

**Faculté de Médecine
École de Sages-femmes**

2016-2017

**ÉVALUATION DES CONNAISSANCES
DES SAGES-FEMMES A PROPOS
DU DÉPISTAGE ET DE LA PRISE EN CHARGE
DE L'ANOREXIE
PENDANT LA GROSSESSE ET LE POST PARTUM**

Présenté par
Amélie PLANADE-LANCOU
née le 17 février 1992

Remerciements

A Madame Agnès BARAILLE, sage-femme enseignante à l'école de sage-femme de Limoges, ma guidante, pour sa disponibilité, ses conseils et son aide précieuse.

A Madame le Docteur Géraldine BUISSON, pédopsychiatre à Limoges et directrice du mémoire, pour le regard neuf qu'elle a porté sur ce travail, pour son investissement inestimable et son soutien dans la dernière ligne droite.

A Madame Marie-Laure VILLARS, sage-femme à l'unité mère-bébé de Limoges, pour ses conseils avisés et sa patience dans les premiers temps de l'élaboration de ce travail.

A Monsieur François DALMAY, sans qui aucune analyse statistique n'aurait été possible, pour sa très grande disponibilité et sa patience infinie.

A Véronique BOULESTEIX, pour son soutien constant, ses encouragements et sa bonne humeur.

A mes parents et ma sœur, pour leur confiance, leur patience et leur dictionnaire des synonymes.

A mes amis, pour tous les mauvais moments qu'ils ont transformés en bons souvenirs.

Table des matières

INTRODUCTION.....	6
1. Définition de l'anorexie et épidémiologie.....	6
2. Anorexie et grossesse.....	6
2.1. Impact maternel de l'anorexie.....	7
2.2. Impact fœtal.....	8
3. Anorexie et post partum précoce.....	8
4. Conduite à tenir.....	9
4.1. Recommandations.....	9
4.2. Rôle de la sage-femme.....	10
5. A L'HME.....	11
6. Objectif de l'étude.....	11
 MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	 12
1. Schéma de l'étude.....	12
1.1 Type d'étude.....	12
1.2 Population étudiée.....	12
1.3 Variables étudiées.....	12
1.4 Recueil des données.....	12
1.5 Exploitation des données.....	13
2. Personnes ressources.....	13
 RÉSULTATS.....	 14
1. Profil des sages-femmes.....	14
2. Les connaissances des sages-femmes.....	15
2.1 L'impact sur la grossesse.....	17
2.2 L'impact sur le post partum.....	18
2.3 Le dépistage de l'anorexie pendant la grossesse.....	19
2.4 La prise en charge.....	20
 ANALYSE ET DISCUSSION.....	 21
1. Les limites et les points forts de l'étude.....	21
1.1 Les biais.....	21
1.2 Les points forts.....	21
2. Analyse et discussion.....	21
2.1 Les connaissances des sages-femmes.....	21
2.2. Quels peuvent être les freins au dépistage rencontrés par les sages-femmes ?.....	25
3. Propositions.....	26
3.1. Quels peuvent être les moyens de dépistage et prise en charge ?.....	26
3.2. Information des sages-femmes.....	27
 CONCLUSION.....	 29

ANNEXE I.....30
ANNEXE II.....31
ANNEXE III.....32
ANNEXE IV.....33
.....36
RÉFÉRENCES.....37

Lexique

AMP : procréation médicalement assistée

CIM-10 : 10 ème révision de la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes

DSM-IV : 5 ème édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EPP : entretien prénatal précoce

HAS : haute autorité de santé

IMC : indice de masse corporele

NEDA : association américaine de lutte contre les TCA

NICE : institut national pour l'excellence de la santé et des soins

SCOFF : Sick Control One stone Food Fat

TCA : troubles des conduites alimentaires

UMB : unité mère-bébé

INTRODUCTION

1. DÉFINITION DE L'ANOREXIE ET ÉPIDÉMIOLOGIE

L'anorexie est un trouble du comportement alimentaire (TCA) caractérisé par une restriction alimentaire stricte, volontaire, déterminée, au mépris des risques associés. En parallèle, les processus de régulation de la faim et de la satiété vont se dérégler et ces sensations peuvent diminuer nettement, voire disparaître. (2)

Le DSM-V¹ de l'American Psychiatric Association retient les critères associés les plus couramment retrouvés dans les différentes classifications et qui sont : la restriction des apports entraînant un poids inférieur à la normale, la peur de prendre du poids, le déni de la gravité de la maigreur, et l'altération de la perception du corps ainsi que l'influence excessive de la forme corporelle sur l'estime de soi (5) (annexe I). Plusieurs autres classifications existent, comme la CIM-10² (annexe II) dont les critères rejoignent ceux du DSM-V. Aucune de ces classifications ne prévaut sur les autres.

D'après Hoek (Global Burden of Disease Study 2013), l'anorexie mentale touche très majoritairement les femmes, notamment entre 15 et 19 ans. Elle est la troisième maladie chronique chez les jeunes femmes de 19 à 24 ans (5, 6).

L'anorexie mentale atypique toucherait 2 à 3 % de la population (3) avec un IMC de 17,5 à 18,5. Certaines sources considèrent que près de 10 % des jeunes filles brillantes de classes sociales élevées dans les pays occidentaux présentent une anorexie fruste. (4)

2. ANOREXIE ET GROSSESSE

Seulement 35 à 50 % des femmes souffrant d'anorexie auraient recours à des soins hors grossesse, échappant ainsi à un dépistage et une prise en charge pourtant nécessaires. En revanche, elles respectent généralement le suivi de grossesse proposé, ce qui en fait un moment privilégié pour les repérer et les prendre en charge.

Les troubles anorexiques peuvent s'assouplir pendant la grossesse au prix d'une exacerbation des symptômes en post partum, ou au contraire être majorés dans 22% des cas (4). Cependant, l'amélioration des symptômes n'est pas exempte d'une détresse psychologique due aux

1 5^{ème} édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ; 2015

2 10^{ème} révision de la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes ; 2008

modifications corporelles causées par la grossesse, avec la persistance des préoccupations autour du poids et de l'apparence corporelle. L'investissement de l'enfant permet généralement de tolérer le ressenti de cette perte de contrôle mais la désorganisation du comportement alimentaire peut parfois mettre en jeu le pronostic obstétrical.

2.1. Impact maternel de l'anorexie

- **Altération de l'état général**

Le risque de vomissements incoercibles est augmenté (4), en partie responsable de la déshydratation chronique retrouvée chez ses patientes. Celle-ci est un facteur de risque de constipation et d'asthénie.

La carence fréquente en œstrogènes et en vitamine D en préconceptionnel, en plus de l'IMC faible, est fréquemment la cause d'une ostéoporose précoce qui risque d'entraîner des tassements vertébraux au cours de la grossesse. (6 , 8)

L'anorexie est susceptible d'entraîner une insuffisance rénale, notamment en raison de la déshydratation, ce qui peut augmenter le risque d'hypertension artérielle, bien que celle-ci soit généralement diminuée chez ces patientes.

- **Risque infectieux**

Une leucopénie est fréquemment retrouvée. Associée aux troubles dentaires fréquents (6) et à l'immunodépression physiologique de la grossesse, elle majore le risque infectieux. Les risques d'infections maternelles urinaires et rénales sont majorés par le risque d'insuffisance rénale.

- **Perturbation du bilan sanguin**

Les patientes souffrant d'anorexie présentent 1,7 fois plus de risques d'être anémiées (8). Les hypoglycémies sont fréquentes, allant jusqu'à moins de 0,3 g/L, tout comme une hypokaliémie inférieure à 3 mEq/L ainsi qu'une phosphorémie inférieure à 0,5 mmol/L. Cette association d'anomalies du bilan sanguin favorise la fatigue et les douleurs musculaires à type de crampes, mais aussi les troubles cardiaques selon la NEDA, l'association américaine de lutte contre les TCA. (réf : <https://www.nationaleatingdisorders.org/pregnancy-and-eating-disorders>)

2.2. Impact foetal

- **Risque staturo-pondéral**

Les conséquences les plus fréquemment retrouvées sont une hypotrophie fœtale (risque multiplié par 9), un faible poids de naissance et un retard de croissance intra-utérin. Le poids de naissance est corrélé à la prise de poids maternelle (1).

Certaines études suggèrent que le risque d'anomalie congénitale serait plus élevé chez ces enfants, et notamment les malformations neurologiques dues à une carence vitaminique maternelle. La déshydratation maternelle, lorsqu'elle entraîne une diminution du liquide amniotique, est une des causes des malformations des membres. (10)

- **Risque d'accouchement prématuré**

Le risque de fausses couches est augmenté (4) en raison du faible poids de ces patientes et des perturbations hormonales dues à l'anorexie.

Le risque d'accouchement prématuré est augmenté de par l'hyperactivité physique retrouvée chez les femmes souffrant d'anorexie. Celle-ci se traduit par une pratique sportive intensive et diversifiée ainsi qu'une réduction volontaire de tout temps de repos, même nocturne. Dans les stades avancés de la maladie, l'hyperactivité peut devenir impossible à contrôler malgré la fatigue, la détérioration des conditions physiques, et les risques que celle-ci représente pour le fœtus. (1)

Le risque d'accouchement prématuré est également augmenté du fait du risque infectieux et par la déshydratation chronique car elle entraîne la libération de vasopressine capable de se fixer sur les récepteurs à l'ocytocine, causant ainsi des contractions utérines. (1 , 10)

En plus de la prématurité, le risque infectieux peut également être la cause d'infections materno-fœtales ayant un impact direct sur le fœtus.

3. ANOREXIE ET POST PARTUM PRÉCOCE

La recrudescence des symptômes dans le post partum est principalement due aux angoisses suscitées par l'arrivée de l'enfant et par la réactivation des problématiques liées aux liens de la patiente avec sa propre mère, bien que l'anorexie soit une pathologie plurifactorielle. (1)

- **Complications somatiques maternelles**

Les complications trouvées au décours de la grossesse perdurent (anémie, asthénie, hypotension, risque infectieux..). Les complications somatiques sont majorées par les risques dus aux carences alimentaires : par exemple, une ostéoporose précoce contre-indique l'allaitement maternel (8).

- **Complication psychique maternelle : dépression du post partum**

La préexistence de troubles des conduites alimentaire est un facteur de risque du développement de dépression du post partum : un tiers de ces femmes en sont touchées car elles bénéficient notamment d'un support familial moins solide que celui du reste de la population (1).

En outre, la prise en charge de ces patientes est compliquée par leur tendance à l'isolement.

- **Alimentation du nouveau-né**

Ces mères peuvent rencontrer plus de difficultés en ce qui concerne l'alimentation de leur enfant. Sont retrouvées une vulnérabilité face à l'expression de sentiments de détresse et d'émotions négatives de leur nouveau-né, une incapacité à y répondre de manière constante et une tendance à répondre systématiquement par le don de nourriture.

Ces patientes ressentent aussi parfois des émotions négatives envers le bébé au cours des repas, rendant ces derniers plus conflictuels.

De manière générale, c'est la dépression qui est responsable des interactions mère-bébé difficiles.

4. CONDUITE À TENIR

4.1. Recommandations

En plus du suivi commun à toutes les femmes enceintes, la HAS recommande une prise en charge multidisciplinaire pour ces patientes, avec par exemple un psychiatre et un obstétricien, voire un endocrinologue. Pendant toute la période de la grossesse et du post partum, le but est d'assurer une croissance fœtale satisfaisante, d'éviter une dégradation de l'état nutritionnel et psychique et de

favoriser l'instauration d'un lien mère-enfant de qualité (6).

L'obstétricien peut donc être amené à suivre des gestantes souffrant d'anorexie dans les cas où celle-ci est un facteur de risque important pour le pronostic obstétrical (6).

La psychothérapie est primordiale et incontournable, et le suivi par un psychiatre est intéressant car les antidépresseurs peuvent se révéler efficaces du fait de l'association fréquente de l'anorexie à un état dépressif (3).

4.2. Rôle de la sage-femme

La place prépondérante de la sage-femme dans le suivi de la grossesse fait d'elle un praticien de choix pour le dépistage de l'anorexie franche ou subclinique, et la mise en place d'un suivi particulier pour ces femmes.

• Suspicion d'anorexie au cours de la grossesse

L'anorexie est une pathologie où le besoin de contrôle est prédominant, ce qui explique que ces gestantes dissimulent souvent leur pathologie. Cependant, certains signes plus ou moins typiques peuvent alerter au cours de la grossesse, surtout s'ils sont associés à :

- un IMC faible, surtout si les conséquences néfastes de celui-ci sont niées et/ou une prise de poids insuffisante,
- une tendance aux conduites à risques et addictions,
- une hyperactivité, d'autant plus inquiétante que la grossesse avance,
- des rendez-vous non honorés, un hyper contrôle des dates et heures de rendez-vous,
- une tendance à la potomanie ou des signes de déshydratation,
- des troubles dentaires,
- une hypothermie,
- une dysménorrhée ou une aménorrhée avant la grossesse.

Devant la présence de ces troubles, il est recommandé d'approfondir l'interrogatoire et de prendre les mesures nécessaires si un TCA est suspecté.

- **dépistage de l'anorexie au cours de l'entretien prénatal précoce**

L'entretien prénatal précoce (EPP) du quatrième mois est le moment privilégié pour le dépistage précoce de l'anorexie.

L'aspect physique de la patiente est important à évaluer car certains signes peuvent faire suspecter une carence alimentaire : aspect androgyne, anomalies cutanées et des phanères (lanugo), frilosité,...

Le dépistage est rendu difficile par l'attitude fuyante des patientes et leur refus de se livrer à la sage-femme. Après avoir instauré un climat de confiance et en adoptant une attitude exempte de tout jugement, des questions simples peuvent orienter vers une suspicion de TCA : « Votre poids affecte-t-il votre estime personnelle? » ou « Avez-vous l'impression d'être trop grosse alors que d'autres vous trouvent trop maigres? ». Les précisions à demander quant au mode de vie et aux antécédents de patientes concernent l'histoire de son poids, ses régimes passés et actuel, l'activité sportive, d'éventuels troubles gastro-intestinaux, la régularité des cycles menstruels avant la grossesse...

Enfin, le SCOFF (Sick Control One stone Food Fat) est le questionnaire le plus indiqué avant de rediriger la patiente vers des spécialistes (annexe III).

5. À L'HME

À Limoges, en cas de suspicion d'anorexie ou d'anorexie déclarée, la sage-femme peut proposer une aide à la patiente en prenant contact avec la filière psychiatrique périnatale, notamment l'unité mère-bébé (UMB) de jour ou en hospitalisation. Le Dr Rainelli, psychiatre ou Mme Lebraud-Pichon, sage-femme de ce pôle, seront sollicitées et travailleront en partenariat avec l'équipe des TCA du CH Esquirol.

6. OBJECTIF DE L'ÉTUDE

L'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances des sages-femmes à propos des risques et de la prise en charge de l'anorexie pendant la grossesse et le post partum ainsi que la prise en charge de cette pathologie à ces deux périodes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. SCHÉMA DE L'ÉTUDE

1.1 Type d'étude

Cette étude est descriptive transversale quantitative et multicentrique, à partir d'un questionnaire anonyme envoyé aux sages-femmes par e-mail (annexe V).

1.2 Population étudiée

La population source est l'ensemble des sages-femmes du Limousin, quel que soit leur mode d'exercice, soit 173 sujets.

1.3 Variables étudiées

1.3.1 Concernant la population

Des variables quantitatives (âge, durée d'exercice) et qualitative (mode d'exercice) ont permis de définir le profil de la population source afin de comparer les sujets selon ces critères et de mettre en évidence ou non des différences significatives.

1.3.2 Concernant le niveau de connaissances à propos des risques liés à l'anorexie et la prise en charge des patientes

Le questionnaire a exploré différents items en rapport avec les risques et de la prise en charge de l'anorexie au cours de la grossesse et du post partum :

- les risques liés à l'anorexie pendant la grossesse
- le dépistage et de la prise en charge de l'anorexie pendant la grossesse
- les risques liés à l'anorexie pendant le post partum
- la prise en charge de l'anorexie pendant le post partum

1.4 Recueil des données

Le questionnaire a été envoyé par e-mail aux sages-femmes en mars 2015, puis devant le faible

nombre de retours (28 questionnaires remplis en juillet 2015), une relance par courrier a été effectuée à l'automne 2016. Les données ont été recueillies sur le tableur Excel.

1.5 Exploitation des données

Le niveau de connaissances des sages-femmes interrogées a été évalué grâce à un score de 0 à 20. Les connaissances sont jugées insuffisantes lorsque le score est strictement inférieur à 10, satisfaisantes entre 10 et 14 et très satisfaisantes au delà de 14.

Les données ont été analysées par le logiciel Statview 5.0 (SAS Institute, Cary, USA).

Les résultats des variables quantitatives sont présentés sous la forme moyenne \pm écart-type, minimum, maximum et médiane, ceux des variables qualitatives sont exprimés en fréquences et pourcentages. Les comparaisons de variables qualitatives entre deux groupes de sages-femmes (connaissances satisfaisantes O/N) ont été réalisées par des tests du Chi2 ou des tests exacts de Fisher en fonction des conditions d'application du test. Les distributions des variables quantitatives ont été comparées par des tests paramétriques t de Student pour séries non appariées .

L'analyse univariée est suivie par une analyse multivariée afin de déterminer les profils des sages-femmes « connaissances satisfaisantes ».

Le risque α est égal 5%, β est égal à 20 %, avec $p < 0,05$.

2. PERSONNES RESSOURCES

Ma directrice de mémoire a été Marie-Laure Villars, sage-femme à l'UMB, remplacée par Géraldine Buisson, pédopsychiatre. Ma guidante est Agnès BARAILLE.

RÉSULTATS

81 questionnaires valides ont pu être utilisés sur 173 questionnaires distribués, soit un taux de réponse de 46,82%.

1. PROFIL DES SAGES FEMMES

L'étude a porté sur 81 sages-femmes âgées de 24 ans à 60 ans. L'âge moyen est de 37 ans avec un écart-type de 10,58 et la médiane est 35 ans.

Les sages-femmes ayant répondu au questionnaire ont obtenu leur diplôme depuis 1978 jusqu'à 2015. Les années d'obtention du diplôme sont réparties de manière homogène depuis 1978 ($p < 0,0001$).

La durée d'exercice la plus courte est de 6 mois et la durée la plus longue de 37 ans. La durée moyenne d'exercice est de 12,80 ans et l'écart-type est de 10,40.

L'hôpital est le mode d'exercice très majoritaire, pour 75,5 % des sages-femmes interrogées, dont 52,20 % y travaillent manière exclusive. 14,8 % travaillent en clinique, dont 13,60 % de manière exclusive. 16 % ont une activité libérale, exclusive pour 10 % d'entre elles. En tout, elles sont 8,6 % à avoir une activité mixte : 7 % cumulent deux modes d'exercice et une seule cumule les trois modes d'exercice proposés. Aucune d'entre elles ne travaille en PMI.

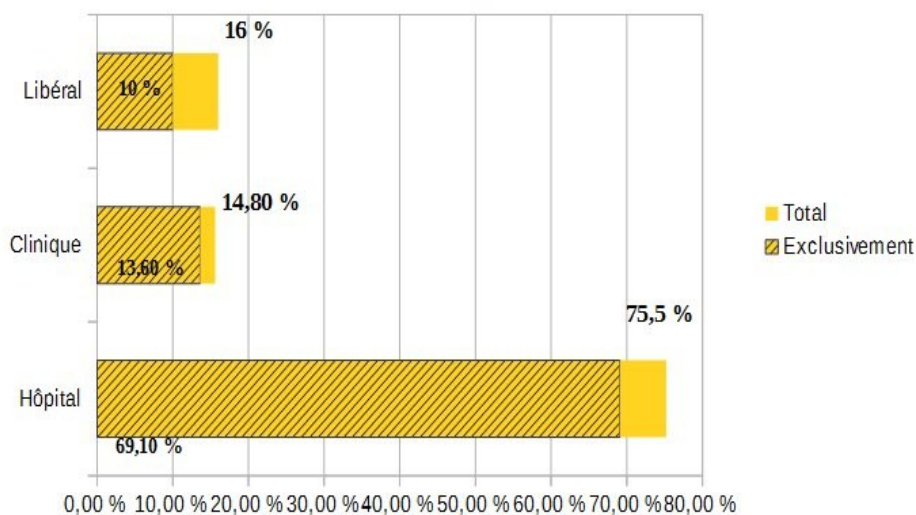


Figure 1 : Répartition des modes d'exercices parmi les sages-femmes ayant répondu au questionnaire.

2. LES CONNAISSANCES DES SAGES FEMMES

- **Connaissances globales**

Le score des connaissances était calculé sur un total de 20 points. Les scores obtenus vont de 4 à 17. Le score moyen est de 9,35. 43,7% des sages-femmes ayant retourné un questionnaire ont des connaissances satisfaisantes avec un score supérieur à 10/20. Parmi celles-ci, 8,6 % ont des connaissances très satisfaisantes avec un score supérieur à 14/20.

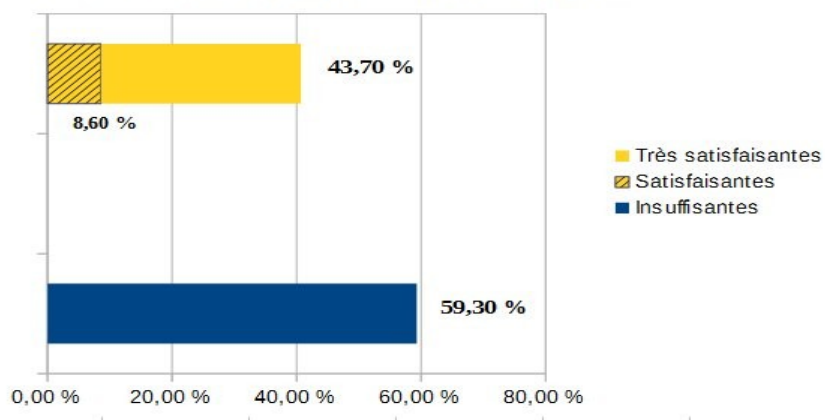


Figure 2 : Connaissances globales des sages-femmes.

- **Connaissances en fonction de l'année d'obtention du diplôme**

Le score moyen est de 8,69 pour les sages-femmes diplômées entre 1978 et 1988 ; il est de 9,20 pour celles diplômées entre 1989 et 2004 et de 9,89 pour celles diplômées entre 2005 et 2015. La différence entre ces trois scores n'est pas significative ($p = 0,1$)

- **Connaissances en fonction du mode d'exercice**

Les connaissances sont jugées satisfaisantes pour 62,5 % des sages-femmes libérales, 45,5 % de celles travaillant exclusivement en clinique et 37,5 % de celles exerçant exclusivement dans un hôpital. Le score moyen est supérieur en libéral (9,70/20) qu'en clinique (9,42/20) et en hôpital (9,13/20). Il est encore supérieur pour les sages-femmes cumulant plusieurs modes d'exercice (9,96/20), bien qu'il reste inférieur à 10.

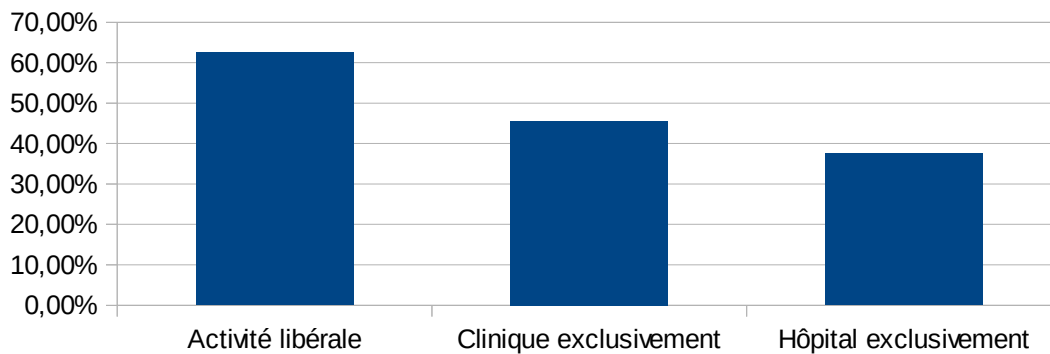


Figure 3 : Répartition des sages-femmes ayant des connaissances satisfaisantes en fonction du mode d'exercice.

- **Connaissances en fonction de la durée d'exercice**

Pour les sages-femmes ayant des connaissances insuffisantes (score inférieur à 10), la durée moyenne d'exercice est de 14 ans ; elle est de 6 ans pour les sages-femmes ayant des connaissances très satisfaisantes (score supérieur à 14).

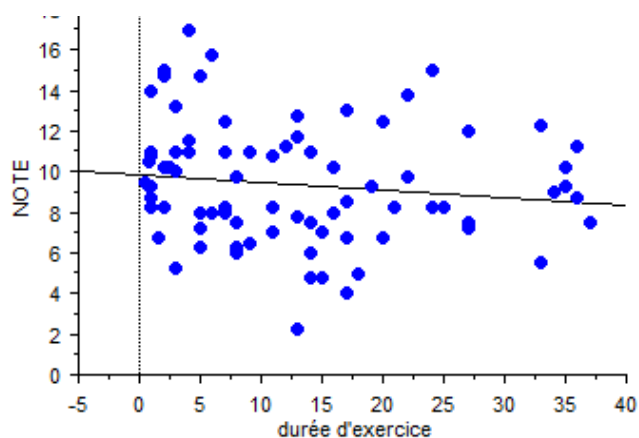


Figure 4 : Répartition des scores en fonction de la durée d'exercice.

- **Connaissance et dépistage**

La grande majorité (67,60%) des sages-femmes déclarant rechercher une anorexie de manière systématique a des connaissances jugées satisfaisantes, et 16,20 % ont des connaissances très satisfaisantes. Le score des sages-femmes dépistant l'anorexie est de 10,89 : il est statistiquement plus élevé que celui des sages-femmes ne cherchant pas à la dépister de manière systématique ($p < 0,001$).

2.1 L'impact sur la grossesse

74 % des sages femmes pensent que l'anorexie ou un antécédent d'anorexie peut avoir un impact sur la grossesse.

- **complications maternelles imputables à l'anorexie**

La conséquence maternelle la plus fréquemment citée (58,2%) est l'anémie. Les complications maternelles citées par les sages-femmes son regroupées dans le tableau ci-dessous.

Tableau I : Anorexie et grossesse : risques maternels.

Complications citées par les sages-femmes	Pourcentage de sages-femmes
Anémie	58,20 %
Vomissements	17,00 %
Troubles ioniques	16,00 %
Hypotension	14,80 %
Asthénie	13,60 %
Majoration du TCA	11,00 %
Hypoglycémie	9,90 %
Déshydratation	8,60 %
Hypertension artérielle	7,40 %
Ostéoporose et tassements vertébraux	6,20 %
Risque infectieux	3,70 %
Troubles dentaires	2,50 %
Insuffisance rénale	2,50 %

- **complications fœtales imputables à l'anorexie**

La conséquence fœtale la plus fréquemment citée (97,5%) est le petit poids de naissance (constitutionnel ou consécutif à un retard de croissance in utero). Les complications maternelles citées par les sages-femmes son regroupées dans le tableau ci-dessous.

Tableau II : Anorexie et grossesse : risque foetaux et néonataux.

Risques foetaux et néonataux	Pourcentage de sages-femmes
PAG, RCIU	97,50 %
Prématurité	61,70 %
Fausse couches	33,30 %
Anomalie congénitale	19,70 %

2.2 L'impact sur le post partum

92,6% des sages-femmes pensent que l'anorexie peut avoir un impact sur le post partum. La conséquence la plus fréquemment citée (71,6%) est la dépression du post partum. Les complications citées par les sages-femmes son regroupées dans le tableau ci-dessous.

Tableau III : Anorexie et post partum.

Complications en post partum	Pourcentage de sages-femmes
Dépression du post partum	71,60 %
Troubles des interactions mère-bébé	37,00 %
Difficulté face à l'alimentation du nouveau-né	28,40 %
Asthénie	21,00 %
Recrudescence du TCA	11,10 %
Hypoglycémie et troubles ioniques	7,20 %
Risque infectieux	2,50 %

2.3 Le dépistage de l'anorexie pendant la grossesse

45,7 % des sages-femmes ayant répondu au questionnaire déclarent rechercher systématiquement une anorexie lors du suivi de grossesse.

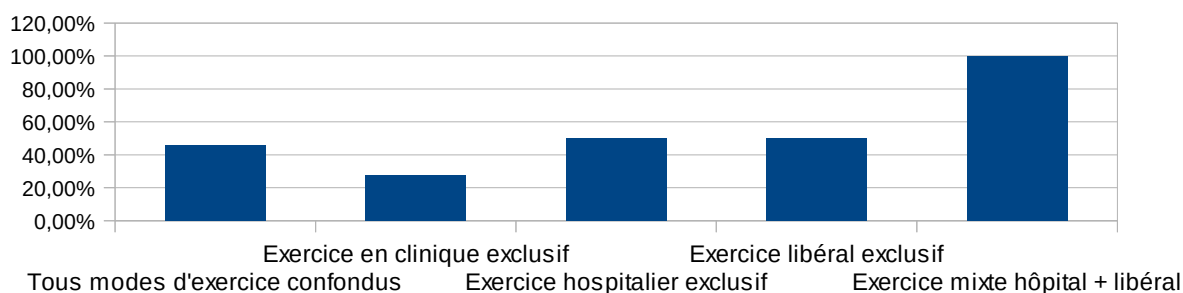


Figure 5 : Pourcentage de sages-femmes recherchant systématiquement une anorexie en fonction du mode d'exercice.

Ce dépistage se fait majoritairement (74 %) par le calcul de l'IMC et de la prise de poids pendant la grossesse. Un tiers des sages-femmes recherchant une anorexie s'intéressent à l'histoire du poids, au mode de vie et aux régimes passés et/ou actuels, et/ou recherchent un éventuel antécédent de TCA. Ces trois notions peuvent être associées dans la stratégie de dépistage.

En cas de dépistage non systématique, les critères d'alerte seront : une préoccupation importante face à la prise de poids et aux changements morphologiques, l'aspect physique de la patiente, un antécédent psychologique, des vomissements perdurant après le premier trimestre. Une sage-femme ayant renvoyé le questionnaire déclare demander directement à la patiente si celle-ci souffre d'anorexie et poser la question « votre poids affecte-t-il votre estime personnelle ? ».

Tableau IV : Dépistage de l'anorexie pendant la grossesse par les sages-femmes

Recherche systématique 45,70 %	Moyens de dépistage
	IMC, prise de poids pendant la grossesse (74%)
	Histoire du poids, mode de vie, régimes (32,10%)
	Antécédent de TCA (28,40%)
Recherche sur point d'appel 54,30 %	Critères d'alerte
	Préoccupations excessives (23,40%)
	Aspect physique (19,80%)
	Antécédent psychologique (18,50%)
	Vomissements après le premier trimestre (16%)

2.4 La prise en charge

Une sage-femme interrogée sur deux (50,6%) mentionne l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire pour ces patientes. Elles sont 79% à conseiller une psychothérapie, 17,3% à faire appel à un obstétricien, mais 3,7% seulement à un endocrinologue. 9,9 % des sages-femmes déclarent proposer l'intervention d'un nutritionniste, contre 54,3 % celle d'un diététicien. Une sage-femme à domicile est proposée par un tiers des sages-femmes (29,6 % pendant la grossesse et 32,1 % en post partum), et une prise en charge par la PMI par 45,7 %.

Une prise en charge par l'équipe de liaison de l'unité mère-bébé n'est proposée pendant la grossesse que par 27,2 % des sages-femmes du Limousin et 40,7 % en post partum.

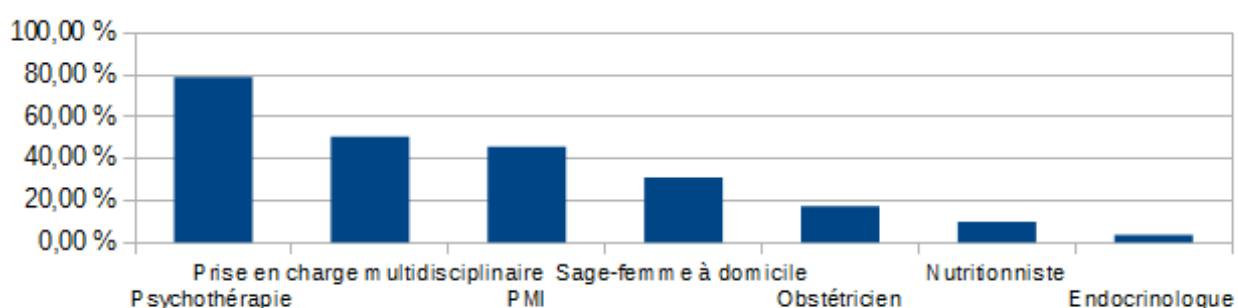


Figure 6 : Prise en charge proposée par les sages-femmes ayant répondu au questionnaire.

ANALYSE ET DISCUSSION

1. LES LIMITES ET LES POINTS FORTS DE L'ÉTUDE

1.1 Les biais

Nous avons étudié les questionnaires d'un petit échantillon de 81 sages-femmes, il en résulte un manque de puissance et c'est pourquoi les résultats de l'étude ne sont pas statistiquement significatifs. Le faible taux de retour peut-il être interprété comme un faible intérêt porté par les sages-femmes aux pathologies psychiatriques, ici l'anorexie ?

1.2 Les points forts

Le principal intérêt de ce travail est que peu d'études traitent de l'anorexie pendant la grossesse et a fortiori aux connaissances qu'en ont les sages-femmes.

2. ANALYSE ET DISCUSSION

2.1 Les connaissances des sages-femmes

2.1.1 Les connaissances des sages-femmes par rapport à leur profil

Les sages-femmes ont été diplômées entre 1978 et 2015. Le programme des études a changé en 1974, 1985 et 2001. Nous avons divisé les résultats en trois périodes : de 1978 à 1988, de 1989 à 2004 et de 2005 à 2015.

Le score moyen est meilleur pour la deuxième période que pour la première, et encore meilleur pour la dernière période, sans pour autant qu'un lien soit statistiquement admis. Les changements successifs de programme ne semblent pas avoir modifié le niveau des connaissances des sages-femmes à propos de l'anorexie. La compréhension des mécanismes de l'anorexie, son dépistage et sa prise en charge sont des domaines faisant l'objet d'études nouvelles et nombreuses. Un délai est nécessaire avant que les résultats de ces recherches ne soient intégrés aux formations initiale et continue, ce qui peut expliquer que les connaissances des sages-femmes soient insuffisantes pour la majorité des questionnaires.

En revanche, une forte tendance se dégage quant à l'influence de la durée d'exercice. Les sages-femmes qui ont des connaissances jugées très satisfaisantes semblent exercer depuis moins longtemps que les sages-femmes qui ont des connaissances jugées insatisfaisantes ($p = 0,06$). Ces données peuvent suggérer que les TCA sont des sujets largement traités dans les médias, touchant majoritairement des populations jeunes. Les sages-femmes jeunes diplômées sont peut-être plus

sensibles à cette pathologie car elles peuvent y avoir été plus confrontées que leurs aînées, soit personnellement, soit dans leur entourage familial et/ou amical.

Le mode d'exercice semble avoir un lien avec les connaissances qu'ont les sages-femmes de l'anorexie car le meilleur score moyen est obtenu par les sages-femmes cumulent les modes d'exercice, bien que la différence ne soit pas significative ($p = 0,7$).

Notons en outre que même si l'anorexie est une pathologie qui prend de l'ampleur, elle ne concerne qu'une minorité de patientes, et n'est de ce fait pas régulièrement rencontrée par les sages-femmes.

2.1.2. Les connaissances des sages-femmes par rapport à l'anorexie et ses complications

- **Pendant la grossesse**

La complication la plus citée pendant la grossesse est l'anémie, ce qui est cohérent car une patiente souffrant d'anorexie a 1,7 fois plus de chance d'être anémiée (7) au cours de sa grossesse en raison des carences alimentaires dues aux évictions. Les vomissements incoercibles cités par moins d'une sages-femmes sur cinq sont plus fréquents chez les patientes souffrant d'anorexie et peuvent être un critère d'alerte si l'anorexie n'a pas été recherchée de manière systématique. Il en résulte une déshydratation mais aussi des variations de la glycémie qui peuvent être importantes et dangereuses pour le développement fœtal. Ces complications sont peu citées par les sages-femmes interrogées.

Plus de la moitié des sages-femmes interrogées se déclarent vigilantes à un épisode dépressif pendant la grossesse. Ce résultat correspond à l'un des risques majeurs pour les patientes souffrant d'anorexie car la grossesse et le post partum sont deux périodes de vulnérabilité à risque de dépression. De plus, en cas d'antécédent de dépression, la prévalence de la dépression à 18 SA dans une étude était de 40,5 % en cas de TCA actuel et de 34,4 % en cas d'antécédent de TCA (13).

Une grande majorité des sages-femmes dégagent le risque d'accouchement prématuré, qui est quatre fois plus important en cas d'IMC inférieur à 20 (13) et varie en fonction du poids maternel préconceptionnel, du niveau d'activité du TCA et de la prise de poids pendant la grossesse. (1, 13)

En revanche, très peu de sages-femmes évoquent le risque infectieux qui est pourtant multiplié par 1,7 et peut être responsable ou aggraver une menace d'accouchement prématuré. (1)

- **Pendant le post partum**

Conformément au risque majeur pour les patientes souffrant d'anorexie, les trois quart des sages-femmes interrogées évoquent la dépression du post partum. Un tiers des femmes souffrant de TCA serait touchée par la dépression post partum contre 10 à 15 % de population générale, avec un risque suicidaire dix fois plus important (14). Ceci s'explique par une sensibilité accrue aux modifications hormonales, leur plus grande vulnérabilité aux troubles de l'humeur et leur plus grande difficulté à exprimer leurs sentiments de détresse. 24 % des enfants dont la mère a souffert d'une dépression du post partum connaissent des troubles du comportement, c'est pourquoi sa survenue doit être prévenue, surveillée attentivement, et prise en charge rapidement le cas échéant.

Les troubles du lien mère-enfant sont évoqués par plus d'un tiers des sages-femmes, et notamment les difficultés à alimenter l'enfant. L'établissement du lien par ces patientes est mis en danger par la dépression qui est un handicap dans le fonctionnement interpersonnel. Les interactions difficiles entre la mère et son enfant sont rapportées par 92 % des mères souffrant d'anorexie contre 13 % de la population générale (13).

L'ostéoporose et les tassements vertébraux sont peu cités par les sages-femmes ; pourtant ceux-ci contre-indiquent un allaitement maternel.

- **Pour l'enfant**

Le risque de faible poids de naissance serait augmenté de 70 à 80 % (13), complication évoquée par la quasi-totalité des sages-femmes interrogées.

Une grande majorité des sages-femmes mentionne la prématurité des enfants de mère anorexique. Celle-ci contribue au plus petit poids de naissance de ces enfants et à la difficulté de la mise en place du lien mère-enfant.

Le risque de malformations cité par une sage-femme sur cinq est surtout présent en cas d'anorexie active avec de nombreuses carences vitaminiques et une déshydratation importante. (10)

2.1.3 Les connaissances des sages-femmes à propos du dépistage

Dans notre étude, près de 10 % des sages-femmes interrogées disent s'enquérir du vécu des changements morphologiques et de l'effet du poids sur l'estime personnelle des patientes. Ce chiffre est assez faible compte tenu de l'importance du dépistage d'un trouble anorexique ou d'un antécédent d'anorexie. Le réseau périnatal sera donc peu sollicité alors que son implication favorise l'adaptation du suivi de grossesse aux besoins particuliers de la femme enceinte souffrant d'anorexie.

L'institut national pour l'excellence de la santé et des soins (NICE) au Royaume Uni préconise de poser des questions simples telles que « pensez-vous avoir problème avec votre alimentation? » ou « êtes-vous déraisonnablement préoccupée par votre poids ? ». Il recommande également le SCOFF, outil qui n'a été mentionné par aucune des sages-femmes de l'étude.

En raison de la fréquente association de l'anorexie mentale avec la dépression, la recherche d'un TCA est pertinente lorsque la patiente décrit un antécédent de dépression. Un peu moins d'une sage-femme sur cinq déclare rechercher une anorexie face à un antécédent psychologique.

Le recours fréquent à la procréation médicalement assistée (AMP) entraîne une augmentation du nombre de femmes souffrant d'anorexie enceintes (16). Une étude de Stewart et al. retrouve 7,6 % d'anorexie actuelle ou passée dans un service de biologie de la reproduction, et 58 % d'anorexie actuelle ou passée parmi les femmes décrivant des troubles menstruels, une oligoménorrhée ou une aménorrhée. Pour ces raisons, le mode d'obtention de la grossesse (spontanée ou après traitement pour infertilité) ainsi que la régularité des cycles menstruels antérieurs ne doivent pas être négligés dans le dépistage de l'anorexie. (13). Nous n'avons dans notre étude qu'une sage-femme qui déclare s'intéresser à la régularité des cycles menstruels avant de rechercher une anorexie.

Les sages-femmes qui recherchent le plus l'anorexie sont celles qui ont de meilleures connaissances à ce sujet. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'une pathologie difficile à appréhender, notamment parce qu'elle est volontiers tue par les patientes en souffrant, ce qui en complique le dépistage.

2.1.4 Les connaissances des sages-femmes par rapport à la prise en charge

Les deux axes fondamentaux de la prise en charge de l'anorexie pendant la grossesse sont une prise en charge multidisciplinaire et un suivi psychologique, voire psychiatrique. Les sages-femmes interrogées en sont bien conscientes car ces conduites à tenir sont proposées respectivement par la moitié et les trois-quart des sages-femmes interrogées.

Un peu plus d'une sage-femme sur dix déclare surveiller la majoration des troubles anorexiques. Les études divergent à ce propos : certains travaux tendent à mettre en évidence une majoration des troubles, tandis que d'autres au contraire trouvent un assouplissement des conduites. (9 , 10 , 13 , 19 , 20)

Les sages-femmes interrogées ayant mentionné les troubles ioniques et vitaminiques proposent

ensuite leur suivi sanguin. En effet, les troubles ioniques peuvent être responsables de troubles du rythme cardiaque et les carences vitaminiques, de malformations. L'hypokaliémie est fréquente en cas de vomissements provoqués et d'utilisation de laxatifs et passe inaperçue en l'absence d'analyse biologique. L'anémie fréquemment retrouvée justifie également un suivi mais aussi une supplémentation en fer, en plus des suppléments habituelles de la grossesse en folates et en vitamine D.

Pendant la grossesse, si une hospitalisation est nécessaire, elle se fera préférentiellement au sein du pôle des TCA à Esquirol alors que près des deux tiers des sages-femmes interrogées mentionnent l'UMB de Limoges. L'accueil de jour peut en effet être proposé aux mères avec leur enfant, ainsi que des rencontres avec les infirmières de liaison, la sage-femme de l'unité ou la psychomotricienne. En revanche, l'hospitalisation temps plein dans cette unité n'est pas toujours recommandée en post partum. L'objectif d'une hospitalisation à l'unité mère-bébé est de mettre au premier plan l'enfant et le lien entre celui-ci et sa mère en accompagnant la dyade dans les moments du quotidien (bain, repas, jeux d'éveils, coucher, moments tendres...). Au contraire, l'enjeu prioritaire dans la prise en charge de l'anorexie est de recentrer la femme sur elle-même, sur ses émotions et son ressenti physique, et c'est pourquoi l'hospitalisation conjointe est relativement peu proposée dans ce cas de figure tant que le trouble des conduites alimentaires n'est pas jugulé en amont.

En outre, l'hospitalisation crée une situation de « passivation » pour ces patientes qui leur procurent un sentiment d'échec et de frustration (14).

Enfin, la recherche d'autres addictions et conduites à risque citée par un faible nombre de sages-femmes interrogées, notamment le tabac, paraît pertinente en raison de la forte corrélation des TCA avec des conduites addictives (17) et de l'augmentation des risques qui en découle.

2.1.5. Profil des sages-femmes ayant des connaissances satisfaisantes

Il n'a pas été possible de dresser un profil type des sages-femmes possédant des connaissances satisfaisantes à partir de l'âge, l'année d'obtention du diplôme, la durée et le mode d'exercice, le coefficient de corrélation R^2 étant considéré comme mauvais ($R^2 = 0,02$). R^2 varie entre -1 et 1, il est considéré comme médiocre à partir de 0,21 et comme bon à partir de 0,61.

2.2. Quels peuvent être les freins au dépistage rencontrés par les sages-femmes ?

Conformément aux recommandations actuelles, la moitié des sages-femmes ne dépistent pas l'anorexie de manière systématique pendant la grossesse. Pourtant, la systématisation de ce dépistage est de plus en plus recommandée par de nombreuses études. (20)

L'anorexie est peu recherchée pendant la grossesse par les sages-femmes car l'aménorrhée était l'un des critères diagnostiques jusqu'en 2013, ce qui amenait à penser que les femmes souffrant d'anorexie étaient infertiles, or 27% des femmes présenteraient des caractéristiques psychologiques et comportementales, apparentées aux TCA, au cours de la période périnatale. (13)

Le dépistage de l'anorexie pendant la grossesse est rendu difficile par la faible propension de ces patientes à parler spontanément de leur pathologie et la dissimulation fréquente. En effet, parmi les critères diagnostiques de l'anorexie se trouvent la mauvaise appréhension de la forme réelle du corps et l'absence de reconnaissance de la gravité de la situation. De plus, l'anorexie est une addiction comportementale (13), il est donc difficile pour les patientes de céder une part de leur contrôle à l'équipe soignante et de renoncer aux comportements et cognitions anorexiques.

La durée réglementaire d'une consultation de suivi de grossesse est un frein au dépistage : de nombreux points doivent être abordés, d'ordre médical, familial, social, organisationnel,.. ; ce qui laisse peu de temps au praticien pour investiguer le vécu de la grossesse, et peu de temps à la patiente pour confier ses préoccupations, a fortiori celles qu'elle est réticente à divulguer.

3. PROPOSITIONS

3.1. Quels peuvent être les moyens de dépistage et prise en charge ?

Face à l'augmentation du recours à la PMA, plusieurs auteurs conseillent de rechercher systématiquement des informations sur les conduites alimentaires lors d'une demande.

Au cours de la grossesse, le moment optimal pour le dépistage de l'anorexie est l'EPP du 4^e mois. Les questions les plus pertinentes portent sur la façon dont la grossesse a été obtenue, l'existence éventuelle d'une aménorrhée prolongée avant la grossesse actuelle, les fluctuations pondérales de plus de 5kg, et le degré d'insatisfaction par rapport au poids et à l'apparence corporelle. Ce dépistage peut être guidé par le calcul de l'IMC actuel, mais aussi de l'IMC minimal. (1) Des questions spécifiques peuvent également être posées, telles que : « est-ce que cela vous dérange d'être pesée à chaque consultation? » et « comment vivez-vous votre prise de poids et les transformations corporelles qui ont lieu depuis que vous êtes enceintes ? ». Enfin, le SCOFF reste

l'outil de dépistage le plus précis et pourrait être utilisé de manière systématique pour toutes les femmes enceintes en début de grossesse. (20)

Les recommandations en matière d'hygiène de vie pendant la grossesse vont majoritairement à l'encontre des manifestations de l'anorexie (par exemple la prise de poids conseillée ou le repos). L'alimentation d'une personne souffrant d'anorexie est caractérisée par une restriction qualitative et quantitative basée sur des connaissances diététiques généralement très pointues. Cette restriction s'avère souvent difficilement compatible avec l'éviction d'aliments à risques de transmission infectieuse (listériose, toxoplasmose) ce qui implique une culpabilité majeure pour la future mère. La déculpabilisation de ces futures mères est d'importance primordiale pour améliorer leur vécu de la grossesse et de la maternité.

La prise en charge des patientes identifiées comme souffrant de TCA ou d'un antécédent de TCA doit être multidisciplinaire. La sage-femme s'assurera de la bonne évolution globale de la grossesse tandis qu'un médecin pourra prescrire et surveiller les examens complémentaires. L'examen clinique doit être complet et comprendre la force musculaire, un examen cutané, la fréquence cardiaque et la tension artérielle, la température et le poids. Les examens sanguins recommandés sont la numération de la formule sanguine, la mesure de la protéine C réactive, un ionogramme sanguin, glycémie, l'interprétation de l'urée et de la créatinine en fonction du poids et une modification du taux des transaminases. Un électrocardiogramme et une ostéodensitométrie peuvent également être informatifs de la santé maternelle.

L'implication d'un psychologue ou psychiatre paraît nécessaire face aux risques de dépression et de décompensation du TCA.

La NEDA (association américaine de lutte contre les TCA) (18) préconise un suivi de grossesse honnête avec des consultations supplémentaires, une pesée régulière, un suivi avec un conseiller pendant et après la grossesse, la participation à des groupes de soutien, l'implication d'un nutritionniste et une activité physique douce.

Le NICE recommande un suivi de grossesse plus rapproché que pour la population générale, et la persistance de cette surveillance en post partum (19).

3.2. Information des sages-femmes

La formation initiale des sages-femmes ne comporte pas de module sur les troubles des conduites alimentaires. L'inclusion dans le programme de psychiatrie d'une partie théorique sur ce

sujet pourrait améliorer les connaissances et sensibiliser les sages-femmes au dépistage de cette pathologie au cours de la grossesse.

Une formation complémentaire autour des TCA en périnatalité permettrait aux sages-femmes déjà diplômées de se former à cette problématique, et notamment aux sages-femmes souhaitant exercer dans des unités mères-bébés comme celle d'Esquirol à Limoges.

Enfin, les grandes lignes du dépistage et de la prise en charge de l'anorexie, et plus largement, des TCA, pourraient faire l'objet d'un bulletin d'information du Conseil de l'Ordre des sages-femmes.

CONCLUSION

Près de la moitié des sages-femmes des Limousin ont des connaissances satisfaisantes à propos de l'impact de l'anorexie sur la grossesse et le post partum, son dépistage et sa prise en charge. Les sages-femmes ayant les connaissances les meilleures, recherchent plus systématiquement la pathologie au cours de la grossesse. L'impact maternel, en dehors de l'anémie, est assez mal connu par les sages-femmes interrogées, au contraire des risques fœtaux et néonataux qui sont, eux, très bien appréciés et surveillés. Les connaissances de l'impact en post partum sont bonnes, notamment quant à la dépression du post partum. Les moyens du dépistage, non systématique pour la majorité des sages-femmes interrogées, sont assez mal appréhendés. Au contraire, l'importance de la psychothérapie et d'une prise en charge multidisciplinaire, sont des notions très reconnues.

Notre étude ne permet pas de mettre en évidence une différence de connaissances en fonction des différents programmes, de l'expérience des sages-femmes interrogées ni de leur(s) mode(s) d'exercice. En effet, le faible taux de réponse a été responsable d'un manque de puissance de par la petite taille de l'échantillon étudié. Ce mémoire pourrait servir d'étude préliminaire pour un travail de recherche de plus grande envergure dans le but d'améliorer nos pratiques. En plus d'un état des lieux des connaissances, un état des lieux des freins à ces connaissances et à leur mise en pratique serait pertinent à réaliser.

L'anorexie, au-delà des complications somatiques qu'elle peut entraîner, est un facteur de risque psychologique majeur pour la mère, mais aussi pour l'enfant à naître, et c'est pourquoi son importance ne doit pas être négligée. La grossesse est un moment où la pression sociale est maximale pour la femme qui doit malgré tout rester mince et être épanouie. Parce que la grossesse est à la fois un moment à risque, et la source de consultations médicales régulières pour les femmes souffrant d'anorexie, elle devient le moment privilégié pour un dépistage.

La formation actuelle des sages-femmes ne comporte pas d'enseignement spécifique au sujet des troubles des conduites alimentaires. De plus, l'anorexie et plus généralement les TCA, sont un domaine dans lequel les recherches sont récentes et encore peu nombreuses, a fortiori pendant la grossesse. L'inclusion des TCA dans la formation initiale et/ou continue pourrait être profitable aux sages-femmes pour le perfectionnement de leurs pratiques, et favoriser ainsi l'amélioration de la santé des femmes et de leurs nouveau-nés.

ANNEXE I

Définition de l'anorexie selon le DSM-V

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 <i>significativement bas</i> 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 inférieur à la normale.
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.

ANNEXE II

Définition de l'anorexie selon le CIM 10.

A.	Poids corporel inférieur à la normale de 15 % (perte de poids ou poids normal jamais atteint) ou index de masse corporelle de Quetelet inférieur ou égal à 17,5). Chez les patients prépubères, prise de poids inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance.
B.	La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des « aliments qui font grossir », fréquemment associé à au moins une des manifestations suivantes : des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de « coupe-faim » ou de diurétiques.
C.	Une psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : la peur de grossir. Le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser.
D.	Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophysogonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent dans un but contraceptif), perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme. Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormone de croissance ou de cortisol, de modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalies de la sécrétion d'insuline.
E.	Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (arrêt de la croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.

ANNEXE III

SCOFF :

Deux réponses positives sont fortement prédictives d'un trouble du comportement alimentaire :

1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?
4. Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

ANNEXE IV

Etat des lieux des connaissances des sages-femmes a propos de l'anorexie en pré et post-partum

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

GUIDANTE :
Agnès BARAILLE

MAITRE DE MEMOIRE :
Marie-Laure VILLARS

*Obligatoire

A propos de vous :

Votre âge : *

Votre année d'obtention du diplôme : *

Votre durée d'exercice : *

Les modes d'exercice *

hôpital public

clinique

libéral

PMI

Autre :

Etat des lieux des connaissances des sages-femmes a propos de l'anorexie en pré et post-partum

*Obligatoire

A propos de l'anorexie

1 - Pensez-vous qu'une femme souffrant d'anorexie peut être enceinte ? *

oui

non

2 - Pensez-vous qu'un antécédent d'anorexie puisse avoir un impact sur la grossesse ? *

Oui

Non

3 - Pouvez-vous citer quatre complications maternelles imputables à une forme active d'anorexie pendant la grossesse ?

Nous considérerons comme forme active d'anorexie tout comportement de type anorexique nuisant à la santé morale et/ou physique de la mère et/ou l'enfant

4 - Pouvez-vous citer quatre complications fœtales imputables à une forme active d'anorexie pendant la grossesse ?

Nous considérerons comme forme active d'anorexie tout comportement de type anorexique nuisant à la santé morale et/ou physique de la mère et/ou l'enfant

5 - Recherchez-vous systématiquement cette pathologie lors des consultations de grossesse ? *

Oui

Non (passez directement à la question 7)

6 - Si oui, par quel(s) moyen(s) ?

7 - Si vous ne la recherchez pas de façon systématique, quel(s) signe(s) vous alerteront ?

L'interrogatoire, la clinique ou la paraclinique peuvent-être concernés.


8 - Face à une patiente anorexique, quelle prise en charge proposez-vous pour la mère et le fœtus d'un point de vue médical ainsi qu'au niveau des professionnels à interpeller ?

À propos de l'anorexie pendant le post-partum :

1 - Pensez-vous que l'anorexie puisse avoir un impact sur le post-partum ? *

Etat des lieux des connaissances des sages-femmes a propos de l'anorexie en pré et post-partum

2 - Si oui, que craignez-vous ?

A large, empty rectangular text box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to question 2. A small, faint icon is visible in the bottom right corner of the box.

3 - Si oui, quelle prise en charge proposez-vous face à une patiente anorexique pour la mère et son enfant d'un point de vue médical ainsi qu'au niveau des professionnels à interpeller ?

A large, empty rectangular text box with a thin black border, intended for the respondent to write their answer to question 3. A small, faint icon is visible in the bottom right corner of the box.

RÉFÉRENCES

(1) Lamas C., Shankland R., Nicolas I., Guelfi JD. *Les troubles des conduites alimentaires*, 2012 éd. Elsevier-Masson ; 167 pages.

(2) Megglé V. *Face à l'anorexie, le visible et l'invisible*, 1992, éd. Eyrolles 262 pages

(3) Association Autrement :

<http://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-561-les-troubles-alimentaires-atypiques.htm>

Consulté le 23/10/2014

(4) Faculté de Médecine de Strasbourg : Troubles du comportement alimentaire à l'adolescence

<http://udsmed.u->

[strasbg.fr/emed/courses/MODULE03B/document/troubles_comportement_alim_ado.pdf?](http://udsmed.u-strasbg.fr/emed/courses/MODULE03B/document/troubles_comportement_alim_ado.pdf?fcidReq=MODULE03B)

[fcidReq=MODULE03B](http://udsmed.u-strasbg.fr/emed/courses/MODULE03B/document/troubles_comportement_alim_ado.pdf?fcidReq=MODULE03B)

(5) Association américaine de Psychiatrie, *Manuel Diagnostic et statistique des troubles mentaux*, version française du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, 2015.

Consulté le 30 mai 2017

(6) Haute Autorité de Santé, recommandations sur l'anorexie, 2010.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf)

[09/reco_anorexie_mentale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf) Consulté le 13/09/2014.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf)

[09/argu_anorexie_mentale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf) Consulté le 2/10/2014

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf)

[09/argu_anorexie_mentale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf) Consulté le 2/10/2014

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1023325/fr/anorexie-mentale-un-reperage-precoce-

[et-un-suivi-pluridisciplinaire](#) Consulté le 2/10/2014

http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1366641 Consulté le 24/11/2014

(7) Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire. Dossier d'après Roux H., Chapelon E., Godart N. 2012.

<http://www.anorexiéboulimie-afdas.fr/la-recherche/veille-scientifique-tca/235-epidemiologie-de-l-anorexie-mentale-revue-de-la-litterature> Consulté le 13/09/2014.

(8) <http://www.rhumatologie.asso.fr/05-bibliotheque/publications/pub-72-725-732.asp>
Consulté le 25/11/2014

(9) Hydratation for Health

<http://www.h4hinitiative.com/fr/academie-h4h/lacademie/hydratation-chez-la-femme-enceinte-et-allaitante/pendant-la-grossesse> Consulté le 17/01/2015

(10) Institut universitaire en santé mental de Québec :

<http://www.institutsmq.qc.ca/maladies-mentales/sante-mentale-et-grossesse/troubles-alimentaires/index.html> Consulté le 17/01/2015

(11) Journal officiel de la Direction Générale de la santé :

<http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-02/a0020155.htm> Consulté le 7/06/2017

(12) Conseil de l'ordre des sages-femmes :

<http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/D%C3%A9cret-du-15-d%C3%A9cembre-2014-relatif-aux-dipl%C3%B4mes-de-sant%C3%A9-conf%C3%A9rant-le-grade-master.pdf> Consulté le 05/05/2017

<http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Liste-des-DU-et-DIU-Septembre-2016.pdf> Consulté le 7/06/2017

(13) Géraldine Buisson, *Troubles des conduites alimentaires et infertilité : état des lieux et perspectives.*

- (14) N. Leblé, L. Radon, M. Rabot, N. Godart, *Manifestations dépressives au cours de l'anorexie mentale : données de la littérature et implications pour une utilisation adaptée des antidépresseurs.*
- (15) Théodore Hovaguimian, *La psychothérapie interpersonnelle de la dépression.*
- (16) Thommen M., Vallach L., Kiencke S. *Prevalence of eating disorders in a Swiss family planning clinic. Eating Disorders.*
- (17) Darves-Bornoz J.M., Gaillard P., Degiovanni A., *Encyclopédie médico-chirurgicale.*
- (18) NEDA :
<https://www.nationaleatingdisorders.org/pregnancy-and-eating-disorders>
- (19) Nadia Micali, *Management of eating disorders during pregnancy*
- (20) Mylène Hubin-Gayte, Claire Squires, Karine Doncieux, Alexandra Sajko, *De l'intérêt d'une prévention des troubles des conduites alimentaires chez les femmes enceintes.*