le plus souvent bilatéral), éructations, nausées dues à une gastroparésie (pouvant mener à une dilatation gastrique, voire une nécrose), dyspepsie, douleurs pharyngées - Erythème ou ulcérations du pharynx, épigastralgies, pesanteur gastrique - Œsophagite peptite, gastrite, reflux gastro-œsophagien (RGO), perforations œsophagiennes - Augmentation du risque de cancer de l'œsophage - Trouble fonctionnel intestinal, douleurs abdominales, ballonnements, diminution de la vidange gastrique - Constipation de transit et/ou terminale, prolapsus rectal et crises hémorroïdaires - Plus rarement : Syndrome de Mallory-Weiss (lacération des parois de l'œsophage à la jonction avec l'estomac), achalasie, endobrachyœsophage, diarrhée. - Exceptionnellement : Rupture œsophagienne avec médiastinite (syndrome de Boerhaave), dilatation aiguë de l'estomac voire rupture gastrique, diarrhée. 	<p>Vomissements (acidité des sécrétions provenant de l'estomac)</p> <p>Mésusage de laxatifs et lavements</p> <p>Malnutrition</p>
*Spécifiques à l'obésité	- Cancer sein, utérus, stéatose, lithiase biliaire	
Neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Convulsions, myopathies, neuropathie périphérique, atrophie corticale - Syndrome confusionnel, ralentissement psychomoteur - Crises convulsives tonico-cloniques généralisées voire un coma 	Hyponatrémie
Psychologiques et cognitives	<ul style="list-style-type: none"> - Image du corps troublée, dysmorphophobie, altération de l'image de soi et de la qualité de vie - Perturbations du sommeil, honte extrême et forte culpabilité, dépression, isolement, désinsertion sociale - Troubles de la mémoire, trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, altération du processus de prise de décision, impulsivité importante, troubles de l'humeur, confusion - Hyperactivité physique et intellectuelle (notamment scolaire chez l'adolescente) - Retentissement sur la vie scolaire ou professionnelle (dû aux ritualisations, rigidité des attitudes et appauvrissement de la vie relationnelle, affective et sexuelle) - Remaniement de la vie relationnelle avec éloignement progressif des proches - Vie sexuelle évitée socialement et psychologiquement, désinvestissement de la sexualité (avec diminution de la libido) <p>Comorbidités psychiatriques associées : addictions (alcool, substances), troubles de conduite (kleptomanie), conduites sexuelles à risque, risque suicidaire, anxiété, phobies, trouble obsessionnel compulsif, troubles de la personnalité, symptômes psychotiques, automutilation, dépression.</p>	<p>Environ 40% des personnes anorexiques souffrent de troubles psychiatriques.</p> <p>Ces comorbidités peuvent apparaître avec le trouble alimentaire ou être exacerbées par celui-ci.</p>
*Complications liées spécifiquement à l'anorexie.		
*Complications liées spécifiquement à la boulimie et l'hyperphagie boulimique.		

ANNEXE III : MECANISMES HORMONAUX IMPLIQUES DANS LES COMPLICATIONS GYNECOLOGIQUES DES TCA [4, 6, 27, 28]



ANNEXE IV : CLASSIFICATION DE TANNER (STADES DE DEVELOPPEMENT PUBERTAIRE) [53]

FILLES

	Développement mammaire		Pilosité pubienne
S1	Pas de tissu glandulaire.	P1	Pas de pilosité.
S2	Tissu glandulaire palpable.	P2	Quelques poils fins le long des grandes lèvres.
S3	Augmentation de la taille des seins ; Profil arrondi de l'aréole et du mamelon.	P3	Poils pubiens plus pigmentés.
S4	Augmentation de la taille des seins ; Mamelon surélevé par rapport au sein.	P4	Poils plus durs, recouvrant le mont de vénus.
S5	Augmentation de la taille des seins; profil arrondi de l'aréole et du mamelon.	P5	Poils de type adulte, s'étendant vers les cuisses.

GARCONS

	Testicules		Pilosité pubienne
T1	< 2,5 cm	P1	Pas de pilosité.
T2	Augmentation des testicules > 2,5 cm ; Amincissement du scrotum.	P2	Quelques poils sur le scrotum.
T3	3,0 à 3,5 cm ; Épaississement du pénis.	P3	Poils plus pigmentés, contournés sur le pubis.
T4	3,5 à 4 cm.	P4	Poils plus durs sur le pubis.
T5	> 4 cm ; Taille adulte du pénis.	P5	Pilosité de type adulte, s'étendant vers les cuisses et la paroi abdominale.

ANNEXE V : COMPLICATIONS MATERNELLES, FŒTALES ET NEONATALES LIEES AUX DIFFERENTS TCA [9, 18, 27, 54-60]

Complications		AM	BN	BED	EDNOS
Maternelles pendant la grossesse	Dépression anténatale		Risque augmenté [9, 18, 54]		
	Trouble anxieux		Risque augmenté [9, 18, 54]		
	Fausse-couche		Risque augmenté [27]		
	Hyperémèse		x 2 [55, 56]		
	Anémie		↗ [57] (x 2 si anorexie mentale active) [55, 56]		
	Nutrition inadaptée		↗ [28]		
	Hémorragie antépartum	↗ (Actif < ATCD ¹) [55, 56]			
	Hémorragie post-partum		Pas de différence significative [55, 56]		
	Accouchement instrumental	↘ [55, 56]			↘ [55, 56]
	Contractions prématurées	↗ [58]	↗ [58]		
	Durée du travail	↘ (actif) [57]		↗ (ATCD) [57]	
	Durée du premier stade du travail	↘ [58]		↗ [58]	
	Durée du deuxième stade du travail			↗ [58]	
	Césarienne	↗ (actif) [57]		↗ [57]	
	Diabète gestationnel		↗ (ATCD) [57]	↗ (ATCD) [57]	
	Prééclampsie	↗ (actif) [58]		↗ (ATCD) [57]	
Déclenchement du travail		↗ [57]	↗ [57]		
Hypertension maternelle			↗ [58]		
Fœtales et néonatales	Prématurité (tout stade confondu)		↗ (majoré si TCA actif et en cas d'anorexie) [55, 56, 58, 59]		
	Naissance post-mature	↘ (actif) [57]			
	Petit poids pour l'âge gestationnel	↗ [55, 56, 58]	↗ [58]	↘ [58]	↗ [55, 56]
	Retard de croissance intra-utérin	↗ [58] (Actif > ATCD) [59]	↗ (ATCD) [59]		
	Microcéphalie		↗ (majoré si TCA actif et en cas d'anorexie) [55, 56]		
	Taille, PC ² et PA ³ et poids plus faible		↗ [27] (actif) [57, 59]		
	Grande taille pour l'âge gestationnel	↘ (actif) [56]		↗ [57, 58]	
	Score d'Apgar très faible à 1 minute		↗ [58]		
	Score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes				↗ [55, 56]
	Mortalité périnatale	↗ [58]			
Troubles du sommeil	↗ [59]	↗ (ATCD) [59]			
PP ⁴ et AM ⁵	Trouble anxieux		↗ [27, 54]		
	Dépression du post-partum		Risque augmenté [27, 60], deux fois plus élevé si TCA actif [54]		
	Abandon de l'allaitement	↗ [9]			↗ [9]

ATCD¹ : Antécédent

PC² : Périmètre Crânien

PA³ : Périmètre Abdominal

PP⁴ : Post-Partum

AM⁶ : Allaitement Maternel

ANNEXE VI : SIGNES D'APPEL ET DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS DES TCA [6, 8, 32, 61]

	SIGNES D'APPEL	DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS
AM	<ul style="list-style-type: none"> - Préoccupations pour ce qui touche à l'alimentation, demande de régime amaigrissant ou de perte de poids - Préoccupations excessives autour de l'image du corps - Conduites de restriction alimentaire : comptage des calories, tri alimentaire, exclusions alimentaires, évitement de certains repas, dissimulation de nourriture, recours inapproprié aux produits ou méthodes dits « à visée amaigrissante, drainante, purificatrice, détox », - Conduites de purge : vomissements provoqués, recours aux laxatifs ou aux diurétiques 	<p>Causes somatiques d'amaigrissement notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infectieuse (tuberculose) - Digestive (Crohn) - Cérébrale (tumorale) - Endocrinienne (maladie d'Addison, panhypopituitarisme) <p>Pathologie psychiatrique associant un TCA comme un état délirant avec anorexie ou un état dépressif avec amaigrissement</p>
	<p>Chez l'adolescent (outre les changements liés à la croissance staturo-pondérale) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adolescent amené par ses parents pour un problème de poids, d'alimentation ou d'anorexie - Retard pubertaire - Aménorrhée (primaire ou secondaire) ou des cycles irréguliers (spanioménorrhée) plus de 2 ans après ses premières règles - Hyperactivité physique - Hyper-investissement intellectuel <p>Chez l'adulte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perte de poids > 15% - IMC < 18,5 kg/m² - Refus de prendre du poids malgré un IMC faible - Femme ayant une aménorrhée secondaire - Hyperactivité physique - Hyper-investissement intellectuel - Infertilité 	
BN et BED	<ul style="list-style-type: none"> - Demande de régime amaigrissant ou de perte de poids - Habitudes alimentaires restrictives, exclusions alimentaires, recours inapproprié aux produits ou méthodes dits « à visée amaigrissante, drainante, purificatrice, détox », usage inapproprié de laxatifs, diurétiques, compléments alimentaires - Inquiétude de l'entourage (parents, conjoint, fratrie) face au comportement alimentaire. - Exercice physique excessif - Préoccupations excessives autour du poids ou de la corpulence, particulièrement en cas d'IMC normal ou bas (boulimie) - Angle sous-mandibulaire gonflé (parotidomégalie) - Signe indirect de vomissements (boulimie) - Signe de Russell (abrasions sur le dos de la main liées aux vomissements, boulimie). 	<p>Causes organiques d'hyperphagie secondaire : tumeur cérébrale, endocrinopathie, épilepsie partielle, syndrome de Kleine-Levin, etc.</p> <p>Autres troubles psychiatriques : accès maniaques, schizophrénie ou psychose infantile.</p>
EDNOS	<p>Signes d'appel semblables à ceux de l'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie boulimique mais incomplets, atténués, résolutifs, ou mineurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté alimentaire - Forme totale d'anorexie, boulimie ou hyperphagie boulimique

SITUATIONS A RISQUE DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Antécédents de troubles des conduites alimentaires (anorexie mentale, etc.)

Affections somatiques :

- Variations pondérales rapides sans cause organique retrouvée
- Pathologies impliquant des régimes telles que le diabète de type I
- Perturbations des menstruations, aménorrhée, troubles de la fertilité
- Plaintes liées à des symptômes gastro-intestinaux inexpliqués, en particulier reflux gastro-intestinaux et douleurs gastriques, troubles du transit ;
- Problèmes dentaires inexpliqués, en particulier érosion dentaire
- Situation d'aménorrhée inexpliquée, syndrome des ovaires polykystiques, troubles de la fertilité (en particulier en cas de projet d'assistance médicale à la procréation)
- Variations importantes de l'HbA1c ou du poids chez les patients diabétiques
- Vomissements répétés inexpliqués (boulimie)
- Hypokaliémies inexpliquées (boulimie).

Manifestations psychologiques :

- Tentatives de suicide, automutilations
- Addictions, abus de substances psychoactives (alcool en particulier)
- Troubles anxieux et troubles de l'humeur (troubles dépressifs et troubles bipolaires)
- Troubles de la personnalité dont la personnalité limite
- Troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) psychotraumatismes (abus sexuels et maltraitance, etc.).

Rechercher systématiquement une hyperphagie boulimique :

- En cas de situation de surpoids ou d'obésité
- En cas de demande de chirurgie bariatrique
- En cas d'échec de la perte de poids après chirurgie bariatrique
- En cas de troubles bipolaires et chez les patients prenant des antipsychotiques (car, du fait de la prise de poids, elles majorent les troubles métaboliques associés aux traitements antipsychotiques).

ANNEXE VIII : QUESTIONNAIRES D'ENTRETIEN DANS LE DEPISTAGE DES TCA [36, 62]

<p>Exemple de questions dans l'exploration d'un TCA lors d'un entretien</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « Avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ? » - « Est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? » - « Votre poids vous inquiète-t-il de manière excessive ? » - « Votre poids influence-t-il la façon dont vous vous sentez ? » - « Est-ce que vous vomissez ? » - « Vous arrive-t-il de vous faire vomir ? »
<p>Questionnaire SCOFF-F</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop plein ? - Êtes-vous inquiet(e) d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ? - Avez-vous récemment perdu plus de 6kg en moins de 3 mois ? - Vous trouvez-vous gros(se) alors même que les autres disent que vous êtes trop mince ? - Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ? <p>Dépistage positif pour un seuil ≥ 2 réponses positives, et oriente fortement vers un TCA typique.</p>
<p>Questionnaire ESP (Eating Disorder Screen for Primary Care)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Êtes-vous satisfait de vos habitudes alimentaires ? - Est-ce que vous mangez parfois en secret ? - Votre poids affecte-t-il la façon dont vous vous sentez ? Un membre de votre famille a-t-il déjà souffert d'un trouble alimentaire ? - Souffrez-vous actuellement ou avez-vous souffert dans le passé d'un trouble alimentaire ? <p>Dépistage positif pour un seuil ≥ 2 réponses positives, et oriente fortement vers un TCA typique.</p>

ANNEXE IX : EVALUATION CLINIQUE ET PARACLINIQUE DANS LE CADRE D'UN DIAGNOSTIC DE TCA [32]

EVALUATION DE DIAGNOSTIC DE TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE	
Données de l'entretien	<ul style="list-style-type: none"> - Histoire pondérale : pourcentage de perte de poids, cinétique et durée de la perte de poids (IMC minimal, IMC maximal et poids de stabilisation). - Conduites de restriction alimentaire : début des restrictions, type de restrictions (quantitatives, qualitatives) - Conduites purgatives associées : boulimie/vomissements, surconsommation de laxatifs, de diurétiques ou autres médicaments, hypertrophie des parotides et callosités ou irritation des doigts liées aux vomissements, évaluation de l'état buccodentaire - Potomanie (quantification du nombre de litres de boissons par jour) - Activité physique (recherche d'une hyperactivité). - Conduites addictives : alcool, tabac, autres substances, (notamment médicaments psychotropes) - Pathologies associées connues : diabète, pathologies thyroïdiennes ou digestives - Examen psychiatrique : antécédents psychiatriques et éléments actuels (dépression, anxiété, trouble obsessionnel compulsif, suicidalité, automutilation et rarement symptômes psychotiques), antécédents d'abus sexuels, traitements psychotropes - Évaluation du fonctionnement familial, notamment concernant l'alimentation, pouvant contribuer à la pérennisation des troubles - Évaluation sociale (avec une assistante sociale) : hyper-investissement scolaire ou professionnel, désinvestissement des relations amicales ou sociales, pouvant nécessiter une prise en charge spécifique (allègement de l'emploi du temps scolaire, arrêt de travail, soins en groupe, etc.)
Evaluation de l'état nutritionnel et de ses conséquences	<ul style="list-style-type: none"> - Poids, taille, IMC, percentile d'IMC pour l'âge et courbe de croissance pour les enfants et adolescents - Évaluation du stade pubertaire de Tanner chez l'adolescent (recherche d'un retard pubertaire) - Température corporelle - Examen cardio-vasculaire complet à la recherche de signes d'insuffisance cardiaque et/ou de troubles du rythme incluant la mesure du pouls, de la tension, et recherche d'hypotension orthostatique - État cutané et des phanères (dont automutilations), œdèmes, acrosyndrome - Degré d'hydratation - Examen neurologique et musculaire : ralentissement psychomoteur, fonte musculaire, hypotonie axiale, asthénie majeure avec difficulté d'accomplissement des mouvements habituels - Examen digestif : glandes salivaires, tractus œsogastrique, transit notamment. - Évaluation des ingestats (par un diététicien expérimenté)
EVALUATION PARACLINIQUE (UNE FOIS LE DIAGNOSTIC ETABLI)	
Bilan biologique	<ul style="list-style-type: none"> - Hémogramme, ionogramme sanguin, calcémie, phosphorémie, 25OH-D3 - Évaluation de la fonction rénale (urée, créatinine, clairance de la créatinine) et hépatique (ALAT, ASAT, PAL et TP) - Albumine, préalbumine - CRP <p>Il n'est pas recommandé de faire un dosage de TSH sauf en cas de doute diagnostique persistant en faveur d'une hyperthyroïdie.</p>
Examens complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> - Électrocardiogramme : recherche d'un QT long (risque de torsade de pointe), d'une tachycardie supraventriculaire ou ventriculaire, de pauses sinusales, d'une bradycardie jonctionnelle, d'une onde T négative au-delà de V3 et d'une modification du segment ST - Ostéodensitométrie osseuse (après 6 mois d'aménorrhée, puis tous les 2 ans en cas d'anomalies ou d'aménorrhée persistante).

ANNEXE X : QUESTIONNAIRE EN LIGNE DESTINE AUX SAGES-FEMMES LIBERALES

Connaissances sur les troubles du comportement alimentaire et leur impact sur la santé génésique

Bonjour, je m'appelle Anaïs Rauch et je suis étudiante sage-femme en 5ème année à l'Ecole de Sages-Femmes de Metz.

Dans le cadre de mon cursus, j'effectue un mémoire qui porte sur le thème « Les différents types de troubles du comportement alimentaire et leur impact sur la santé génésique » dont la problématique est la suivante : « En quoi la connaissance des sages-femmes sur les troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie, hyperphagie boulimique, troubles non spécifiques) impacte leur dépistage et leur prise en charge lors du suivi de santé génésique ? ».

L'objectif est de réaliser un état des lieux des connaissances et une analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes libérales en lien avec les différents troubles du comportement alimentaire lors du suivi de santé génésique.

Ce questionnaire est anonyme et vous prendra environ dix minutes.

Je vous remercie pour votre participation.

Êtes-vous : *

- Sage-femme en cabinet libéral
- Sage-femme hospitalière

Suivant

Effacer le formulaire

Informations générales

Quel(s) type(s) de consultations proposez-vous ? *

- Consultations prénatales et postnatales
- Consultations de suivi gynécologique
- Séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)
- Séances de rééducation périnéale
- Autre : _____

En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ? *

Votre réponse _____

Depuis combien d'années exercez-vous en cabinet libéral ? *

Votre réponse _____

Dans quel milieu exercez-vous ? *

- Milieu rural : village jusqu'à 5 000 habitants
- Milieu urbain : petite ou moyenne ville entre 5 000 et 50 000 habitants
- Milieu urbain : grande ville entre 50 000 et 200 000 habitants

Retour

Suivant

Effacer le formulaire

Connaissances générales sur les troubles du comportement alimentaire

Selon vous, comment se définit l'anorexie ? (Plusieurs choix possibles) *

- Restriction des apports énergétiques
- Poids significativement bas
- Contrôle passant par la mise en place de comportements purgatifs (vomissements, laxatifs, diurétiques, exercice physique excessif)
- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros et influence excessive sur l'estime de soi
- Présence possible d'accès de glotonnerie avec absorption d'une quantité importante de nourriture

Tout au long de la vie, l'anorexie a tendance à : *

	Augmenter	Diminuer	Stagner	Je ne sais pas
A l'adolescence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pendant la grossesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En post-partum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A la ménopause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Selon vous, comment se définit la boulimie ? (Plusieurs choix possibles) *

- Accès hyperphagiques (crises de glotonnerie) avec absorption d'une quantité importante de nourriture récurrents au moins une fois par semaine pendant trois mois
- Gourmandise exacerbée à l'égard de certains aliments
- Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise
- Préoccupation sur le poids et peur de prendre du poids et influence sur l'estime de soi
- Comportements compensatoires inappropriés systématiques (vomissements, laxatifs, diurétiques, exercices physiques excessifs)

Tout au long de la vie, la boulimie a tendance à : *

	Augmenter	Diminuer	Stagner	Je ne sais pas
A l'adolescence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pendant la grossesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En post-partum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A la ménopause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Selon vous, comment se définit l'hyperphagie boulimique ? (Plusieurs choix possibles) *

- Accès hyperphagiques (crises de glotonnerie) avec absorption d'une quantité importante de nourriture récurrents, au moins une fois par semaine pendant trois mois
- Gourmandise exacerbée à l'égard de certains aliments
- Sentiment d'une perte de contrôle et de détresse marquée sur le comportement alimentaire pendant la crise
- Comportements compensatoires inappropriés systématiques (vomissements, laxatifs, diurétiques, exercice physique excessif)
- Ingestion d'aliments plus rapide que la normale, jusqu'à une sensation pénible de distension abdominale
- Sentiment de dégoût ou de déprime après l'épisode d'accès hyperphagique
- Préoccupation sur le poids et la peur de prendre du poids

Tout au long de la vie, l'hyperphagie boulimique a tendance à : *

	Augmenter	Diminuer	Stagner	Je ne sais pas
A l'adolescence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pendant la grossesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En post-partum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A la ménopause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Selon vous, comment se définissent les troubles du comportement alimentaire atypiques ? (Plusieurs choix possibles) *

- Tableau de trouble de l'alimentation ne remplissant pas tous les critères
- Tableau de trouble de l'alimentation sans variation du poids
- Détresse ou altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel
- Anorexie mentale sans perte de poids
- Boulimie avec accès hyperphagiques pendant moins de trois mois
- Accès hyperphagiques de faible fréquence

Tout au long de la vie, les troubles atypiques ont tendance à : *

	Augmenter	Diminuer	Stagner	Je ne sais pas
A l'adolescence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pendant la grossesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En post-partum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A la ménopause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Retour](#)

[Suivant](#)

[Effacer le formulaire](#)

Conséquences des troubles du comportement alimentaire

Quelles conséquences somatiques et psychologiques peuvent être liées aux troubles du comportement alimentaire (Tous TCA confondus) ? (Plusieurs choix possibles) *

- Altération de l'état général
- Augmentation du taux de mortalité
- Complications hématologiques, cardiovasculaires et thrombo-emboliques
- Atteinte dentaire et dermatologique
- Complications liées à la renutrition
- Complications métaboliques, rénales, hépatiques et gastro-intestinales
- Conséquences respiratoires
- Augmentation du risque infectieux
- Atteinte osseuse
- Augmentation du risque de certains cancers
- Complications neurologiques et cognitives
- Conséquences psychologiques et risque de pathologie psychiatrique

Quelles conséquences gynécologiques peuvent être liées aux troubles du comportement alimentaire (tous TCA confondus) ? (Plusieurs choix possibles) *

- Perturbations hormonales et du cycle menstruel
- Altération de la santé sexuelle
- Retard pubertaire
- Troubles de la fertilité et augmentation du risque de fausses-couches spontanées
- Association avec la survenue de syndrome des ovaires polykystiques

Quelles conséquences peuvent être liées aux troubles du comportement alimentaires pendant la grossesse et le post-partum (tous TCA confondus) ? (Plusieurs choix possibles) *

- Augmentation du risque de dépression et d'anxiété
- Augmentation du risque d'hémorragie (anté-partum et/ou post-partum)
- Augmentation du risque de contractions prématurées
- Augmentation du risque de pathologie obstétricale
- Augmentation du risque d'accouchement instrumental et de césarienne
- Conséquences sur la durée du travail
- Conséquences sur le terme de l'accouchement
- Conséquences sur la croissance du fœtus et le poids du nouveau-né
- Conséquences sur l'adaptation à la vie extra-utérine
- Augmentation du risque de mortalité périnatale
- Augmentation du risque de difficultés à l'allaitement maternel

Connaissez-vous des exemples de conséquences spécifiques ? *

Votre réponse

[Retour](#)

[Suivant](#)

[Effacer le formulaire](#)

Le dépistage des troubles du comportement alimentaire

Estimez-vous avoir les connaissances nécessaires pour dépister un trouble du comportement alimentaire ? *

- Oui
 Non

Quels signes d'appel associeriez-vous aux troubles du comportement alimentaire ? (Plusieurs choix possibles) *

- Aménorrhée ou spanioménorrhée
 Perte de poids significative, maigreur et refus de prendre du poids
 Hyperactivité physique
 Demande de régime amaigrissant
 Exclusions alimentaires de certains aliments
 IMC élevé
 Recours inapproprié aux méthodes dites "à visée amaigrissante, drainante, purificatrice, détox"
 Inquiétude de l'entourage (parents, conjoint, fratrie) face au comportement alimentaire
 Préoccupation excessive autour du poids ou de la corpulence
 Signes de vomissements : érosion des dents, abrasion du dos de la main, angle sous-mandibulaire gonflé

Parmi les éléments d'anamnèse suivants, lesquels recherchez vous ? Pour ceux-ci, précisez lors de quel type de consultation. (Plusieurs choix possibles)

	Suivi de ...	EPI	Bilan pr...	PNP	Consult...	Rééduc...	Suivi gy...	Contrac...	Jamais
Évaluati...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habitud...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduit...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficult...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécéd...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressent...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parmi les éléments cliniques suivants, lesquels recherchez vous ? Pour ceux-ci, précisez lors de quel type de consultation. (Plusieurs choix possibles)

	Suivi de ...	EPI	Bilan pr...	PNP	Consult...	Rééduc...	Suivi gy...	Contrac...	Jamais
Poids in...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcul d...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signes ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez vous des choses à rajouter ?

Votre réponse

Retour

Envoyer

Effacer le formulaire

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES



- **Contraception**
 - Expliquer que l'aménorrhée ne protège pas d'un risque de grossesse, et que les contraceptifs oraux doivent se prendre à distance des vomissements
 - Si vomissements très fréquents sous contraceptif oral, proposer d'autres méthodes contraceptives (DIU, implant, patch contraceptif, préservatifs, etc.)
- **Conduites sexuelles à risque :**
 - Être vigilant quant aux comportements sexuels à risque ;
 - Informer sur les risques associés et leurs méthodes de prévention ;
 - Souligner l'importance d'un suivi gynécologique.
- **Consultation pour infertilité et/ou demande d'AMP**
 - Rechercher systématiquement des signes de TCA.
 - En cas de doute ou en cas de TCA avéré, il est recommandé de solliciter un avis spécialisé dans les troubles des conduites alimentaires (cf. annuaire FFAB).
 - En cas de demande d'AMP chez une patiente ayant un TCA connu et suivi, un suivi obstétrical coordonné avec le suivi du TCA est recommandé.
- **Désir de grossesse**
 - Informer des conséquences des troubles nutritionnels sur le risque d'infertilité et les risques sur la grossesse et le fœtus (fausses couches, prématurité, hypotrophie, mortalité périnatale)
 - En cas de désir de grossesse, la patiente doit être conseillée pour augmenter ses chances de grossesse et limiter les risques (apport nutritionnel et un poids adéquat)
- **Au cours de la grossesse**
 - Rechercher un TCA en cas de nausées ou de vomissements gravidiques particulièrement intenses, de prise de poids excessive ou insuffisante.
 - Si un TCA est suspecté, orienter vers une évaluation par un spécialiste, et si besoin un suivi multidisciplinaire en coordination avec le suivi obstétrical.
 - Être vigilant chez les femmes avec des antécédents de TCA car la grossesse et le post-partum sont des situations à risque de majoration des troubles, de rechute, de troubles de l'humeur. Rechercher systématiquement la dépression pendant la grossesse et le post-partum car le risque est majeur.
 - Assurer un suivi régulier, attentif et personnalisé chez les femmes avec un TCA connu
 - Évaluer et compléter si besoin les carences vitaminiques (risques pour le fœtus).
 - Poursuivre le suivi multidisciplinaire pour les TCA après l'accouchement avec une attention particulière à la relation mère-enfant (alimentation et interactions).
- **En post-partum**
 - Assurer un suivi régulier, attentif et personnalisé pendant la période post-natale.
 - Après un diabète gestationnel : inciter à poursuivre les modifications d'hygiène de vie (alimentation, activité physique 30 à 60 minutes par jour au moins 5 jours par semaine, arrêt du tabagisme) pour réduire le risque d'apparition d'un diabète de type 2.

LE DEPISTAGE



- **Être vigilant sur les signes d'appel**
- **Exemple de questionnaire**
 - « Avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ? »
 - « Est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? »
 - « Votre poids vous inquiète-t-il de manière excessive ? »
 - « Votre poids influence-t-il la façon dont vous vous sentez ? »
 - « Est-ce que vous vomissez ? »
 - « Vous arrive-t-il de vous faire vomir ? »
- **Attitude à adopter**
 - Instaurer un climat de confiance, avec une écoute attentive sans jugement
 - Attitude empathique, authentique, chaleureuse et professionnelle pour permettre d'exprimer les signes susceptibles de conforter le diagnostic
 - Encourager l'expression de la patiente sur son rapport à l'alimentation ou son rapport au corps, ses habitudes alimentaires, ses difficultés psychologiques
 - Prendre en compte l'entourage si présent, conseiller
 - Proposer une consultation spécifique avec un professionnel adapté ou pluridisciplinaire si besoin
- **Orienter**
 - Médecin, psychiatre, psychologue, psychothérapeute
 - Diététicien, nutritionniste



RESSOURCES

- **Associations**
 - « Anorexie Boulimie Info Ecoute » au 0810.037.037 (numéro azur : prix d'un appel local) du lundi au vendredi de 16h à 18h, numéro francilien
 - FNA-TCA : Fédération Nationale des Associations liées aux Troubles des Conduites Alimentaires
 - FFAB : Fédération Française Anorexie Boulimie (et annuaire)
 - Association Autrement (et annuaire)
- **Dans le Grand Est**
 - Centre d'Accueil pour la Santé des Adolescents (CASA) – Maison Départementale des Adolescents (Metz - 03 87 18 44 22)
 - Centres hospitaliers : Jury, CHR, Mercy (Service Médecine et Psychologie de l'Adolescent), CHU Nancy (Unité d'Assistance Nutritionnelle)
 - Annuaire : <https://www.sanitaire-social.com/annuaire/sante-mentale/grand-est>



1	ANOREXIE	BOULIMIE	HYPERPHAGIE BOULIMIQUE	TROUBLE ATYPIQUE
DEFINITION	<p>Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins → poids bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique</p> <p>Peur intense de prendre du poids, conduites de purge parfois associées (vomissements, laxatifs, diurétiques, exercice physique excessif).</p> <p>Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive sur l'estime de soi, manque de reconnaissance persistant de la gravité de sa maigreur actuelle</p>	<p>Accès hyperphagiques récurrents (au moins une fois par semaine pendant 3 mois) = Absorption sur un temps limité d'une quantité de nourriture excessive avec un sentiment d'une perte de contrôle pendant la crise</p> <p>Association avec des comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, (vomissements, laxatifs, diurétiques, jeûne, exercice physique excessif)</p> <p>Estime de soi excessivement influencée par le poids et la forme corporelle</p>	<p>Accès hyperphagiques récurrents (au moins une fois par semaine pendant 3 mois) avec un sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise en l'absence de recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés</p> <p>Détresse marquée</p>	<p>Tableaux cliniques d'un trouble alimentaire entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social ou professionnel mais ne remplissant aucun critère d'un trouble spécifique ou n'en remplissant pas tous les critères (poids dans les normes, accès hyperphagiques peu nombreux ou sur une courte période, trouble purgatif sans accès hyperphagique, alimentation nocturne récurrente)</p>
SOMATIQUES	<ul style="list-style-type: none"> - Asthénie, malaises, augmentation du taux de mortalité - Hématologiques (anémie feriprive, leucopénie, thrombopénie, perturbations de l'immunité cellulaire, troubles électrolytiques) - Métaboliques (ostéoporose/ostéopénie, hypothyroïdie, diabète insipide partiel, hypercholestérolémie) - Cardiaques (arythmie, insuffisance, hypo ou hypertension artérielle) - Neurologiques (convulsions, myopathies) - Troubles hépatiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Perturbations du sommeil, culpabilité, dépression, isolement social - Troubles de la mémoire/de l'attention, hyperactivité physique ou intellectuelle - Dépression - Vomissements gravidiques - Anémie, MAP, diabète gestationnel - Déclenchement du travail et césarienne - HTA, prééclampsie - Nutrition inadaptée - Cycle menstruel perturbé - Grossesse non planifiée, perte de la libido - Fertilité diminuée, fausse couche spontanée, SOPK 	<ul style="list-style-type: none"> - Gastro-intestinales (oesophagite, ulcère, douleurs abdominales, troubles du transit, nausées, reflux) - Urologique et néphrologique (incontinence, infection urinaire, insuffisance rénale, pollakiurie) - Stomatologiques (caries, gingivite, sensibilité thermique, perte de l'émail dentaire) - Respiratoire (insuffisance, apnée du sommeil, phlébélites) 	
CONSEQUENCES	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles de la mémoire/de l'attention, hyperactivité physique ou intellectuelle - Dépression - Vomissements gravidiques - Anémie, MAP, diabète gestationnel - Déclenchement du travail et césarienne - HTA, prééclampsie - Nutrition inadaptée - Cycle menstruel perturbé - Grossesse non planifiée, perte de la libido - Fertilité diminuée, fausse couche spontanée, SOPK 	<ul style="list-style-type: none"> - Altération de la vie relationnelle et/ou sexuelle - Dystrophobie et altération de la qualité de vie - Prématurité - PAG, RCIU, microcéphalie - Mauvaise adaptation à la naissance - Mortalité périnatale - Troubles du sommeil - Difficultés à l'allaitement maternel - Retard pubertaire, infléchissement ou cassure de la courbe de croissance pondérale puis staturale 		
SIGNES D'APPEL	<ul style="list-style-type: none"> - Préoccupation excessive autour de l'alimentation ou de l'image du corps, inquiétude de l'entourage - Difficultés psychologiques (dépression, trouble anxieux ou de l'humeur, automutilation, addictions) - Restrictions ou purges, demande de régime ou de perte de poids, recours inapproprié aux méthodes « à visée amaigrissante, détox, purgatrice » , hyperactivité physique - Variations pondérales rapides - Carences, troubles électrolytiques inexplicables - Symptômes gastro-intestinaux inexplicables <p>Perte de poids >15% ou IMC <18,5 kg/m², hyperinvestissement intellectuel, perturbation des menstruations, trouble de la fertilité</p>	<p>Signes cliniques de vomissements (érosion des dents, abrasion du dos de la main, angle sous-mandibulaire gonflé)</p> <p>Surpoids ou obésité, échec de perte de poids après chirurgie bariatrique</p>		<p>Signes d'appel semblables aux troubles spécifiques mais incomplets, atténués, résolutifs, ou mineurs</p>

Ligne « Anorexie Boulimie, Info Ecoute » au 0810.037.037



Votre rapport à l'alimentation ou à votre corps est compliqué ?

Ne restez pas seul(e), parlez-en autour de vous !

psychologique
maigre
image
hyperphagie
norme
balance
corps
trifatique
poids
malade
sain
solitude
dénutrition
mental
peur
atypique
isolement
santé
contrôle
obésité
régime
anxiété

Si vous pensez être touché(e) par un trouble du comportement alimentaire (TCA)

Si vous sentez que la nourriture prend une place trop importante dans votre vie et que votre relation avec celle-ci devient difficile, dans l'excès ou dans la privation

Si vous avez subi une variation très importante de votre poids en lien avec vos pratiques alimentaires

Si vous êtes inquiet(e) par l'un de vos comportements

Si vous êtes très préoccupé(e) par votre apparence physique et/ou par le contrôle de votre poids

Si vous vous sentez isolé(e), seul(e), culpabilisez, ou que vos préoccupations vous éloignent de votre vie sociale

Vous pouvez aussi en parler à un médecin, psychiatre, psychologue ou diététicien.

Associations

- Fédération Nationale des Associations liées aux Troubles des Conduites Alimentaires
- Fédération Française Anorexie Boulimie
- Association Autrement

Votre sage-femme est là pour vous écouter, vous aider et vous orienter

Anaïs Rauch – Mémoire sage-femme et TCA – Ecole de Sage-Femme Metz, 2022

LES DIFFERENTS TYPES DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ET LEURS IMPACTS SUR LA SANTE GENESIQUE

RESUME

Introduction : Les troubles du comportement alimentaire augmentent dans notre société et entraînent des complications sur la santé. La place des sages-femmes dans le suivi de santé génésique leur confèrent une place centrale dans le dépistage.

Méthode : Une étude épidémiologique observationnelle quantitative par questionnaires anonymes auprès de 35 sages-femmes libérales en Moselle en 2021-2022 a été menée pour évaluer les connaissances et les pratiques professionnelles de dépistage des sages-femmes libérales concernant les troubles du comportement alimentaire lors du suivi de santé génésique.

Résultat : Les critères de l'anorexie étaient connus par 68,6% à 97,1%, de la boulimie par 62% à 91,4%, de l'hyperphagie boulimique par 71,4% à 88,6%, et des troubles atypiques par 62,9% à 88,6% des sages-femmes. 42,9% à 54,3% des sages-femmes connaissaient l'évolution des différents troubles. 24% des conséquences générales, 80% des conséquences gynécologiques, 25% des conséquences périnatales maternelles, 33,3% des conséquences néonatales et 33,3% des signes d'appel étaient connus par les sages-femmes. 11,4% d'entre elles estimaient avoir les connaissances pour dépister un trouble. Selon l'élément d'anamnèse, 14,2% à 97,1% des sages-femmes les recherchaient en consultation. Selon l'élément clinique, 8,5% à 100% des sages-femmes les recherchaient en consultation.

Conclusion : Les sages-femmes connaissent la définition de l'anorexie et la boulimie, partiellement la définition de l'hyperphagie boulimique mais ne connaissent pas la définition des troubles atypiques. Elles méconnaissent les périodes à risque de trouble alimentaire et leurs conséquences. Elles déclarent ne pas avoir les connaissances nécessaires pour dépister un trouble alimentaire, avec une méconnaissance des signes d'appel et une anamnèse et un examen clinique orientés incomplets. Il serait intéressant qu'elles puissent être formées sur les troubles alimentaires pour participer activement à leur dépistage et améliorer leur prise en charge dans un suivi multidisciplinaire.

MOTS CLES : SAGES-FEMMES LIBERALES, TROUBLE ALIMENTAIRE, SANTE GENESIQUE, DEPISTAGE, CONSEQUENCES

ABSTRACT

Introduction : Eating disorders are on the increase in our society and have significant health consequences. The role of midwives in reproductive health monitoring gives them a central place in screening.

Methods : A quantitative observational epidemiological study using anonymous questionnaires among 35 liberal midwives in Moselle in 2021-2022 was conducted to show the knowledge and professional screening practices of liberal midwives concerning eating disorders during reproductive health monitoring.

Results : The criteria for anorexia were known by 68.6% to 97.1%, bulimia by 62% to 91.4%, binge eating by 71.4% to 88.6%, and atypical disorders by 62.9% to 88.6% of midwives. 42.9% to 54.3% of midwives knew the course of the different disorders. 24% of the general consequences, 80% of the gynaecological consequences, 25% of the maternal perinatal consequences, 33.3% of the neonatal consequences and 33.3% of the warning signs were known by the midwives. 11.4% of them felt they had the knowledge to detect a disorder. Depending on the anamnesis element, 14.2% to 97.1% of midwives looked for them in consultation. Depending on the clinical element, 8.5% to 100% of midwives looked for them in consultation.

Conclusion : Midwives know the definition of anorexia and bulimia, partially know the definition of binge eating disorder but do not know the definition of atypical disorders. They do not know the periods at risk of eating disorders and their consequences. They state that they do not have the necessary knowledge to detect an eating disorder, with a lack of knowledge of the warning signs and an incomplete history and oriented clinical examination. It would be interesting if they could be trained in eating disorders so that they could actively participate in their detection and improve their management in a multidisciplinary follow-up.

KEY WORDS : LIBERAL MIDWIVES, EATING DISORDER, REPRODUCTIVE HEALTH, SCREENING, CONSEQUENCES