



HAL
open science

The importance of preventing eating disorders in pregnant women

Mylène Hubin-Gayte, Claire Squires, Karine Doncieux, Alexandra Sajko

► **To cite this version:**

Mylène Hubin-Gayte, Claire Squires, Karine Doncieux, Alexandra Sajko. The importance of preventing eating disorders in pregnant women. *L'Information Psychiatrique*, 2008, 8 (84), pp.725-731. 10.3917/inpsy.8408.0725 . hal-01519260

HAL Id: hal-01519260

<https://hal.science/hal-01519260v1>

Submitted on 22 Jun 2017

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.

De l'intérêt d'une prévention des troubles des conduites alimentaires chez les femmes enceintes

Mylène Hubin-Gayte¹, Claire Squires², Karine Doncieux³, Alexandra Sajko⁴

RÉSUMÉ

Dans la littérature scientifique, le lien entre TCA et grossesse semble particulièrement inexploité, bien que riche de questionnements. En effet, les femmes atteintes de TCA peuvent devenir mères, et ce, sans que leurs troubles soient pris en compte par les professionnels de santé. D'autre part, les remaniements psychiques et physiques et les modifications du comportement alimentaire associés à la grossesse en font un moment particulièrement critique pour cette population vulnérable. D'où l'ambition de cette recherche d'étudier systématiquement les conduites alimentaires des femmes enceintes en vue de repérer d'éventuels TCA et formes subcliniques. Les premiers résultats de l'étude ont mis en évidence la préoccupation majeure des femmes enceintes pour leur alimentation, la majorité rapportant des changements dans leur comportement alimentaire et des craintes de perdre le contrôle des quantités ingérées. Il est ainsi montré l'intérêt évident d'un dépistage précoce de ces troubles et d'une meilleure prise en compte psychologique de l'environnement de naissance par une équipe pluridisciplinaire.

Mots clés : adolescence, grossesse, troubles des conduites alimentaires, prévention, habitudes alimentaires, psychologie

ABSTRACT

The importance of preventing eating disorders in pregnant women. In scientific literature, the link between eating disorders and pregnancy has remained very little explored, despite the many questions it raises. Women suffering from eating disorders can become mothers without their disorders being taken into account by health care professionals. Moreover, the mental and physical adjustments and changes to eating patterns associated with pregnancy make it a particularly critical moment for this vulnerable group. The aim of this research, then, was to carry out a systematic study into the eating patterns of pregnant women in order to identify possible eating disorders and subclinical forms. The first results of the study revealed a major preoccupation with their food intake on the part of pregnant women, most of them reporting changes in their eating patterns and fears of losing control of the quantities ingested. The importance of early screening for these disorders is thus highlighted as is the need for a multidisciplinary team to take into account the psychological impact of all that surrounds giving birth.

Key words: adolescence, pregnancy, eating disorders, prevention, eating habits, psychology

RESUMEN

La importancia de la prevención de los trastornos de las conductas alimenticias en las mujeres embarazadas. En la literatura científica, la relación entre TCA y embarazo está poco investigada a pesar de su interés. Efectivamente las mujeres con TCA pueden llegar a ser madres sin que su trastorno sea tomado en consideración por parte de los profesionales de la salud. Por otra parte las transformaciones psíquicas y físicas y las modificaciones de la conducta alimenticia asociadas al embarazo hacen que este periodo sea particularmente crítico para estas personas vulnerables. Es la razón por la cual esta investigación tiene como objetivo estudiar sistemáticamente las conductas alimenticias en las mujeres embarazadas para diagnosticar las eventuales TCA y las formas sub clínicas. Los primeros resultados del estudio han evidenciado la gran preocupación de las mujeres embarazadas por su alimentación, la mayoría de ellas indican cambios en sus conductas alimenticias y el miedo de perder el control de las cantidades ingeridas. Queda pues demostrado el interés evidente del despistaje precoz de estos trastornos y la importancia de que un equipo pluridisciplinario tome en consideración los aspectos psicológicos durante el embarazo.

Palabras clave : adolescencia, embarazo, trastornos de las conductas alimenticias, prevención, costumbres alimenticias, psicología

¹ Psychologue, maître de conférences, université de Picardie Jules-Verne, laboratoire CLEA, chemin du Thil, 80000 Amiens <marie-helene.gayte@u-picardie.fr>

² Psychiatre, maître de conférences, université Paris-VII

³ Psychologue, Institut Marcel-Rivière, La Verrière

⁴ Psychologue clinicienne libérale

Tirés à part : M. Hubin-Gayte

Introduction

On ne peut que souligner la rareté des travaux portant sur le thème « troubles des conduites alimentaires (TCA) et grossesse ». Il y a un véritable décalage entre l'intérêt porté à l'étude des TCA, spécifiquement pendant la période d'adolescence avec une prévalence d'environ 5 % dans cette population, et la question du « devenir mère » quand on a connu un tel passé. Or, les adolescentes ayant présenté des TCA, deviendront peut-être un jour mère. À la difficulté que présente la période de l'adolescence va ensuite s'ajouter la difficulté de la maternité qui s'annonce. Elle réactive les problématiques de l'image du corps, de l'identité sexuée et des choix identificatoires présentes à l'adolescence, cela, chez toutes les femmes [8], et tout particulièrement, chez celles ayant souffert ou souffrant de TCA. C'est pourquoi ces jeunes femmes vont représenter une population de futures mères vulnérables [10, 21] à laquelle les professionnels de la santé doivent être particulièrement attentifs. Dans un but de prévention, il s'agit notamment de se questionner sur l'impact de ces troubles, passés ou actuels, sur l'enfant, juste conçu ou déjà né, mais aussi sur l'influence de la grossesse en tant que mode d'entrée dans les TCA.

Revue de questions

La grossesse des femmes présentant des TCA

Pendant longtemps, il a été mis en avant le fait que les femmes présentant des TCA n'ont pas d'enfant. L'aménorrhée fait partie d'un des principaux symptômes de l'anorexie. Brinch, Isager et Tolstrup [6] ont rapporté chez 50 femmes anorexiques un taux de fertilité réduit d'un tiers par rapport à celui de la population tout-venant. De plus, ce faible pourcentage de fertilité est associé à leur choix de ne pas avoir d'enfants [30]. Mais si cette première affirmation est juste, elle reste toute relative car les femmes présentant des TCA et désirant des enfants ont recours à des traitements hormonaux. Devenir mère, lorsqu'on souffre de TCA devient de plus en plus possible. De plus, lorsqu'elles sont enceintes « naturellement », le déni de leurs troubles explique que les TCA soient rarement évoqués en présence de l'obstétricien [33]. Ce qui rend les troubles d'autant plus insidieux et pathogènes.

Il est également vrai que les praticiens voient très rarement des femmes enceintes diagnostiquées spécifiquement comme anorexiques ou boulimiques. En revanche, ils reçoivent des femmes avec certains symptômes appartenant au diagnostic de TCA ou ayant eu une histoire de TCA. Ces femmes présentent tous les critères de ce trouble à l'exception de l'aménorrhée. Classiquement, ces patientes sont regroupées sous la terminologie de « formes subcliniques de TCA » ou « TCA non spécifiés ». Dans la littérature anglo-saxonne, elles sont encore appelées

EDNOS (Eating Disorder Not Otherwise Specified). L'intérêt pour cette population est grandissant, en revanche, se pose le problème de se donner les moyens de les identifier.

Les recherches consistant à étudier la grossesse des femmes présentant ou ayant présenté des TCA sont rares et leurs résultats sont parfois contradictoires [3, 5, 13, 14]. Pour certains auteurs, la grossesse peut influencer de façon positive les symptômes de l'anorexie qui sont alors en déclin, d'autres notent une augmentation de ces mêmes symptômes quelquefois pendant la grossesse mais le plus souvent durant la période postnatale.

Après une possible amélioration des troubles au troisième trimestre, il peut y avoir reprise, et même aggravation après l'accouchement [24].

Quand les troubles alimentaires sont résiduels, la grossesse semble mieux supportée ainsi que les modifications de l'image du corps et le souhait d'avoir un enfant sain.

Quant aux femmes boulimiques, elles sont nombreuses à penser que la grossesse sera source de plénitude et les aidera à surmonter la boulimie. En état de grossesse, la boulimie apparaît en effet souvent moins active. Même si la majorité des femmes rechutent après l'accouchement [23], un quart d'entre elles semble toutefois guéri. Là encore, il n'y a pas de consensus concernant l'impact de la grossesse sur la symptomatologie boulimique. Pour Morgan, Lacey et Sedgwick [26], après l'accouchement, 57 % des femmes ont des symptômes plus graves que pendant la période précédant la grossesse, tandis que 34 % ne sont plus boulimiques. Ce manque de consensus au niveau des effets de la grossesse sur les TCA est facilement attribuable à des problèmes de méthodes qui rendent les résultats difficilement comparables. En effet, les travaux renvoient, soit à des études épidémiologiques portant sur un effectif très important de femmes, soit à des études de cas cliniques [18]. La démarche rétrospective a plus souvent été utilisée qu'une démarche prospective [16, 20]. Elle a permis de montrer que 32 % des femmes qui ont accouché d'un bébé de petit poids, ont été diagnostiquées après-coup comme ayant présenté un TCA dans les 3 mois précédant le début de leur grossesse [9].

La grossesse comme facteur de survenue de TCA

Un autre versant du problème doit être également considéré : la grossesse peut constituer un facteur de précipitation de TCA chez les femmes enceintes. Si les études sur la thématique précédente sont peu nombreuses, celles traitant de l'influence de la grossesse sur la survenue de TCA sont encore plus rares [34]. Or de nombreux auteurs [8] ont montré que la grossesse est une période de changements, de remaniements à la fois physiques et psychiques. D'après Hytten [19], une femme prend en moyenne 12,5 kg pendant sa grossesse, son corps se transforme considérablement au cours des 9 mois. Son ventre n'est pas la seule partie de son corps à s'arrondir, mais toutes les autres parties lui rappen-

lant sa féminité (hanche, poitrine, cuisse) se modifient. L'image du corps qu'elle a pu construire durant son adolescence va de nouveau être transformée. Les futures mères ne sont pas insensibles à ces modifications corporelles [31]. Selon Slade [32], les difficultés d'adaptation à ces changements seraient observables en début de grossesse pour ne disparaître qu'au 8^e mois. L'étude de Abraham, King et Lewellyn-Jones [2] a montré que 20 % des femmes considèrent leur poids et leur problème d'alimentation comme plus importants pendant la grossesse qu'avant, 9 % ont de sévères problèmes de frénésies alimentaires, la plupart sont ambivalentes sur le fait d'être pesée à chaque visite prénatale. Des perturbations au niveau des conduites alimentaires apparaissent chez de nombreuses femmes enceintes et sont souvent entendues et comprises comme une donnée culturelle (envie irrésistible de manger un produit bien particulier, nécessité de manger « pour deux »). Mais comment faire la différence entre des compulsions névrotiques et des « envies » reconnues par tous comme liées à l'état de grossesse ? La maternité et la grossesse peuvent effrayer les futures mères car elles éprouvent le sentiment de ne plus pouvoir contrôler leur corps, ou plus généralement, leur « nouvelle » vie.

Identifier les TCA dans un but de prévention

La nécessité de s'intéresser à l'influence réciproque entre TCA et grossesse est donc évidente quand on connaît les risques sur le devenir du fœtus, sa naissance [1, 7, 16, 22], et sur l'apparition d'éventuels TCA chez l'enfant [30] ou de tout autre désordre alimentaire [12]. Tous les praticiens (gynécologues obstétriciens, sages-femmes, psychologues) qui exercent dans le domaine de la périnatalité sont concernés. Il s'agit d'un moment important où le travail de prévention prend tout son sens puisque toutes les femmes enceintes sont en relation avec des professionnels de la santé. Comme Franko et Walton [15], nous pensons que la grossesse peut être le moment le plus propice pour une intervention, non seulement pour soulager la souffrance de la mère mais aussi pour diminuer le risque de danger pour le futur bébé et de réduire le risque de transmission intergénérationnelle des TCA de la mère à l'enfant [3, 4, 35]. Mais un des principaux problèmes pour faire ce travail de prévention est de les identifier dans une pratique clinique-quotidienne.

Actuellement, les consultants peuvent évaluer la présence de TCA chez les femmes enceintes de différentes façons [28, 36] :

- en posant des questions sur la régularité des cycles menstruels et la présence passée de périodes d'aménorrhée ;
- en évaluant de façon régulière le poids pendant la grossesse ;
- en posant des questions plus spécifiques comme « est-ce que cela vous dérange d'être pesée avant chaque visite prénatale ? », « comment vivez-vous votre prise de poids ? », « comment vivez-vous les transformations de

Tableau 1. Les 5 items du questionnaire SCOFF

Item 1	Do you make yourself Sick because you feel uncomfortably full ?
Item 2	Do you worry you have lost Control over how much you eat ?
Item 3	Have you recently lost more than One stone in a 3-month period ?
Item 4	Do you believe yourself to be Fat when others say you are too thin ?
Item 5	Would You say that Food dominates your life ?

vos corps qui ont eu lieu depuis que vous êtes enceinte?»;

– en fonction des réponses à ces précédentes questions, ils peuvent aller un peu plus loin dans leur investigation, à savoir, les questionner sur l'origine de la perte ou de gain de poids, sur leur histoire de TCA, et enfin, sur l'occurrence de leurs restrictions alimentaires ou leurs périodes de boulimie, sur leurs stratégies de compensation. Toutefois, aucune investigation n'est menée de façon systématique.

Objectif de l'étude

Le but de cette étude, qui se veut être une recherche préliminaire et ne constitue qu'une partie d'un programme bien plus vaste, est d'explorer les conduites alimentaires des femmes enceintes afin de repérer d'éventuels problèmes au niveau de leurs comportements.

Outil méthodologique

Nous tenons à souligner l'absence d'outils de dépistage des TCA dans une population de femmes enceintes. En ce qui concerne la population tout-venant, un outil semble de plus en plus utilisé dans la recherche internationale pour cet usage, il s'agit du SCOFF [27] (*tableau 1*). C'est un questionnaire composé de 5 items qui renvoient chacun à une dimension symptomatologique présente dans les TCA (*tableau 2*). Les mères y répondent par oui ou par non [25]. Un point correspond à chaque « oui ». Un score de 2 ou plus indique une probabilité d'anorexie ou de boulimie avec une sensibilité de 100 % et une spécificité de 87,5 %. L'intérêt de ce questionnaire est justifié par sa passation

Tableau 2. Dimensions symptomatologiques repérées par les différents items du questionnaire SCOFF

Item 1	la nourriture est au centre des préoccupations
Item 2	perturbation de l'image du corps
Item 3	de poids importante peur de ne pas contrôler les
Item 4	quantités de nourriture vomissements provoqués
Item 5	

Tableau 3. Adaptation du questionnaire SCOFF à une population de femmes enceintes françaises

	OUI Avant la grossesse	NON Avant la grossesse	OUI Depuis la grossesse	NON Depuis la grossesse
Item 1 Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?				
Item 2 Pensez-vous que vous êtes trop grosse alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?				
Item 3 Avez-vous déjà perdu plus de 6 kilos en moins de 3 mois ?				
Item 4 Craignez-vous avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?				
Item 5 Vous arrive-t-il de vous rendre malade parce que vous avez la sensation inconfortable d'avoir trop mangé ?				

rapide, ne nécessitant pas d'experts [11, 27]. Il fait partie des « screenings » comme le CAGE utilisé pour détecter les consommations excessives d'alcool. Dans leur étude [25] portant sur des femmes tout venant, 96,2 % des TCA ont été détectés avec le SCOFF. Ce questionnaire a été étalonné dans différents pays : Espagne [17], Japon [29]. Selon l'étude espagnole ce questionnaire détecte 94,8 % des TCA non spécifiques ou formes subcliniques. Toutefois, en France, l'étalonnage est en cours. La version française présentée ici (*tableau 3*) a été élaborée en confrontant les traductions de plusieurs chercheurs en psychologie de même langue native et maîtrisant l'anglais, elle a été recorrigée par une traductrice. Son application à des femmes enceintes a nécessité quelques aménagements. Il s'est posé la question de la nécessité de distinguer deux périodes (avant et après la grossesse), compte tenu d'un intérêt pour le changement des conduites alimentaires durant la grossesse et de changer l'ordre des items (jugés du moins au plus intrusif selon les consultants qui le faisaient passer). En revanche, le mode de cotation est le même que celui utilisé par Morgan, Reid et Lacey [27], c'est-à-dire que le score est positif si au moins 2 « oui » sont répartis entre les 5 items différents.

Procédure

L'éventuelle présence de TCA est évaluée chez toutes les femmes enceintes, dès le début de leur grossesse grâce au questionnaire SCOFF. À cet effet, lors de leur première consultation prénatale à la maternité (vers 10 semaines d'aménorrhée), les cinq questions relatives à leurs habitudes alimentaires avant la grossesse et depuis leur grossesse leur sont posées par le gynécologue ou la sage-femme qui a en charge la consultation prénatale. Il nous paraît important que les consultants en obstétrique posent les questions du SCOFF car cette recherche vise à prévenir la survenue des TCA lors de la grossesse et donc nécessite l'implication des

praticiens de la maternité. Après avoir posé les questions, ils demandent aux mères si elles sont d'accord que les réponses soient communiquées à des chercheurs. Les femmes qui acceptent signent une lettre de consentement les informant de cette première phase de la recherche. Les femmes qui refusent le signalent également par écrit.

Groupe d'étude

Toutes les femmes enceintes, de plus de 18 ans, consultant à la maternité sont incluses dans notre groupe d'étude, après avoir signé un consentement éclairé. Le seul critère d'exclusion est le non-usage de la langue française. Lors de cette première phase de la recherche, sur 170 femmes, 122 ont eu des scores négatifs, 45 positifs et 3 n'ont pas rempli le questionnaire correctement.

Analyse des résultats

Analyse des réponses des femmes ayant un score négatif au questionnaire SCOFF

• Répartition des réponses positives entre les différents items du questionnaire

L'étude de la distribution des « oui » entre les 5 items du SCOFF chez les femmes dont le score est négatif (*tableau 4*) montre que l'item 1 est sur-représenté. Parmi les réponses positives, 61,8 % concernent une certaine préoccupation envers la nourriture. Ce pourcentage augmente et passe à 84,5 % une fois que les femmes savent qu'elles sont enceintes. Ces pourcentages relativement élevés traduisent une forte pression sociale existant depuis quelque temps autour de l'alimentation. Le manger « sain » est devenu une règle de vie d'autant plus nécessaire à respecter, quand on est enceinte, pour favoriser également le

Tableau 4. Répartition des réponses positives entre les différents items (en pourcentages) chez les femmes ayant un score négatif au SCOFF

	OUI Avant la grossesse	OUI Depuis la grossesse
Item 1 Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?	61,8 %	84,5 %
Item 2 Pensez-vous que vous êtes trop grosse alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?	9 %	8,8 %
Item 3 Avez-vous déjà perdu plus de 6 kilos en moins de 3 mois ?	21,8 %	0 %
Item 4 Craignez-vous avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?	3,7 %	6,7 %
Item 5 Vous arrive-t-il de vous rendre malade parce que vous avez la sensation inconfortable d'avoir trop mangé ?	3,7 %	0 %

bien-être du bébé à venir. Aussi, dans une population tout venant, cet item ne paraît renvoyer à aucune pathologie. La difficulté est alors de différencier les femmes qui, se sachant enceintes, surveillent leur alimentation dans un but de santé et celles qui, angoissées par leur nouveau statut de future mère, se réfugient dans la nourriture et prennent l'alimentation comme principal axe de préoccupation. Les items qui connaissent ensuite le plus de réponses positives sont relatifs à la perte de poids avant la grossesse (item 3), et aux perturbations de l'image du corps avant et depuis la grossesse (items 2). Là encore, ce dernier résultat correspond tout à fait à ce que l'on connaît des remaniements psychiques liés aux transformations du corps de la femme enceinte et qui ne sont pas sans rapport avec ceux vécus durant la période de l'adolescence. Parmi les réponses positives à l'item 4, relatif à la peur de perdre le contrôle des quantités de nourriture ingérée, le pourcentage est plus important depuis la grossesse qu'avant la grossesse. En effet, on peut penser que « se nourrir pour deux » change l'estimation des quantités ingérées et rend plus difficile un certain contrôle que la femme exerçait auparavant. C'est souvent cette peur de perdre le contrôle de ses comportements alimentaires qui explique que certaines femmes soit, baissent les bras et se donnent le droit de grossir, soit, se fixent sur la composition de leur alimentation dans un souci de diététique poussé à l'extrême. Les femmes enceintes ont des difficultés à se voir grossir. Dans un mouvement dichotomique, elles cherchent à faire la part des choses entre ce qui relève de la grossesse et ce qui relève d'une augmentation de leur adiposité, et cela surtout en début de grossesse. Une des femmes interrogées insistait sur la différence entre le « ventre bouffe » et le « gros ventre de la femme enceinte ». Pour finir, nous pouvons noter que l'absence de réponse positive concernant les items 3 et 5 durant la période de grossesse semble bien souligner le fait que nous ne soyons pas en présence ici de femmes présentant de quelconques TCA.

• Étude des changements de réponses entre avant et depuis la grossesse chez les femmes enceintes ayant un score négatif

Trente femmes sur 122 (soit 24,5 %) ont signalé des changements dans leurs comportements entre avant et depuis la grossesse (tableau 5). Les changements de réponses les plus importants sont relatifs à la perte de poids (item 3). La minceur qui est considérée comme un idéal féminin avant la grossesse, voire un critère de bonne santé et de beauté, n'est plus envisageable ensuite, ou en tout cas, difficilement avouable car incompatible avec la santé du bébé à naître.

Analyse des réponses des femmes ayant un score positif au questionnaire SCOFF

• Répartition des réponses positives des femmes ayant un score positif

Si on étudie la distribution des « oui » entre les 5 items du SCOFF chez les femmes dont le score est positif (tableau 6), nous retrouvons un résultat similaire à celui obtenu avec les femmes ayant un score négatif, à savoir, que le pourcentage de « oui » le plus important (37,5 %) concerne leurs préoccupations envers la nourriture depuis la grossesse. Actuellement, les femmes enceintes sont sensibilisées au fait qu'il s'agit de manger deux fois mieux et non deux fois plus pour, à la fois, satisfaire les besoins du

Tableau 5. Répartition (en pourcentages) des changements de réponses des mères ayant un score négatif au SCOFF (entre avant la grossesse et pendant) selon les différents items du questionnaire

item 1	31,2 %
item 2	9,3 %
item 3	37,5 %
item 4	15,6 %
item 5	6,3 %

Tableau 6. Répartition des réponses positives entre les différents items (en pourcentages) chez les femmes ayant un score positif au SCOFF

	OUI Avant la grossesse	OUI Depuis la grossesse
Item 1 Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?	29,1 %	37,5 %
Item 2 Pensez-vous que vous êtes trop grosse alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?	19 %	20,8 %
Item 3 Avez-vous déjà perdu plus de 6 kilos en moins de 3 mois ?	30,3 %	5,5 %
Item 4 Craignez-vous avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?	8,9 %	29,3 %
Item 5 Vous arrive-t-il de vous rendre malade parce que vous avez la sensation inconfortable d'avoir trop mangé ?	12,7 %	6,9 %

foetus et éviter les kilos superflus qu'il faudra perdre ensuite. Pour la période avant la grossesse, c'est l'item 3, relatif à la perte de poids, qui obtient le plus de réponses positives (30,3 % parmi les réponses positives). 53,3 % des sujets ont répondu « avoir perdu plus de 6 kilos en 3 mois » contre 10 % chez les femmes ayant un score négatif. Depuis la grossesse, le pourcentage de réponses positives à cet item est de 5,5 %. Les réponses positives à l'item 4 sont plus nombreuses sur la période « depuis la grossesse » qu'« avant ». Il y a 29,3 % de réponses positives se rapportant à cette crainte de ne plus contrôler les quantités de nourriture ingérées. Dans ce groupe, des femmes ont répondu « oui » aux items 3 et 5 concernant la période de grossesse. Elles reconnaissent avoir perdu du poids depuis le début de leur grossesse et de se « rendre malade » parce qu'elles ont l'impression d'avoir trop mangé.

• Étude des changements de réponse entre avant et depuis la grossesse chez les femmes ayant un score positif

Parmi les femmes enceintes de ce groupe, 41 sur 45 (soit 91 %) ont signalé des changements dans leurs comportements vis-à-vis de l'alimentation entre avant et pendant la grossesse. Ce sont donc les femmes ayant un score positif au SCOFF, et donc, susceptibles de présenter des TCA qui montrent plus de changements (tableau 7) dans leurs conduites alimentaires. Comme pour les femmes présentant un score négatif, les changements sont surtout relatifs à

Tableau 7. Répartition (en pourcentages) des changements de réponses des mères ayant un score positif au SCOFF (entre avant la grossesse et pendant) selon les différents items du questionnaire

item 1	21,2 %
item 2	15,1 %
item 3	27,5 %
item 4	23,7 %
item 5	12,5 %

l'item 3, c'est-à-dire, à la perte de poids. Toutefois, viennent en deuxième position, les changements relatifs à l'item 4, à savoir, le sentiment de perte de contrôle des quantités de nourriture consommée qui devient plus fort avec le début de la grossesse.

Conclusion

Toutes les femmes interrogées sont préoccupées par leur alimentation, d'autant plus depuis qu'elles se savent enceintes. Presque une femme sur deux, à savoir 42,5 % des femmes ont changé leurs comportements alimentaires depuis le début de leur grossesse. L'item relatif à la perte de poids est discriminant entre les femmes ayant un score positif au SCOFF et celles avec un score négatif. Quant à la peur de perdre le contrôle des quantités de nourriture consommée, toutes les femmes enceintes semblent l'éprouver, mais un peu moins d'une femme sur deux ayant un SCOFF positif craint, enceinte, de perdre le contrôle de ce qu'elle mange.

Ces changements doivent être pris en compte car ils peuvent mettre les praticiens sur la piste d'un éventuel TCA. Notre objectif correspond au même souci de prévention que celui mis en avant dans le plan de périnatalité de 2005 et notamment, s'intègre aux deux mesures suivantes : la mise en place d'un entretien individuel du 4^e mois de grossesse et une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance. En effet, le questionnaire SCOFF pourrait être passé de façon systématique à toutes les femmes enceintes en début de grossesse. Il orientera une meilleure prise en charge de la femme présentant ou ayant présenté des TCA grâce à une collaboration médico-psychologique en maternité comprenant obstétriciens, sage-femme, infirmières et psychologues.

Financements et soutiens : maternité Port-Royal à Paris (service du Pr Cabrol).

Références

1. ABRAHAM S. Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years. *J Psychosom Res* 1998 ; 44 : 491-502.
2. ABRAHAM S, KING W, LLEWELLYN-JONES D. Attitudes to body weight, weight gain and eating behavior in pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1994 ; 15 : 189-95.
3. AMMANITI M, LUCARELLI L, CIMINO S, *et al.* Transmission intergénérationnelle : troubles alimentaires de l'enfance et psychopathologie maternelle. *Devenir* 2004 ; 16 : 173-98.
4. BADER M, MAZET P, PIERREHUMBERT B, *et al.* Composantes transgénérationnelles dans les toxicomanies et les troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. *Psychiatr Enfant* 2004 ; XLVII : 393-441.
5. BLAIS M, BECKER A, BURWELL R, *et al.* Pregnancy : outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. *Int J Eat Disord* 2000 ; 27 : 140-9.
6. BRINCH M, ISAGER T, TOLSTRUP K. Anorexia nervosa and motherhood : reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. *Acta Psychiatr Scand* 1988 ; 77 : 611-7.
7. BULICK C, SULLIVAN P, FEAR J, *et al.* Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa : A controlled study. *J Clin Psychiatry* 1999 ; 60 : 130-5.
8. BYDŁOWSKI M. *La Dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris : PUF, 1997.
9. CONTI AT. Eating behavior and pregnancy outcome. *J Psychosom Res* 1998 ; 44 : 465-77.
10. CORCOS M, GIRARDON N, GRANET P, *et al.* Troubles des conduites alimentaires et infertilité : revue de la littérature et perspectives. *Ann Med Psychol* 1997 ; 155 : 425-35.
11. COTTON M, BALL C, ROBINSON P. Four simple questions can help screen for eating disorders. *J Gen Intern Med* 2003 ; 6 : 118-9.
12. COULTHARD H, BLISSETT J, HARRIS G. The relation between parental eating problems and children's feeding behavior : a selective review of the literature. *Eat Behav* 2004 ; 5 : 103-15.
13. CROW S, *et al.* Bulimia symptoms and other risks behaviors during pregnancy in women with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2004 ; 36 : 220-3.
14. FAHY T, O'DONOGHUE G. Eating disorders in pregnancy. *Psychol Med* 1991 ; 21 : 577-80.
15. FRANKO D, WALTON B. Pregnancy and eating disorders : a review of clinical implications. *Int J Eat Disord* 1993 ; 13 : 41-8.
16. FRANKO D, BLAIS M, BECKER A. Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2001 ; 158 : 1461-6.
17. GARCIA-CAMPAYO J, SANZ-CARRILLO C, IBANEZ J, *et al.* Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res* 2005 ; 59 : 51-5.
18. HOLLIFIELD J, HOBODY J. The course of pregnancy complicated by bulimia. *Psychotherapy* 1990 ; 27 : 249-55.
19. HYTTEN F. « Weight gain in pregnancy ». In : Hytten F, Chamberlain G, eds. *Clinical Physiology in Obstetrics*. Oxford : Blackwell, 1980.
20. JEAMMET P. « Vers une clinique de la dépendance. Approche psychanalytique ». In : Padieu R, *et al.*, eds. *Dépendances et conduites de consommation*. Questions en santé publique, intercommission Inserm, les éditions Inserm, 1997 : 33-56.
21. KOTLER L, COHEN P, DAVIES M, *et al.* Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001 ; 40 : 1434-40.
22. KOUBA S, HÄLLSTRÖM T, LINDHOLM C, *et al.* Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstet Gynecol* 2005 ; 105 : 255-60.
23. LACEY J, SMITH G. Bulimia nervosa : the impact of pregnancy on mother and baby. *Br J Psychiatry* 1987 ; 150 : 777-81.
24. LEMBERG R, PHILLIPS J, FISHER JE. The obstetric experience in primigravida anorexic and bulimic women, some preliminary observations. *Br Rev Bulim Anorex Nerv* 1992 ; 6 : 31-7.
25. LUCK A, MORGAN J, REID F. The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice : comparative study. *Br Med J* 2002 ; 325 : 755-6.
26. MORGAN J, LACEY J, SEDGWICK P. Impact of pregnancy on bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 1999 ; 174 : 135-40.
27. MORGAN J, REID F, LACEY J. The SCOFF questionnaire : assessment of a new screening tool for eating disorders. *Br Med J* 1999 ; 319 : 1467-8.
28. NEWTON M, CHIZAWSKY L. Treating vulnerable populations : the case of eating disorders during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2006 ; 27 : 5-7.
29. NOMA S, NAKAI Y, HAMAGAKI S, *et al.* Comparaison between the SCOFF questionnaire and the EAT in patients with eating disorders. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2006 ; 10 : 27-32.
30. PATEL P, WHEATCROFT R, PARK RJ, *et al.* The children of mothers with eating disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2002 ; 5 : 1-19.
31. SKOUTERIS H, CARR R, WERTHEIM E, *et al.* A prospective study of factors that lead to body dissatisfaction during pregnancy. *Body Image* 2005 ; 2 : 347-61.
32. SLADE P. Awareness of body dimensions during pregnancy : an analogue study. *Psychological Med* 1977 ; 7 : 245-52.
33. STEWART D. Reproductive fonctions in eating disorders. *Ann Med* 1992 ; 24 : 287-91.
34. TILLER J, TREASURE J. Eating disorders by precipitated by pregnancy. *Eur Eat Disord Rev* 1998 ; 6 : 178-87.
35. WHITEHOUSE P, HARRIS G. The inter-generational transmission of eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 1998 ; 6 : 238-54.
36. ZERBE K. Eating disorders in the 21st century : identification, management and prevention on obstetrics and gynecology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2007 ; 21 : 331-43.