



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-thesesexercice-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>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Chloé VASSOR

le 19 Avril 2013

**MATERNITÉ ET TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES :
IMPORTANCE ET IMPACT DE LA DÉPRESSION SUR
L'INVESTISSEMENT DE L'ENFANT**

Examineurs de la thèse :

Mr le Professeur Bernard KABUTH, Président du jury

Monsieur le Pr François FEILLET, Juge

Monsieur le Pr Raymund SCHWAN, Juge

Monsieur le Pr Maurice CORCOS, Juge et Directeur

Madame le Dr Sylvie LECUIVRE, Juge

Monsieur le Dr Luis ALVAREZ, Juge et Directeur

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

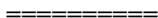
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Assesseurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX



PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND -
Pierre BEY Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude
BURLET -

Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-
Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien
DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER -
Pierre GAUCHER - Hubert GERARD

Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude
HURIET

Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES -

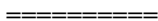
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard
LEGRAS

Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE -
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT -
Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON -
Jean-Marie POLU - Jacques POUREL

Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-
Jean ROYER Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle
SOMMELET

Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ

Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel
WEBER



PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-
BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteur Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

Docteur Pascal BOUCHE

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE

Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie
GILGENKRANTZ

Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL

Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT

Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972) <i>Université de Stanford, Californie (U.S.A)</i>	Harry J. BUNCKE (1989) <i>Université de Californie, San Francisco (U.S.A)</i>	Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>
Professeur Paul MICHELSEN (1979) <i>Université Catholique, Louvain (Belgique)</i>	Professeur Daniel G. BICHET (2001) <i>Université de Montréal (Canada)</i>	Professeur James STEICHEN (1997) <i>Université d'Indianapolis (U.S.A)</i>
Professeur Charles A. BERRY (1982) <i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	Professeur Brian BURCHELL (2007) <i>Université de Dundee (Royaume Uni)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>	Professeur Marc LEVENSTON (2005) <i>Institute of Technology, Atlanta (USA)</i>
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982) <i>Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)</i>	Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) <i>Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i>	Professeur David ALPERS (2011) <i>Université de Washington (USA)</i> Professeur Yunfeng ZHOU (2009) <i>Université de WUHAN (CHINE)</i>
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>	

À notre Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur Bernard Kabuth,

Professeur de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent,

Docteur en Psychologie.

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider notre jury de thèse.

La qualité et la richesse de vos enseignements lors des séminaires universitaires, ainsi que la passion avec laquelle vous les partagez, nous ont guidé lors de notre internat.

Votre sens clinique, votre enthousiasme et vos qualités humaines sont un modèle pour notre exercice futur.

Nous vous remercions sincèrement de la confiance que vous nous avez témoignée.

Veillez trouver dans ce travail, le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur François Feillet,

Professeur de Pédiatrie

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury et de juger notre travail.

Nous vous sommes reconnaissants de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.

Veillez recevoir l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

À notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Raymund Schwan,

Professeur de Psychiatrie d'Adultes.

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury et de juger notre travail.

Nous avons particulièrement apprécié au cours de nos années d'internat, la qualité de vos enseignements et votre passion pour la recherche, que vous avez su transmettre.

Veillez recevoir l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

À notre Directeur de thèse et Juge,

Monsieur le Professeur Maurice Corcos,

Professeur de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent.

Nous vous remercions très sincèrement de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger notre travail.

Nous vous sommes extrêmement reconnaissants pour votre soutien et vos précieux conseils.

Durant ce dernier semestre d'internat dans votre service, nous avons pu bénéficier de la richesse et de la qualité de vos enseignements. Vous avez su nous transmettre vos connaissances dans le domaine de la psychiatrie et bien plus encore, en conjuguant notamment cette discipline avec l'art sous toutes ses formes.

Nous avons particulièrement apprécié votre finesse clinique et votre disponibilité.

Veillez recevoir l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

À notre Juge,

Madame le Docteur Sylvie Lecuire,

Docteur en Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent.

Vous nous faites l'honneur de siéger dans ce jury et de juger notre travail.

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez témoignée, dès le début de notre internat, et de votre enthousiasme à transmettre votre passion pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Vous avez su nous conforter dans notre choix de la pédopsychiatrie.

Veillez recevoir l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

À notre Directeur de thèse et Juge,

Monsieur le Docteur Luis Alvarez,

Docteur en Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent.

Nous vous remercions très sincèrement de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger notre travail.

Vous nous avez fait découvrir et apprécier le travail en périnatalité. Vous avez su nous transmettre vos connaissances dans ce domaine et ainsi, guider nos choix futurs vers cette discipline.

Nous vous sommes extrêmement reconnaissants pour votre disponibilité, votre confiance et vos conseils avisés.

Nos choix professionnels nous amèneront vraisemblablement à travailler conjointement, et nous en sommes ravis.

Veillez recevoir l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

À Mme le Dr Curt, pour sa disponibilité et ses conseils.

À Mr le Professeur Lebeau, pour m'avoir écoutée et comprise, et permis de reprendre à mon rythme le chemin de la médecine.

À Mme le Dr Derlon et à toute l'équipe de la PMI, pour m'avoir fait découvrir et apprécier une autre forme d'exercice.

À Mr le Dr Decker, pour sa confiance lors de la rédaction d'un article.

À Mr le Dr Lerond à Mme le Dr Corroy, pour les 6 mois passés dans leur service.

À Ntsika,

Pour être là, pour ton soutien sans faille et ton amour,

Cette année 2013 tient ses promesses d'être riche en émotions,

À ce tournant de notre vie qui se prépare.

À ce petit être qui attend patiemment de découvrir le monde,

Au sein duquel nous nous promettons de le guider et de l'aimer, du mieux que nous pourrons.

À mes parents,

Pour m'avoir appris les valeurs humaines et avoir fait ce que je suis,

Merci pour votre confiance et votre soutien tout au long de ces longues études,

Et pour tout le reste !

À mon frangin,

Pour être disponible dans les bons comme dans les mauvais moments.

Et à Pauline,

Je vous souhaite le meilleur.

À mon grand père,

À mes grands-parents partis trop tôt,

Et particulièrement à Mamy Renée, qui aurait été tellement fière (j'ai toujours le serment d'Hippocrate que tu m'avais donné avant même les résultats du concours de PCEMI !)

À Guy et Claudie pour les discussions psychologiques au coin du feu, à Martine pour sa bienveillance, à « tata Prouçoise » et ses injonctions prophétiques !, à mes oncles et tantes.

À mon amie Laure, mi hermanita de corazon, que se fue del otro lado del Oceano Atlantico pero le prometo que no le voy a olvidar nunca, aunque se vaya mas lejos aun !

À Nanou, mon amie partie en terres new-yorkaises ... malgré la distance, je pense à toi !

À mon amie Marie, en espérant que nous trouverons le temps de nous voir plus souvent.

Aux amies grenobloises : Éva « efficace » ! et toujours là pour moi, Jenny et nos dures années d'expatriation forcée dans le Nord ... pendant lesquelles on s'est serrés les coudes ... parfois sur les pistes de danse !, Nath la « brasileira », je suis toujours impressionnée par ton parcours, a gente se vê la no Brasil, falou !, Lili la vraie belle découverte de Barcelone, et Anne-Laure.

À Cyane, mon amie, je n'oublie pas notre promesse d'autant plus que je n'ai pas spécialement envie de me retrouver avec un tatouage !

Aux amies nancéiennes, de souche ou d'adoption : Marielle et sa bonne humeur quasi constante, Assia, pour son sourire et ses bons conseils, et Raluca, toujours pétillante !

Aux amis verdunois d'adoption et à ceux qui ont choisi d'y revenir : Séverine ma colloc de choc, Nath et nos retrouvailles parisiennes régulières et toujours appréciées, sur des airs de salsa, un terrain de squash ou ailleurs, Fred, Tom, Arnaud, Meameale, Ludo, Elsa, Gaétan, Khaled, JP, Alain, Émilie et les autres.

Aux amis grenoblois d'avant : Sarah, Julie, Julien et Chérine, Nell, Martin, Chloë, Carole, Caro, Soph, Morgane ... le temps passe mais l'amitié reste.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SYMBOLES UTILISÉS	26
PRÉAMBULE	27
INTRODUCTION	28
1 : LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES	28
ANOREXIE	29
BOULIMIE	30
2 : DYNAMIQUE PSYCHIQUE DE LA GROSSESSE ET DE L'INVESTISSEMENT DE L'ENFANT	32
3 : LES DÉPRESSIONS MATERNELLES PRÉ ET POST-NATALES	36
DÉPRESSION PRÉNATALE	37
DÉPRESSION DU POST PARTUM	38
REVUE DE LA LITTÉRATURE	40
1 : INTRODUCTION : TCA ET GROSSESSE	40
2 : PERSPECTIVES DE LA MATERNITÉ CHEZ LES JEUNES FEMMES ANOREXIQUES	41
3 : PRÉVALENCE DES TCA DANS LA POPULATION DE FEMMES ENCEINTES	42
4 : LA GROSSESSE DES FEMMES SOUFFRANT DE TCA	43
5 : MORBIDITÉ OBSTÉTRICALE DES FEMMES SOUFFRANT DE TCA	44
6 : POST PARTUM DES FEMMES SOUFFRANT DE TCA	45
7 : RETENTISSEMENT DES TCA SUR LA PARENTALITÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS	46
8 : DÉPRESSIONS MATERNELLES PRÉ ET POST-NATALES, EN POPULATION GÉNÉRALE ET CHEZ LES FEMMES SOUFFRANT DE TCA	47
HYPOTHÈSES	49
1 : HYPOTHÈSE PRINCIPALE :	49
2 : HYPOTHÈSES SECONDAIRES :	49
MATÉRIEL ET MÉTHODES	50
1 : MATÉRIEL	50
GROUPE D'ÉTUDE	50
GROUPE « CONTRÔLE »	51
CRITÈRES D'EXCLUSION	51
2 : MÉTHODES	52
LA RECHERCHE-ACTION	52
LE PROTOCOLE D'ÉTUDE	52
LES AUTO-QUESTIONNAIRES	53
LES HÉTÉRO-QUESTIONNAIRES	55
LES ENTRETIENS SEMI-STRUCTURÉS	56
ÉTHIQUE	57
RÉSULTATS	58
1 : ANALYSE STATISTIQUE	58
2 : CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION D'ÉTUDE	58
3 : CARACTÉRISTIQUES DU TCA	61
	24

4 : DONNÉES OBSTÉTRICALES	62
5 : DONNÉES PÉDIATRIQUES	63
6 : DONNÉES PONDÉRALES POUR LES MÈRES	64
7 : DURÉE DES ENTRETIENS	65
8 : ENTRÉE DANS LA SEXUALITÉ	66
9 : ÉVALUATIONS À 7 MOIS DE GROSSESSE	67
10: ÉVALUATIONS À 2 MOIS POST PARTUM	71
11 : ÉVALUATIONS À 4 MOIS POST PARTUM	72
12 : COMPARAISONS DES SCORES AUX 3 TEMPS	75
DISCUSSION	78
1 : PRÉAMBULE	78
2 : TCA ET OBSTÉTRIQUE	79
3 : TCA ET PÉDIATRIE	80
4 : TCA, CONDUITES ALIMENTAIRES ET MATERNITÉ	81
5 : TCA, ANXIÉTÉ ET MATERNITÉ	83
6 : TCA, DÉPRESSION ET MATERNITÉ	84
7 : TCA ET INVESTISSEMENT DE L'ENFANT EN PRÉNATAL	86
8 : TCA, DÉPRESSION ET INVESTISSEMENT DE L'ENFANT	91
9 : TCA ET PERCEPTION DU TEMPÉRAMENT DE L'ENFANT	93
10 : TRANSPARENCE PSYCHIQUE, GROSSESSE ET SEXUALITÉ	93
11 : LIMITES	96
ÉPILOGUE	97
CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	98
BIBLIOGRAPHIE	100
ANNEXES	105

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SYMBOLES UTILISÉS

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

APA : American Psychiatric Association

CPP : Comité de Protection des Personnes

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

EDM : Épisode Dépressif Majeur

FCS : Fausse Couche Spontanée

IMC : Indice de Masse Corporelle

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

SA : Semaine(s) d'Aménorrhée

TCA : Troubles des Conduites Alimentaires

TOC : Troubles Obsessionnels Compulsifs

m : minimum

M : Maximum

σ : écart-type

PRÉAMBULE

Notre travail s'est intéressé au vécu de la grossesse et du post partum chez les femmes enceintes souffrant de troubles des conduites alimentaires (TCA). Il se propose de mettre en évidence l'importance et l'impact de la dépression maternelle sur l'investissement de l'enfant. Son originalité réside dans le fait qu'il propose un suivi depuis la grossesse et jusqu'au post partum.

Cette étude s'intègre au sein d'un projet de plus grande envergure : « L'étude GAÏA : Grossesse, Alimentation, Interactions et Affects ». Il s'agit du suivi d'un groupe de femmes souffrant de TCA, actuels ou passés, enceintes, à partir du second trimestre de grossesse, et de leurs enfants, de la naissance à trois ans. Cette étude, sous la responsabilité scientifique du Pr Maurice Corcos (Institut Mutualiste Montsouris, Paris), s'articule avec le projet PILE, dirigé par le Dr Lisa Ouss (Hôpital Necker, Paris), et consiste en une étude multicentrique, prospective, comparative avec deux groupes témoins. Il s'agit d'une étude intégrant des données qualitatives et quantitatives.

Ainsi, notre étude est une étude préliminaire de l'étude GAÏA, s'intéressant à une population de femmes enceintes souffrant de TCA, actuels ou passés, comparée à un groupe témoin. A l'instar de l'étude GAÏA, elle intègre des données qualitatives et quantitatives, concernant des femmes enceintes à partir de la 28^{ème} semaine d'aménorrhée (SA), et jusqu'aux 4 mois de leur enfant.

INTRODUCTION

1 : LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

Parmi les diverses formes cliniques des TCA, on retrouve deux entités principales : l'anorexie mentale et la boulimie. Ce travail s'intéressera à ces deux entités, ainsi qu'aux formes mixtes.

Cependant, il est utile de mentionner l'existence d'autres conduites alimentaires pathologiques : le trouble des conduites alimentaires non spécifié (ne répondant pas aux critères d'un TCA spécifique), le Binge-Eating Disorder (hyperphagie boulimique, défini en nombre de journées de suralimentation sur une période d'au moins six mois), le Night Eating Syndrom (syndrome d'alimentation nocturne, associant une anorexie matinale, une alimentation nocturne et une insomnie), mais également l'anorexie masculine, l'anorexie pré-pubertaire, l'anorexie tardive et l'anorexie atypique.

Si l'on se focalise sur les deux entités que nous traiterons dans ce travail, un constat s'impose : il semblerait que ces classifications nosographiques, séparant l'anorexie et la boulimie, soient de moins en moins pertinentes à l'heure actuelle. En effet, il existerait des « ponts » entre ces deux entités : d'une part, de nombreuses formes mixtes, associant anorexie et boulimie ont pu être mises en évidence ; d'autre part, la moitié des patientes présentant les caractéristiques d'une anorexie mentale restrictive évolueraient vers la boulimie. La frontière entre ces deux entités serait donc perméable, et des caractéristiques communes pourraient être retrouvées chez ces deux types de patientes.

Les points communs à ces deux entités sont les suivants : il s'agit de pathologies fréquentes, dont la prévalence est en augmentation et touchant principalement les pays « développés ». De plus, ces pathologies sont chroniques, évoluant sur plusieurs années, et peuvent nécessiter une prise en charge en milieu hospitalier, souvent durant plusieurs mois. La prise en charge de l'anorexie mentale a fait l'objet, en France, de recommandations récentes (4). Cependant, cette prise en charge diffère selon le pays considéré (39). Elles touchent très majoritairement les femmes, et notamment les adolescentes et les jeunes femmes en âge de procréer. Enfin, il s'agit de pathologies à la frontière du somatique et du psychique, nécessitant donc une prise en charge pluridisciplinaire (29), et entraînant des complications potentiellement graves à la fois sur le corps et sur le psychisme. En effet, les complications

somatiques retrouvées sont : des carences vitaminiques, une susceptibilité accrue aux infections, une ostéoporose, des altérations dentaires, des hépatites de dénutrition, un syndrome de renutrition inappropriée, mais également des complications cardiaques pouvant entraîner un arrêt cardiaque. Quant aux comorbidités psychiatriques, elles comprennent : les troubles thymiques (et notamment dépressifs), les troubles anxieux (troubles obsessionnels compulsifs principalement), les troubles de la personnalité (notamment borderline), la consommation de toxiques, et les tentatives de suicides et suicides. Il convient également de mentionner ici les conséquences sur le plan social de ces pathologies : isolement social, interruption de la scolarité ou du parcours professionnel, conflits familiaux et de couple.

Il s'agit donc de pathologies psychiatriques présentant une morbi-mortalité très importante : l'anorexie mentale est ainsi l'une des pathologies psychiatriques présentant le taux de mortalité le plus élevé.

Ces pathologies sont largement sous-diagnostiquées, en raison notamment du déni (quasi pathognomonique) des troubles, par les patientes, mais également par leur entourage.

ANOREXIE

⇒ **L'anorexie mentale est définie par quatre critères diagnostiques selon le DSM-IV-TR** (Diagnostic and Statistical Manual, American Psychiatric Association 2006) :

- le refus de maintenir le poids à un niveau normal selon l'âge et la taille
- la peur pathologique de grossir malgré la maigreur
- les troubles du schéma corporel
- et l'aménorrhée

Deux formes cliniques sont différenciées : l'anorexie de type restrictif, et l'anorexie avec crises de boulimie / vomissements ou prise de purgatifs.

(Annexe 1)

⇒ **La boulimie se définit selon le DSM-IV-TR par :**

- la survenue d'épisodes boulimiques
- l'existence de comportements visant à limiter les conséquences sur le poids et l'apparence des prises alimentaires
- des préoccupations excessives autour du poids et de l'alimentation
- l'absence des critères d'anorexie mentale

La boulimie est divisée en deux sous-types, avec vomissements / prise de purgatifs, ou sans (il existe alors d'autres stratégies de contrôle du poids, comme le jeûne entre les accès boulimiques ou l'hyperactivité physique).

(Annexe 2)

D'un point de vue psychopathologique, ces deux pathologies soulèvent deux problématiques communes : la question de l'identité, et celle de la dépendance.

- Tout d'abord, la menace identitaire :

Chez ces patientes, la problématique identitaire prend ses racines très tôt, dès la petite enfance, dans les interactions précoces mère-enfant, où l'on retrouve fréquemment une « défaillance du maternel » (20). Il s'agirait d'une défaillance de la fonction maternelle lors des soins prodigués à l'enfant, dans la toute petite enfance. Ces soins (ce toucher, ce peau à peau avec l'enfant), non défaillants en quantité mais plutôt en qualité, seraient opératoires, non parlés, non explicités, dispensés sans affect ni plaisir. Ainsi, cela ne permettrait pas la constitution d'une « continuité d'être » selon les termes de Winnicott (70), empêchant alors l'enfant d'apprendre à « prendre soin de lui ». Ce faisant, se créerait une confusion entre besoin et désir, sensations et émotions.

D'une part, cette défaillance du maternel, spécifiquement, ne permettrait pas la bonne « distillation puis intégration du féminin » chez la petite fille. (20)

D'autre part, cette défaillance dans le « handling », comme l'avait nommé Winnicott (68), à l'origine d'un défaut de perception du sentiment de continuité d'existence, entraverait la mise en place d'assises narcissiques stables. A défaut, une personnalité en « faux-self »

risquerait d'émerger, forme de « sur-adaptation » à un environnement défaillant, où l'individu n'aurait alors pas de désirs propres, mais s'en remettrait, totalement, à ceux de l'autre.

L'enfant se retrouverait alors dans une position où son identité en tant que sujet est niée, il ne serait alors plus que le prolongement narcissique de ses parents, totalement aliéné au fonctionnement parental. C'est ce que l'on retrouve dans les dires de certains parents décrivant leur enfant comme un enfant modèle, sage « comme une image ».

On peut alors imaginer les difficultés que cet enfant pourra éprouver dans l'« après-coup », lors des crises maturatives ultérieures, et les entraves que cette aliénation pourra alors constituer. Ces crises maturatives seront ainsi : l'adolescence (et l'orage pubertaire l'accompagnant) où la problématique de l'autonomie sera prédominante (expliquant ainsi que c'est à cette période que se déclenche le plus fréquemment la pathologie), mais également la maternité, bouleversant alors le statut de la femme et réactivant la problématique identitaire.

- Mais également la question de la dépendance.

En effet, les patientes décrivent fréquemment un sentiment de vide intérieur, reflet de leurs assises narcissiques précaires, et de cette absence de « continuité d'être », qui permet habituellement au self de se constituer et de mettre en place le « bon objet interne », condition d'accès à une autonomie psychique. En réponse à ce sentiment de vide et l'angoisse qui y est associée, témoin de leur dépendance, ces patientes vont alors surinvestir le corps (hyperactivité physique), ou encore les sensations (conduites d'automutilations, recherche de la sensation de froid, de faim, vidange du corps lors des crises de boulimie).

Le recours à l'agir permet également à ces patientes d'éviter l'effondrement dépressif, dans une forme de défense maniaque contre ces affects dépressifs.

Ainsi, face à une situation angoissante ou afin de mettre à distance des affects dépressifs, le recours à l'agir sera la norme (agir dans le refus : refus de manger, pour les patientes anorexiques, ou agir lors des passages à l'acte boulimique ou des conduites d'automutilations). Cependant, cette « solution » a un coût, car, en court-circuitant ainsi les processus de mentalisation, elle inscrit ces patientes dans un processus de répétition morbide de leurs conduites pathologiques, fixant toute l'attention sur le symptôme alimentaire, alors que celui-ci n'est que la partie visible, émergée de l'iceberg. (27)

On voit ainsi que ces deux identités cliniques partagent un socle commun, et que la lutte contre les affects dépressifs y est centrale.

Cependant, alors que pour les patientes anorexiques, cette lutte antidépressive passera par un contrôle excessif, une maîtrise totale et totalitaire de leur existence et de leur environnement, on retrouvera plutôt chez les patientes boulimiques, des passages à l'acte auto-agressifs, interrogeant les limites corporelles et relationnelles.

Ainsi, le fonctionnement psychique des patientes anorexiques sera plutôt du registre obsessionnel, alors que pour les patientes boulimiques, c'est un fonctionnement de type borderline qui dominera.

2 : DYNAMIQUE PSYCHIQUE DE LA GROSSESSE ET DE L'INVESTISSEMENT DE L'ENFANT

La grossesse est un moment très particulier de la vie d'une femme, auquel sont associés une dynamique psychique et une clinique spécifiques (9). De plus, il existerait une continuité entre le pré et le post natal, en ce sens que, selon Winnicott : les fondements de la santé mentale de l'enfant sont établis par la mère dès la conception et grâce aux soins courants et ininterrompus (71). Ainsi, la grossesse aurait une influence sur la vie psychique de la future mère, et le vécu de la grossesse aurait une incidence sur les premiers liens mère-enfant.

En effet, la dynamique psychique de la grossesse constitue une expérience somatopsychique, responsable d'une crise maturative, entraînant un mouvement narcissique ainsi qu'une révolution identitaire et générationnelle. Chez la plupart des femmes, cette crise maturative aura une issue favorable. Cependant, ce mouvement peut aussi, chez certaines femmes, être responsable d'un état de désorganisation majeure, imputable notamment au vécu des modifications corporelles, rapides et incontrôlables, et surtout, à la perception des premiers mouvements fœtaux. Cet état de désorganisation du fonctionnement psychique, affectif et relationnel, est susceptible d'entraîner des conséquences potentielles à distance de la naissance (16, 7).

Avant même la grossesse, se pose la question du désir :

- Le désir de grossesse, apparaissant généralement à l'adolescence, concomitant de l'accès à la sexualité génitale et renvoyant à divers fantasmes (s'assurer de son identité sexuée, prouver sa fertilité, éprouver un sentiment de complétude...)

- Et celle du désir d'enfant : qui comprend deux composantes principales : tout d'abord d'ordre narcissique (pour soi, pour évoluer, pour devenir mère, pour donner un sens à sa vie, ...), mais également objectale (donner la vie, donner naissance à un enfant)

Ainsi se mêlent des désirs conscients, mais également inconscients, que les grossesses « non programmées », mais toujours désirées, viennent illustrer.

Le premier trimestre est généralement celui de la découverte de la grossesse. Il est teinté de différents sentiments et émotions incluant l'angoisse et l'ambivalence. En effet, la grossesse vient confirmer à la femme ses capacités reproductives, et dans le même temps, suscite de nombreux questionnements relatifs à sa capacité à mener cette grossesse à terme, la santé du bébé qu'elle porte, l'opportunité ou pas d'un enfant à ce moment-là de sa vie de femme et de couple, la possibilité que cette grossesse s'arrête ... Ainsi, une certaine ambivalence, fréquemment accompagnée d'angoisse, est inhérente au vécu de ce premier trimestre. Cependant, ces sentiments peuvent être vécus de manière très culpabilisante dans une société où l'image de la grossesse est tellement idéalisée qu'elle ne serait marquée que du sceau du bonheur et de la plénitude. Dans certains cas, ce vécu de la grossesse peut entraîner une véritable souffrance psychique, souvent inavouable, mais que les professionnels de santé au contact de ces femmes doivent pouvoir interroger et détecter.

Ces premières manifestations émotionnelles marquent le début de la crise maturative qu'est la grossesse. En effet, cette période peut être assimilée à une véritable crise psychique, nécessitant pour son dépassement la sollicitation d'une énergie psychique considérable, comparable à ce que l'on peut observer à l'adolescence.

Puis vient le deuxième trimestre, qui est celui des transformations corporelles rapides et visibles. A l'instar de l'adolescence, le corps change, s'arrondit, hors du contrôle de la femme, dans un mouvement de passivité parfois déconcertant. Et ces changements corporels qui signent véritablement la grossesse, viennent également témoigner d'autres changements plus profonds : changement irréversible de génération et remaniement identitaire. Là encore, l'inquiétude, l'angoisse et l'ambivalence accompagnent nécessairement le cortège des transformations, et sont tout à fait « physiologiques » tant qu'ils n'entraînent pas de souffrance psychique.

C'est lors du deuxième trimestre que l'on voit apparaître le mouvement de « transparence psychique de la grossesse », décrit par Monique Bydlowski (16), et qui durera

tout le long de la grossesse. Cet état psychique particulier regroupe trois processus rencontrés en clinique :

- tout d'abord un véritable état de crise psychique favorisant le transfert,
- au cours de ce processus, des remémorations infantiles, et autrefois refoulées, font irruption dans la conscience, du fait d'un affaiblissement temporaire de la barrière habituelle du refoulement,
- enfin, un silence autour de l'enfant à venir, dans le discours spontané : la femme enceinte semble ainsi sujette à un mouvement de repli narcissique concernant l'enfant qu'elle a été.

On peut ainsi considérer ce mouvement comme une forme d'investissement du bébé, mais sur un mode narcissique.

Il est à noter que chez les mères dont le passé est constitué d'évènements traumatiques, cette levée du refoulement peut entraîner une souffrance psychique qu'il faudra accompagner.

Enfin, le troisième trimestre est marqué par l'ampleur des modifications corporelles, l'apparition des contractions utérines et les manifestations de plus en plus importantes et fréquentes de la présence du bébé en elles avec la perception des mouvements fœtaux. Ces éléments vont permettre à la mère de peu à peu sortir de ses rêveries pour anticiper l'accouchement et l'arrivée de l'enfant, tous deux vecteurs d'inquiétudes et d'angoisses potentielles.

C'est aussi à partir du troisième trimestre que l'on voit apparaître la « préoccupation maternelle primaire », décrite par Winnicott, et qui perdurera jusqu'au 1^{er} trimestre de vie de l'enfant. Il nomme ainsi cette « maladie mentale normale entre la fin de la grossesse et les premières semaines de la vie du bébé » (69). Elle peut être décrite comme un état d'hypersensibilité de la mère à l'égard de son bébé, jusqu'à l'identification projective, lui permettant ainsi de s'identifier et de s'adapter aux besoins de son bébé. Il s'agit alors de l'initiation d'un mouvement d'investissement objectal de l'enfant.

Ce processus peut parfois ne pas se mettre en place, ou difficilement, rendant la rencontre avec l'enfant compliquée et ayant pour conséquence la dispensation de soins « opératoires » à leur enfant. Ces difficultés d'adaptations aux besoins du bébé pourront ainsi avoir des conséquences sur l'enfant, entravant son développement psychomoteur, mais également sur la mère, dont les sentiments d'incompétence maternelle pourront alors être au

premier plan et faire le lit d'une dépression du post partum. Là encore, un soutien, un étayage et une guidance de ces mères pendant ces interactions précoces seront nécessaires.

Ainsi, une des composantes essentielles de l'investissement de l'enfant par la mère serait le passage d'un investissement purement narcissique, à un investissement objectal de cet enfant. Ce passage peut être théorisé selon 4 phases (15) :

- Le bébé comme objet purement interne : coïncidant avec la période de la transparence psychique, le bébé est alors investi principalement narcissiquement.
- Le bébé comme objet intérieur physiquement, mais psychiquement externalisé : contemporain de la période de la préoccupation maternelle primaire, en anténatal. Le bébé est dans le ventre de sa mère, mais commence à être investi par la mère comme un objet extérieur à elle-même.
- Le bébé comme objet externe physiquement mais psychiquement encore internalisé : correspondant aux premières semaines du postpartum. Les interactions mère-enfant sont colorées par les traces mnésiques réactivées chez la mère, du bébé qu'elle a été.
- Objet véritablement externe : le bébé est alors investi par sa mère, en tant qu'objet externe.

Cette bascule en termes d'investissement du bébé ne correspond pas toujours à l'arrivée de l'enfant. Un investissement majoritairement objectal du bébé dès le début de la grossesse pourra entraver le « retour vers le passé » de la mère, et, à l'inverse, un investissement majoritairement narcissique dans le postpartum perturbera les interactions mère-enfant qui seront alors envahies par les souvenirs traumatiques et douloureux du passé de la mère. Il est à noter ici le rôle fondamental d'un tiers, idéalement le père du bébé, qui viendra déplacer le regard de la mère de l'intérieur d'elle-même vers le bébé présent.

A l'issue de l'accouchement, les premiers contacts avec l'enfant sollicitent la mère sur différents plans :

- Son corps encore endolori et épuisé la sollicite du côté du narcissisme, dans un mouvement de repli sur elle-même.
- L'enfant réel ayant laissé son ventre vide, la mère doit amorcer un véritable travail de deuil de l'état de grossesse, mais également du bébé imaginaire.
- L'enfant de chair sollicite dès sa naissance, du fait de son immaturité physiologique et de sa dépendance extrême, la fonction parentale.

Là encore, on observe un gradient d'investissement du narcissique vers l'objectal, pouvant être responsable d'une phase de désorganisation transitoire chez la mère.

3 : LES DÉPRESSIONS MATERNELLES PRÉ ET POST-NATALES

Bien que peu connues, les dépressions maternelles pré et post-natales existent et leur prévalence est élevée (environ 10% en prénatal, et 15% en post natal, nous y reviendrons ultérieurement). Ces données contrastent grandement avec le vécu idyllique de la grossesse et du post partum, véhiculé par les médias et la société en général.

Ces pathologies auront un impact considérable sur la mère elle-même, mais également sur l'enfant à naître puis le nourrisson (6).

Cependant, ces pathologies ne possèdent pas d'entité nosographique clairement définie. En effet, si l'on se base sur le DSM-IV-TR, il conviendra dans un premier temps de poser le diagnostic de dépression tel qu'il est établi pour toutes les dépressions, qu'elles aient lieu ou non dans un contexte périnatal, puis de lui adjoindre la spécificité « avec début dans le post partum », si celui-ci survient dans les 4 premières semaines du postpartum. Concernant la dépression prénatale, elle ne figure tout simplement pas dans le DSM-IV-TR.

⇒ **L'épisode dépressif majeur (EDM) est défini, selon le DSM-IV-TR (APA 2000), par la présence d'au moins cinq des neuf symptômes suivants, pendant une période de deux semaines, et doit avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes doit être soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir :**

- humeur dépressive présente pratiquement toute la journée
- diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités
- perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime
- insomnie ou hypersomnie
- agitation ou ralentissement psychomoteur
- fatigue ou perte d'énergie
- sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
- diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision

- pensées de mort récurrentes

Puis, il convient de caractériser l'intensité de l'épisode dépressif majeur :

- intensité légère
- intensité modérée
- intensité sévère sans caractéristique psychotiques

(Annexe 3)

DÉPRESSION PRÉNATALE

Ces pathologies sont en général sous-diagnostiquées, phénomène qui peut être imputé au fait qu'une symptomatologie anxio-dépressive chez les parturientes est souvent considérée comme normale, réactionnelle au potentiel stressant de toute grossesse et aux remaniements psychiques que cela induit chez elles.

Au niveau séméiologique, on retrouve la triade symptomatique :

- Humeur dépressive, bien que dans certains cas, celle-ci puisse être au second plan, masquée par une dysphorie comportant une humeur irascible, entrecoupée de décharges agressives imprévisibles. Ces manifestations sont souvent vécues de façon très coupable par les patientes.
- Ralentissement psychomoteur, qui peut parfois faire place au contraire à un tableau d'hyper vigilance anxieuse, comportant un état d'agitation et de tension interne manifestes.
- Manifestations somatiques associées (plaintes somatiques multiples, troubles du sommeil, asthénie) souvent au premier plan, et venant alors masquer la dépression.

Ainsi, le diagnostic de dépression prénatale peut être difficile à poser et ce pour deux raisons principales :

- L'existence de manifestations anxio-dépressives normales lors de la grossesse, secondaires aux intenses remaniements psychiques induits par cette période particulière de la vie d'une femme.

- La confusion possible entre les manifestations somatiques d'une dépression, et les manifestations fonctionnelles subjectives inhérentes à la grossesse (troubles du sommeil, fatigabilité, modification de l'appétit, de la libido ...).

Le critère devant alors orienter vers ce diagnostic est la notion d'une rupture par rapport au fonctionnement antérieur de la patiente, ainsi que la souffrance psychique engendrée par cet état.

DÉPRESSION DU POST PARTUM

On distingue classiquement 3 grandes complications psychiatriques possibles dans le post partum, par ordre chronologique d'apparition : l'état de stress post traumatique (dans les heures précédant ou suivant l'accouchement), la psychose puerpérale (entre la fin de la première semaine et la troisième semaine postnatale) puis la dépression du postpartum (débutant dans les 4 à 6 semaines suivant l'accouchement). On repère 2 pics de fréquence de la dépression du postpartum : vers la dixième semaine, puis vers le neuvième mois du postpartum (59, 38).

Tout d'abord, il convient de différencier la dépression du post partum du baby-blues. En effet, le baby blues est un évènement tout à fait physiologique, touchant entre 50 et 80% des accouchées, survenant dans les premiers jours du postpartum (moment où, à l'heure actuelle et dans une logique économique, les jeunes mères rentrent au domicile) et comportant une série de manifestations émotionnelles dysphoriques transitoires et spontanément résolutive (hyperesthésie affective, dépressivité, élation et/ou labilité de l'humeur, difficultés de concentration, dépersonnalisation, déréalisation) favorisées par les bouleversements hormonaux concomitants de cette période, et notamment la montée laiteuse. Le baby blues acquiert un caractère pathologique si sa durée et son intensité sont excessives.

La dépression du post partum constitue quant à elle un syndrome complexe, atypique par rapport à la clinique habituelle de la dépression, pouvant durer de longs mois, et nécessitant une prise en charge spécialisée et rapide, sous peine d'entraîner de graves conséquences pour la mère, l'enfant et l'équilibre familial.

On distingue deux sous-groupes au sein de cette entité clinique : les dépressions précoces du post-partum et les dépressions tardives du post-partum.

Les dépressions précoces surviennent dans le premier mois du post-partum. La symptomatologie se rapproche alors de celle de l'épisode dépressif majeur classique avec une tristesse de l'humeur, une anhédonie relative, un ralentissement psychomoteur, un sentiment d'incapacité et de culpabilité vis-à-vis de l'enfant dont la présence n'entraîne pas l'élan de joie attendu, et des idées suicidaires.

Les dépressions tardives apparaissent fréquemment dans le deuxième mois du post-partum, et jusqu'au 12ème mois. Le tableau clinique présenté est alors plus atypique, l'intensité modérée et l'évolution traînant sur plusieurs mois. Les principales caractéristiques séméiologiques retrouvées sont une dysphorie modérée, une asthénie sans ralentissement manifeste (voire même un état d'agitation discrète), une impatience et une irritabilité marquées, une difficulté pour la mère à exprimer ses émotions, d'autant plus qu'elle aura alors tendance à se considérer comme une mauvaise mère, au regard du contexte culturel mettant en avant la joie et le bonheur entourant nécessairement la maternité. La mère aura alors du mal à répondre aux besoins de son bébé, et à éprouver du plaisir dans les interactions avec celui-ci, générant un sentiment de culpabilité, d'incapacité maternelle et de faute vis-à-vis du bébé, et s'accompagnant d'un état d'anxiété important. Les idées suicidaires sont rarement présentes. On peut retrouver des phobies d'impulsion sur le bébé pouvant prendre un caractère envahissant.

On retrouve par ailleurs les symptômes classiques de la dépression tels qu'une anhédonie relative, un sentiment de découragement, des pleurs, une réduction des intérêts, avec une majoration de la symptomatologie dépressive le soir, et des troubles du sommeil marqués par des difficultés d'endormissement, sans réveil matinal précoce.

Cette symptomatologie, au-delà des conséquences directes sur la mère, altère les interactions mère-bébé (5), au sein desquelles le plaisir fait place à l'angoisse. Les risques à court terme sont le raptus anxieux et le passage à l'acte sur elle-même ou sur le bébé. Ce dernier pourra présenter des troubles psycho-fonctionnels (difficultés d'alimentation - anorexie, régurgitations, vomissements -, des pleurs inconsolables, une prise de poids insuffisante, ou encore des troubles du sommeil) avertissant sur sa souffrance, et qui devront alerter le pédiatre. En effet, dans ces situations, c'est souvent le bébé qui emmène sa mère chez le médecin ! À long terme, on retrouve des troubles du développement chez un quart des bébés de mères ayant souffert d'une dépression du post partum, des troubles de l'attachement, voire des épisodes dépressifs chez l'enfant.

Il est utile de mentionner que dans ces situations, le facteur de protection le plus fréquemment retrouvé est la présence d'un tiers secourable pour cette dyade pouvant être le père, ou bien, les professionnels de santé.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1 : INTRODUCTION : TCA ET GROSSESSE

La problématique des TCA et de la grossesse fait l'objet de nombreuses publications, à l'heure actuelle. Pourquoi un tel regain d'intérêt pour cette problématique ? Tout d'abord, en raison de l'augmentation de la prévalence des TCA, et notamment des formes dites « subcliniques » (c'est-à-dire ne présentant pas tous les critères diagnostiques) dans les sociétés occidentales. De plus, comme nous l'avons mentionné ci-dessus, les nosographies classiques subissent actuellement des remaniements. Enfin, nombre de patientes atteintes de TCA souffrent également d'une infertilité biologique, conséquence directe de leur pathologie : l'aménorrhée est secondaire à une insuffisance gonadotrope dite globale (absence de maturation folliculaire ovarienne), entrant dans le cadre des insuffisances gonadotropes hypothalamiques fonctionnelles, et ayant pour conséquence une anovulation chronique. Cependant, les progrès actuels des techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP), peuvent permettre à ces patientes d'accéder à la maternité, en dépit du déni persistant de leurs troubles.

Les recherches sur cette thématique ont pour objectif commun de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse selon laquelle ces grossesses, survenant chez des femmes souffrant de TCA, actuels ou passés, seraient à considérer comme des « grossesses à risque ».

Il est important de mentionner ici quelques écueils méthodologiques communs à toutes ces études. Tout d'abord, bon nombre de ces études consistent en des enquêtes rétrospectives. De plus, les études épidémiologiques sur cette thématique sont majoritairement des extrapolations statistiques à partir de données recueillies en population générale. Enfin, l'écueil méthodologique principal est la conséquence directe de l'évolution des classifications nosographiques : en effet, ces classifications étant en plein remaniement actuellement, toutes les études ne partagent pas la même définition des TCA, ce qui rend peu pertinente la comparaison des résultats. De même, de nombreuses patientes ne remplissent pas tous les critères diagnostiques des classifications actuelles, et souffrent donc de TCA subcliniques. Enfin, la majorité des études se sont intéressées aux patientes souffrant de boulimie, et peu à celles souffrant d'anorexie mentale (8).

2 : PERSPECTIVES DE LA MATERNITÉ CHEZ LES JEUNES FEMMES ANOREXIQUES

Peu d'études se sont consacrées à l'exploration de l'univers fantasmatique que suscite la perspective de la maternité chez les jeunes femmes souffrant de troubles des conduites alimentaires. Une étude qualitative, comparative avec une population témoin, menée au sein d'une population de 10 jeunes femmes souffrant de troubles des conduites alimentaires, a cependant retenu notre attention (3). Elle fait état de 3 constats : l'étonnante élaboration verbale à laquelle ont donné lieu les divers thèmes abordés, une certaine difficulté à s'affranchir du modèle familial d'origine, et le fantasme de réparation de soi que représente la maternité pour ces jeunes femmes. Ainsi, on retrouve des thèmes se rapportant à une problématique d'ordre narcissique, caractéristique des troubles des conduites alimentaires (fantaisies de l'ordre de l'idéal, du double, du non-séparé, de la réparation). L'investissement narcissique, inhérent à tout projet de maternité, semble toutefois occuper une place prédominante au sein de cette population, avec une idéalisation de la maternité, l'idée que la naissance d'un enfant donnerait un sens à leur vie, le peu de place disponible pour un tiers au sein de la dyade mère-enfant et les fantasmes de réparation de soi et de la relation mère-fille à travers l'enfant à venir. Ces résultats soulignent le risque potentiel d'un investissement presque exclusivement narcissique d'une future maternité, lequel pourrait entraîner de lourdes conséquences au niveau des interactions mère-enfant.

3 : PRÉVALENCE DES TCA DANS LA POPULATION DE FEMMES ENCEINTES

Tout d'abord, mentionnons le fait que, eu égard au déni des troubles par les patientes et à l'illusion de maîtrise les accompagnant, ces patientes échappent fréquemment au dépistage en population générale, aux soins (40) mais également aux projets de recherche les concernant.

Le premier constat qui s'impose, au vu du faible nombre d'études concernant cette thématique, est la difficulté à réaliser des enquêtes épidémiologiques au sein de populations de femmes enceintes souffrant de TCA.

Nous avons retenu une étude conduite chez de jeunes mères chinoises (44), évaluant la prévalence des symptômes boulimiques uniquement, par un auto-questionnaire complété pendant la grossesse (EDI-2). Les chiffres retrouvés dans cette étude sont de 8.4% pendant la grossesse et 19.08% au décours.

En conséquence, les données retenues à l'heure actuelle en termes de prévalence des TCA dans ces populations sont donc principalement le fruit d'extrapolations de la prévalence des TCA dans les populations de femmes en âge de procréer.

Ainsi, la prévalence vie entière, dans les sociétés occidentales, est pour l'anorexie mentale de 0.5 à 1% ; et pour la boulimie de 1 à 4%. (37) En y ajoutant les formes subcliniques, on estime alors que ces troubles seraient 2 à 5 fois plus fréquents (APA 2000). Ainsi, par extrapolation, on peut supposer que 3% des femmes prises en charge pour leur grossesse présentent un TCA et que 15% présentent une forme subclinique.

Cependant, une autre manière de mettre en évidence la prévalence des TCA dans les populations de femmes enceintes est de s'intéresser à l'hypofertilité associée aux TCA. En effet, nous l'avons vu, cette hypofertilité peut amener ces femmes à consulter dans des centres d'AMP. Les données existantes, dont la limite principale est la faible puissance, suggèrent néanmoins qu'entre 8 et 20% des femmes prises en charge par ces centres présenteraient des TCA, non diagnostiqués par les équipes d'AMP (32, 62). Les résultats de ces études mettent en évidence le sous-diagnostic de ces pathologies dans ce contexte d'AMP et donc, la nécessité de mise en place d'un dépistage des TCA dès le début de cette prise en charge spécialisée, ce qui suppose une sensibilisation des obstétriciens à cette problématique et un travail collaboratif et multidisciplinaire.

4 : LA GROSSESSE DES FEMMES SOUFFRANT DE TCA

Chez les femmes souffrant de TCA, actuels ou passés, les modifications importantes et rapides du schéma corporel ainsi que le bouleversement physiologique et psychologique de la grossesse, sont susceptibles de réactiver, dans un après-coup de l'adolescence, certaines problématiques notamment autour de l'investissement de leur corps sexué et d'une passivité angoissante et subie. De plus, l'accès à la maternité et les remaniements identitaires qu'elle entraîne mettent à nouveau sur le devant de la scène les problématiques de séparation-individuation, d'autonomie et de différenciation, notamment vis-à-vis des imagos parentales. La grossesse peut ainsi constituer pour ces femmes une période d'importante vulnérabilité, à laquelle il convient d'être vigilant. Cependant, bien souvent, les professionnels en lien avec ces femmes manquent d'information et de connaissances concernant cette problématique particulière, expliquant la fréquente absence de dépistage, de diagnostic et de prise en charge adaptée de ces grossesses à risque somatique et psychique, pour la mère, pour l'enfant et pour l'équilibre familial.

Plusieurs publications (43, 52, 67, 10, 54, 23, 64, 12, 17, 22, 60, 50) suggèrent l'existence de deux voies de réorganisation des troubles des conduites alimentaires pendant la grossesse.

D'une part, chez les femmes boulimiques et celles ayant un TCA passé, on retrouve plutôt un assouplissement des conduites pathologiques pendant la grossesse, avec une diminution des symptômes alimentaires et des préoccupations autour de l'apparence et du poids. Cette amélioration clinique serait expliquée par l'investissement du fœtus dans un mouvement de protection de ce dernier vis-à-vis des conduites pathologiques de la mère, mouvement soutenu et renforcé par le support social et familial concomitant de la grossesse. Cependant, cette accalmie relative serait suivie d'une recrudescence des troubles en post partum, dépassant le niveau symptomatique d'avant la conception.

D'autre part, chez les femmes souffrant d'un TCA actif au moment de la conception, on observe plutôt une majoration voire une réapparition des conduites pathologiques, qui serait associée à une plus grande morbidité fœtale et obstétricale.

Enfin, un antécédent de TCA augmenterait le risque de présenter des symptômes dépressifs pendant la grossesse et le post partum (48) ; et un antécédent de dépression et de TCA augmenterait le risque de présenter des symptômes anxieux et dépressifs pendant la grossesse et le post partum (51).

5 : MORBIDITÉ OBSTÉTRICALE DES FEMMES SOUFFRANT DE TCA

Là encore, les résultats divergent. En effet, des études de cas, anciennes et portant sur de petits effectifs retrouvaient une augmentation des complications obstétricales et fœtales : malformations fœtales, mort in utero, prématurité, petit poids de naissance. A l'inverse, les résultats de différentes études, d'une puissance supérieure, retrouvent des grossesses se déroulant normalement et sans complication majeure (2, 18, 14, 12, 31). Il semblerait en fait que la différence réside entre les TCA actuels, dont la morbidité obstétricale serait plus importante, et les TCA passés, dont l'issue obstétricale serait plus favorable (53, 51).

Néanmoins, quatre invariants peuvent être mis en évidence :

- L'état de dénutrition maternelle s'accompagne d'une baisse du taux placentaire de β -HSD, qui aurait pour conséquence une perturbation de la régulation des glucocorticoïdes et exposerait le fœtus à un plus grand niveau de cortisol. Cela mimerait une « réponse au stress » et pourrait, d'une part, être associé à une plus grande fréquence de petits poids à la naissance et d'autre part, avoir des conséquences sur la régulation neurohormonale du stress par le fœtus et par l'enfant, ainsi que sur le développement cognitif ultérieur de l'enfant (53).
- En ce qui concerne les femmes souffrant d'une boulimie actuelle avec vomissements, elles présenteraient d'une part, un risque accru de diabète gestationnel, avec pour conséquence, une macrosomie fœtale ; d'autre part, du fait des vomissements, des déséquilibres hydro-électrolytiques, ainsi qu'une plus grande fréquence des fausses-couches et naissances prématurées (51, 10).
- Il semblerait qu'une donnée soit retrouvée de manière plus constante : un petit poids de naissance pour l'âge gestationnel, réversible à 3 mois. En effet, Brinch (13) retrouve 14,5 % de bébés de mères anorexiques ayant un petit poids à la naissance, contre 6,8 % dans la population générale.
- Enfin, il y aurait un taux plus élevé de césariennes chez les femmes anorexiques, dont le mécanisme n'est pas entièrement compris (49).

Ainsi, il existerait une spécificité obstétricale pour les patientes souffrant de TCA, actuels ou passés. Il apparaît alors nécessaire de pouvoir mettre en place les moyens de les dépister puis les diagnostiquer afin de leur proposer une prise en charge obstétricale adaptée.

6 : POST PARTUM DES FEMMES SOUFFRANT DE TCA

La littérature scientifique retrouve, nous l'avons mentionné précédemment, une fréquente recrudescence symptomatique des TCA en post partum, qu'il s'agisse de TCA actuels ou passés. Cette donnée se vérifie notamment chez les femmes boulimiques, dont deux tiers connaîtraient des rechutes symptomatiques en post partum (10, 49). De plus, cette recrudescence des symptômes alimentaires pourrait constituer un facteur de risque de survenue d'une dépression du post-partum (54, 1, 31, 48, 44).

Différentes hypothèses explicatives peuvent être formulées : sensibilité particulière aux modifications hormonales liées à l'accouchement et au post partum; vulnérabilité des femmes souffrant de TCA aux troubles thymiques avec une fréquente comorbidité ; moindre support familial; vulnérabilité à l'expression des sentiments de détresse, d'expressions émotionnelles négatives du bébé (pleurs, cris...) et incapacité à y répondre de manière contenante.

Or une dépression du post partum n'est pas sans conséquence sur le développement de l'enfant. En effet, 24% des enfants de mères ayant connu une dépression du post partum présenteront des troubles précoces du développement (55), notamment des troubles du sommeil, de l'alimentation, une fréquence augmentée de troubles du comportement, des émotions négatives et des troubles de l'attachement. (61, 45, 25, 33).

Au vu de ces données alarmantes, il semble évident que la prise en charge adaptée de cette population, pendant la grossesse et dans le post partum, constitue un véritable enjeu de santé publique. Dans ce contexte, il s'avère indispensable de mettre en place des stratégies de prévention pour cette population qui doit être considérée comme à « haut risque », et d'individualiser les facteurs prédictifs de décompensations dépressives dans la période du post partum.

7 : RETENTISSEMENT DES TCA SUR LA PARENTALITÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS

La littérature scientifique dans ce domaine traite principalement des distorsions de la sphère alimentaire, et très peu des interactions précoces, du schéma d'attachement ou encore de la prise en compte du développement de l'enfant dans sa globalité.

Pour ce qui est des distorsions de la sphère alimentaire, divers travaux (1, 31, 57) ont mis en évidence certaines caractéristiques spécifiques :

- Perturbations alimentaires : difficulté pour l'initiation et/ou le maintien de l'allaitement, diminution de la durée des repas, application stricte des consignes d'alimentation aux dépens d'un certain degré de liberté, absence de convivialité et du caractère ludique habituellement associé aux temps de repas, parfois difficulté dans la préparation des repas, manque de reconnaissance par la mère des signaux de faim et de satiété de son enfant (53). De plus, plus l'indice de masse corporelle (IMC) maternel est bas, plus les conflits sont forts avec les enfants autour des repas (65).
- Préoccupations excessives de la mère pour le poids et l'aspect physique de son enfant : notamment s'il s'agit d'une fille, exprimant plus d'insatisfaction concernant l'apparence physique, l'appétit et les préférences alimentaires des enfants (53).
- Dysfonctionnements des interactions précoces : en situation de jeu (plus de contrôle, moins de spontanéité et d'initiatives personnelles), difficulté pour la mère à reconnaître les émotions négatives chez l'enfant, recours à une réponse comportementale avec ingestion de nourriture lors des moments de frustration de l'enfant, manque de capacité chez la mère à favoriser l'autonomisation de son enfant. A trois mois, 92% des mères souffrant de TCA rapportent des difficultés interactives avec leurs enfants, contre 13% pour la population témoin (41). Elles seraient plus autoritaires, intrusives et dans le contrôle lors des interactions, faisant preuve de peu de sensibilité aux besoins et aux états émotionnels des enfants (65, 36). Les mères ayant une grande insatisfaction de leur corps semblent être permissives et dans l'évitement du conflit avec leurs enfants (36). Ainsi, les TCA maternels, même subcliniques, sont associés à des distorsions interactives précoces et à des troubles précoces de la parentalité.
- Troubles psychiques avérés de l'enfant : notamment dépression, troubles de l'attachement, troubles de la socialisation et troubles du comportement, affectant davantage les filles que les garçons (46, 36).

Ainsi, le trouble du comportement alimentaire maternel aurait des conséquences significatives sur le développement des enfants, notamment par le biais d'une aggravation du TCA dans le postnatal, d'une augmentation de la fréquence des dépressions maternelles du postpartum et des distorsions interactives précoces. Ce constat incite à une vigilance accrue de ces dyades dans le post-partum, ainsi qu'à un dépistage dans le prénatal, permettant ainsi de limiter les conséquences négatives en post partum, tant au niveau somatique que psychique, pour la mère, l'enfant, et l'équilibre familial (8).

8 : DÉPRESSIONS MATERNELLES PRÉ ET POST-NATALES, EN POPULATION GÉNÉRALE ET CHEZ LES FEMMES SOUFFRANT DE TCA

La littérature scientifique dispose de peu de données concernant les dépressions prénatales en population générale. Une étude de 1989, portant sur un groupe de 360 femmes, retrouve 25% de symptomatologie dépressive, et 10% d'épisodes dépressifs caractérisés (35). Les données plus récentes d'une méta-analyse font état d'une prévalence des dépressions prénatales de l'ordre de 10 à 20% (11). Cette prévalence varie selon les études de 2% (11) à 27,5% (34). Cet écart important s'explique par l'hétérogénéité des critères diagnostiques retenus, de la date d'évaluation (premier, deuxième ou troisième trimestre de grossesse) et des instruments de mesure utilisés (6).

Le principal facteur de risque retrouvé est l'existence d'antécédents psychiatriques personnels (dépressifs et/ou anxieux), dans le contexte puerpéral ou indépendamment de celui-ci. Les antécédents familiaux thymiques et/ou anxieux semblent nettement moins importants (24). D'autres corrélations significatives ont été mises en évidence, d'ordre médical : antécédents de complications obstétricales, antécédents d'avortement et d'accouchements prématurés (26); mais également socio-économiques : relations conjugales conflictuelles, maltraitance dans l'enfance, isolement socio-affectif, et dans une moindre mesure, bas niveau social et primiparité (24).

La dépression prénatale a une valeur pronostique sur la survenue d'une dépression en post partum. En effet, 20 à 50% des femmes souffrant d'une dépression du post partum présenteraient déjà une dépression prénatale (47, 35).

A notre connaissance, il n'existe pas de données spécifiques dans la littérature scientifique concernant les dépressions prénatales chez les femmes souffrant de TCA.

En ce qui concerne la dépression post partum, cette pathologie toucherait, en population générale, 10 à 15% des accouchées (28, 56, 58). Au sein de la population de femmes souffrant de TCA, ce chiffre serait deux à trois fois plus important : en effet, il toucherait un tiers des femmes souffrant de TCA (21, 25).

Cette pathologie nécessite un dépistage précoce, dès la période anténatale, car les conséquences d'une dépression du post partum sont importantes pour l'enfant, avec un risque accru de troubles du comportement et d'attachement de type insécure (55).

Plusieurs travaux ont mis en évidence différents facteurs de risque de survenue de cette pathologie. Cependant, comme souvent en psychiatrie, aucun de ces facteurs n'est responsable à lui seul du déclenchement de la pathologie. Les facteurs de risque fréquemment retrouvés sont : les antécédents de dépression, l'existence d'un trouble anxieux pendant la grossesse, des relations conjugales conflictuelles, un isolement social, un faible niveau socio-économique, des évènements de vie stressants au cours de la grossesse et, dans une moindre mesure, l'existence de complications obstétricales (24, 30, 56, 63, 66).

L'évolution des dépressions du post partum est peu étudiée à ce jour. Cependant, on constate que les dépressions du post partum remplissant les critères d'une dépression caractérisée, ont une évolution spontanée très défavorable : à un an, la moitié des patientes présentent toujours une symptomatologie dépressive résiduelle ; l'autre moitié présente une dépression résolutive en 3 à 6 mois (42). En ce qui concerne le risque de récurrence lors d'une grossesse ultérieure, il est de 25 à 30% (19).

HYPOTHÈSES

Ainsi, la problématique posée recouvre différents domaines, allant de la psychiatrie, à la pédopsychiatrie, en passant par l'obstétrique et la pédiatrie.

1 : HYPOTHÈSE PRINCIPALE :

La dépression maternelle pré et postnatale chez les femmes souffrant de TCA, aurait un impact négatif sur l'investissement de l'enfant dès la période prénatale.

La dépression maternelle pré et postnatale sera évaluée par 2 auto-questionnaires (BDI, EPDS). L'investissement de l'enfant sera quant à lui approché par l'étude des représentations maternelles, au cours d'un entretien semi-structuré (IRMAG).

2 : HYPOTHÈSES SECONDAIRES :

- L'investissement de l'enfant en prénatal serait, chez les femmes souffrant de TCA, plus narcissique qu'objectal. Il serait à mettre en lien avec un contre-investissement en emprise narcissique, incluant le bébé, conséquence du mouvement dépressif. Nous utiliserons également l'IRMAG pour mettre cette hypothèse à l'épreuve.
- La transparence psychique de la grossesse, chez ces femmes déprimées, ferait émerger préférentiellement les souvenirs traumatiques, notamment concernant le domaine de la sexualité. Cette hypothèse sera mise à l'épreuve par l'analyse d'un deuxième entretien semi-structuré (Entretien T2)
- La perception par les mères du tempérament de leur enfant serait plus négative chez les femmes souffrant de TCA, en lien avec la dépression du post partum et les projections de ces patientes déprimées sur leur enfant. Nous mettrons à l'épreuve cette dernière hypothèse par l'utilisation d'un auto-questionnaire mesurant le tempérament « difficile » de l'enfant par sa mère (QT6).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La recherche que nous avons menée pour ce travail de thèse est observationnelle, prospective, bicentrique, non interventionnelle et comparative avec un groupe témoin.

Elle utilise des données démographique, sociologiques, médicales et psychiatriques, ainsi que des instruments quantitatifs et qualitatifs. Toutes les données ont été rendues anonymes à des fins de recherche.

Elle consiste en un suivi d'une population à risque, organisée autour du suivi d'un groupe d'étude (patientes) et d'un groupe contrôle (témoins).

Le groupe d'étude se compose de femmes enceintes souffrant de TCA, actuels ou passés. Le groupe contrôle se compose quant à lui de femmes enceintes exemptes de TCA.

Ces deux groupes sont suivis du 7^{ème} mois de grossesse aux 4 mois de l'enfant.

1 : MATÉRIEL

- Les 2 groupes ont été recrutés sur deux centres :

- La Maternité de l'Institut Mutualiste Montsouris, à Paris.

Il a été proposé aux femmes suivies dans le cadre de leur grossesse, par les sages-femmes et pour certaines, par le pédopsychiatre de liaison, de participer à cette étude.

- Le service de Protection Maternelle et Infantile du territoire Terres de Lorraine, à Toul et Neuves-Maisons.

Il a été proposé aux femmes suivies dans le cadre de leur grossesse par les sages-femmes, de participer à cette étude.

GROUPE D'ÉTUDE

Le groupe d'étude comprend 7 femmes présentant un TCA actuel ou passé, (anorexie, boulimie ou forme mixte), sur la base des critères suivants :

Critères d'inclusion :	Critères de non-inclusion :
<ul style="list-style-type: none"> • Femmes enceintes âgées de 18 à 43 ans • Diagnostic de TCA actuel ou passé • Maîtrisant la langue française • Ayant donné leur consentement signé 	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents de schizophrénie ou autres troubles psychotiques (DSM IV-TR) • Antécédent de pathologie somatique grave • Ne maîtrisant pas la langue française • Antécédents obstétricaux traumatiques • Pertes périnatales

GROUPE « CONTRÔLE »

Le groupe « contrôle » comprend 6 femmes, exemptes de TCA, constitué sur la base des critères suivants :

Critères d'inclusion :	Critères de non-inclusion :
<ul style="list-style-type: none"> • Femmes enceintes âgées de 18 à 43 ans • Absence de tous les critères diagnostiques de TCA • Maîtrisant la langue française • Ayant donné leur consentement signé 	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents de schizophrénie ou autres troubles psychotiques (DSM IV-TR) • Antécédent de pathologie somatique grave • Ne maîtrisant pas la langue française • Antécédents obstétricaux traumatiques • Pertes périnatales

CRITÈRES D'EXCLUSION

Critères d'exclusion pour les deux groupes :
<ul style="list-style-type: none"> • Désertion de l'étude ; • Survenue d'une perte périnatale pendant l'étude (Interruption Médicale de Grossesse (IMG), mort fœtale in utero, mortalité péri et néonatale) • Découverte d'une fœtopathie ; • Survenue d'une pathologie maternelle grave pendant la grossesse et la puerpéralité (incompatibilité fœto-maternelle, pré-éclampsie, embolie pulmonaire, hystérectomie d'hémostase) ; • Survenue d'une maladie grave chez les enfants, à l'exception des pathologies de l'oralité et des conduites alimentaires.

2 : MÉTHODES

LA RECHERCHE-ACTION

Cette étude s'inscrit dans le cadre de la recherche-action. En effet, dans le cadre de la recherche en santé mentale, la recherche-action permet d'associer à la démarche scientifique de recherche, une dimension thérapeutique. L'intérêt principal est le bénéfice potentiel direct que la population d'étude (groupe d'étude et groupe témoin) peut tirer de son implication au sein de la recherche proposée.

Ainsi, les entretiens proposés aux femmes pendant ce moment particulier de leur vie qu'est la grossesse et le post partum, leur ont offert un espace privilégié d'écoute, qu'elles ont largement investi, laissant supposer qu'elles ont pu y trouver un bénéfice direct.

LE PROTOCOLE D'ÉTUDE

La phase prénatale

Étape I : entre 28 et 32 SA

Cette période correspond au mouvement de transparence psychique, et également au commencement du processus de préoccupation maternelle primaire.

Étape II : 3 semaines environ après le premier entretien

La phase postnatale

Étape III : 6 à 9 semaines après l'accouchement

Cette période correspond à l'un des 2 pics de dépression du post partum (le second se situant aux 9 mois de l'enfant).

Étape IV : aux 4 mois du bébé

Schéma récapitulatif de l'étude

	Étape I 28 à 32 SA	Étape II 3 semaines après T1	Étape III 6 à 9 semaines post partum	Étape IV 4 mois du bébé
Données socio- démographiques et médicales	✓			
Données obstétricales			✓	
Données pédiatriques			✓	✓
Données pondérales pour les mères	✓		✓	✓
EDE-Q	✓		✓	✓
EPDS	✓		✓	✓
BECK	✓		✓	✓
STAI	✓		✓	✓
QT6				✓
MINI TCA	✓			
IRMAG	✓			
Entretien semi structuré T2		✓		

Les entretiens proposés aux 2 groupes ont été enregistrés, avec le consentement écrit des patientes et des témoins.

Ils ont été réalisés, à la convenance des patientes et des témoins, soit au sein des établissements de soins, soit à leur domicile.

LES AUTO-QUESTIONNAIRES

- L'Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

L'EDE-Q (Fairburn, 1993. Traduction française : en cours) est un auto-questionnaire dérivé de l'Eating Disorder Examination interview, permettant une cotation à la fois

catégorielle et dimensionnelle des symptômes alimentaires. L'EDE-Q évalue les traits principaux des TCA sur la période des 28 derniers jours.

Il est composé de 28 items permettant d'évaluer la fréquence et /ou la sévérité du TCA, ainsi que les résultats à 4 sous-scores : préoccupations alimentaires, préoccupations concernant le poids, préoccupation concernant l'apparence corporelle et restrictions.

- L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

L'EPDS (Cox et al 1987 ; traduction et validation française Guedeney et al 1998) est un auto-questionnaire en 10 items, cotés de 0 à 30, qui permet le dépistage dans les premiers jours du post partum des sujets à risque de dépression et celui des mères déprimées dans les semaines et les mois suivants. Une corrélation hautement significative a été retrouvée entre les scores à l'EPDS au 5^{ème} jour du post-partum et à la 6^{ème} semaine. Il permet aussi, en prénatal, l'évaluation du risque de dépression postnatale.

Le seuil de détection dans le postnatal se situe à 10 alors qu'en prénatal il est modifié à 12 (Guédeney, 2001).

- Le questionnaire abrégé de Beck (BDI)

Le BDI (Beck et al 1972 ; traduction française Pichot) est une auto-évaluation de la dépression et de son intensité. Il est surtout utile au suivi de l'évolution des symptômes dépressifs.

Il explore 13 symptômes : tristesse, pessimisme, échec personnel, insatisfaction, culpabilité, dégoût de soi, tendances suicidaires, retrait social, indécision, modification négative de l'image de soi, difficulté au travail, fatigabilité, anorexie.

La note globale, sur 39, est obtenue en additionnant les scores des treize items et permet d'établir 4 degrés de gravité (pas de dépression : de 0 à 3, dépression légère : de 4 à 7, dépression d'intensité moyenne à modérée : de 8 à 15, dépression sévère : à partir de 16).

- L'inventaire d'anxiété état-trait (STAI)

Le STAI (Spielberger, forme X, 1969, puis reformulé sous la forme Y actuelle Spielberger, 1983 ; adaptation française de la forme Y, Bruchon-Schweitzer et Paulham, 1993) est un auto-questionnaire de 40 items en 2 parties de 20 items chacune, qui évaluent de façon indépendante l'anxiété-état (STAI-A) et l'anxiété-trait (STAI-B). Cette capacité de discerner entre une angoisse « trait de personnalité » et une « angoisse état » en réaction à un événement ponctuel est une de ses grandes richesses.

Chaque item est coté de 1 à 4. Pour chaque partie la note varie donc de 20 à 80. Les scores retrouvés s'expriment donc en intensité d'anxiété-état et anxiété-trait (< 35 : très faible, de 36 à 45 : faible, de 46 à 55 : moyenne, 56 à 65 : élevée, >65 : très élevée)

- Le questionnaire sur le tempérament du nourrisson à 6 mois (QT6)

Le QT6 (Bertrais, Larroque, Bouvier-Colle, Kaminski, 1994) est la validation de la version française de l'Infant Child Characteristics Questionnaire (Bates, Freeland, Lounsbury, 1979). Il a été développé pour mesurer le tempérament « difficile » de l'enfant, à partir d'un questionnaire posé aux parents. Il a été créé initialement pour être utilisé pour des enfants de 6 à 9 mois ; cependant, il peut être utilisé à partir des 4 mois de l'enfant.

Les score obtenus pour chaque sous catégorie (enfant perçu comme irritable/difficile, inadaptable, inactif/non enjoué, imprévisible) vont de 0 à 7.

LES HÉTÉRO-QUESTIONNAIRES

- Le mini-TCA

Il s'agit d'une adaptation, spécialement conçue pour les besoins de l'étude et en cours de validation par le réseau GAIA, des chapitres Anorexie mentale et Boulimie du MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview, French version 5.0.0, DSM-IV (Sheehan & Lecrubier, 1992, 1994, 1998)). Il s'agit d'un hétéro questionnaire permettant une évaluation en une vingtaine de questions, de l'existence de symptômes, actuels ou passés, d'anorexie mentale ou de boulimie.

- L'interview pour les Représentations Maternelles pendant la Grossesse (IRMAG)

L'IRMAG (Ammaniti, 1999) est un entretien semi-directif de 41 questions (accompagné de 5 échelles d'adjectifs), standardisé et validé, permettant d'appréhender les représentations maternelles prénatales. Il est administré préférentiellement dans la période qui va de la 28^{ème} à la 32^{ème} semaine de grossesse, la présence de l'enfant étant bien définie dans l'espace psychique maternel qui n'est pas encore empreint des angoisses envahissantes liées à l'imminence de l'accouchement. L'exploration de ces représentations est étendue car elle prend en compte tant les représentations de la femme par rapport à son identité féminine et maternelle que les représentations de l'enfant au cours de la grossesse et après la naissance.

Par ailleurs, l'IRMAG peut être analysé en tenant compte aussi bien des contenus que de la structure narrative. Les caractéristiques de cette dernière permettent d'examiner en profondeur la capacité de la femme à élaborer son expérience et à la communiquer. L'interview a pour particularité d'approfondir les domaines suivants :

- Le désir de maternité dans l'histoire personnelle de la femme et dans l'histoire du couple ;
- Les émotions personnelles, du couple et de la famille à l'annonce de la grossesse ;
- Les émotions et les changements au cours de la grossesse dans la vie personnelle, du couple et dans le rapport avec sa propre mère ; la perspective de l'accouchement ;
- Les perceptions, les émotions et les fantasmes relatives à l'« enfant interne » ;
- Les attentes futures à propos des caractéristiques de soi en tant que mère et des caractéristiques de l'enfant ;
- La perspective historique de la mère par rapport à son rôle présent et passé de fille.

L'analyse de l'entretien se fait ensuite en référence à un système de codifications qui utilise différentes dimensions permettant d'étudier le modèle narratif de soi en tant que mère et de l'enfant, et qui concerne les sphères suivantes :

- La richesse des perceptions
- L'ouverture au changement et à la flexibilité
- L'intensité de l'investissement
- La cohérence
- La différenciation

- La dépendance sociale
- La dominance des fantasmes

- Entretien T2

Il s'agit d'un entretien clinique spécialement conçu pour les besoins de l'étude et en cours de validation par le réseau GAÏA. Il aborde différents thèmes :

- La puberté, l'image du corps, et la féminité
- La sexualité
- Les relations de couple
- La relation à la mère
- L'image du corps pendant la grossesse
- L'accouchement et le post partum immédiat
- La question du féminin et du maternel

Nous n'avons exploré que la thématique de la sexualité, dont on peut penser qu'elle aura une incidence sur la construction du féminin.

Bien entendu, nous n'avons pas négligé les autres éléments explorés grâce à cet entretien. Ces données seront analysées dans le cadre de travaux de recherche futurs.

ÉTHIQUE

Cette étude constitue une étude préliminaire du projet GAÏA, pour lequel une demande auprès du CPP a été sollicitée.

RÉSULTATS

1 : ANALYSE STATISTIQUE

Nous avons utilisé des tests non paramétriques.

Les moyennes et médianes des deux populations ont été comparées à l'aide du test de Mann-Whitney. Les distributions ont été comparées à l'aide du test de Fisher. Le seuil de significativité statistique est défini pour $p < 0,05$.

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS v 15.

2 : CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION D'ÉTUDE

Âge :

L'âge moyen des patientes est de 32,1 ans (m : 26 ans, M : 37 ans, σ : 4,45), celui des témoins est de 29,7 ans (m : 26 ans, M : 37 ans, σ : 3,93). **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p=0,366$).**

État civil :

43% des patientes se déclarent célibataires, 57 % se déclarent mariées ou vivant maritalement. Toutes les témoins se déclarent mariées ou vivant maritalement. **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p=0,192$), cependant, il existe une tendance à plus de célibataires chez les patientes.**

Années de vie commune avec le partenaire :

Les patientes vivent en moyenne depuis 3,4 ans avec leur partenaire (m : 0, M : 8, σ : 2,99), les témoins depuis 4,3 ans (m : 1, M : 9, σ : 2,94). **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p=0,534$).**

Statut professionnel :

Pour la population de patientes : 14 % sont « employées », 29 % « profession intermédiaire », 43% « profession intellectuelle supérieure », et 14% « cadre ». Pour la population témoin : 17 % sont « employées », 33 % « profession intermédiaire », 33 % « profession intellectuelle supérieure », et 17 % « cadre ».

Statut professionnel au 7^{ème} mois de grossesse :

57% des patientes sont en activité, 43 % sont en interruption d'activité professionnelle. 67% des témoins sont en activité, 33 % sont en interruption d'activité professionnelle. **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p=1$).**

Antécédents d'interruption volontaire de grossesse (IVG) :

Aucune des patientes n'a eu recours à 1 IVG au cours de sa vie, 1 témoin y a eu recours. **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p=0,462$).**

Antécédents d'interruption médicale de grossesse (IMG) :

Aucune des patientes, ni des témoins n'a bénéficié d'1 IMG au cours de sa vie. **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p=1$).**

Antécédents de fausse couche spontanée (FCS) :

Une patiente a souffert d'1 FCS au cours de sa vie, à 6 SA, une témoin a souffert d'1 FCS au cours de sa vie, à 5 SA. **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p=1$).**

Gestité :

La médiane du nombre de grossesses est de 2 pour les patientes (m : 1, M : 3) et 1 pour les témoins (m: 1, M : 7). **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p=0,366$).**

Parité :

La moyenne du nombre d'accouchements est de 0,43 pour les patientes (m : 0, M : 1), et 0,67 pour les témoins (m : 0, M : 4). **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p=0,628$).**

Antécédents d'aménorrhée :

86% des patientes ont déjà souffert d'une ou plusieurs périodes d'aménorrhée au cours de leur vie, aucune des témoins n'a souffert d'aménorrhée au cours de sa vie. **On met en évidence une différence significative pour cette variable ($p= 0,005$), les patientes ayant plus d'antécédents d'aménorrhée.**

L'âge moyen lors de la première période d'aménorrhée est de 19,2 ans (m : 14, M : 24, σ : 4,31). 67 % n'ont eu qu'un épisode d'aménorrhée au cours de leur vie, 33 % en ont eu plusieurs. La médiane de durée de l'épisode principal d'aménorrhée est de 8,5 mois (m : 4, M : 108).

Recours à l'AMP :

Aucune des patientes n'a eu recours à l'AMP, 1 témoin y a eu recours. **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p=0,462$).**

Nombre de fœtus :

Toutes les grossesses étaient à embryon unique, exceptée une grossesse gémellaire chez 1 des témoins. **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p=0,628$).**

Comorbidités somatiques :

Une patiente souffre d'une pathologie thyroïdienne traitée, aucune des témoins ne souffre d'une pathologie somatique chronique. **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p=1$).**

Comorbidités psychiatriques :

86% des patientes et 33% des témoins présentent une comorbidité psychiatrique. **On ne met pas en évidence de différence significative cependant, il existe une tendance pour la population de patientes à présenter plus de comorbidités psychiatriques ($p=0,103$).**

57 % des patientes et 17% des témoins souffrent d'un trouble de personnalité type borderline. **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p= 0,266$).**

29% des patientes et aucune des témoins, ont un antécédent de trouble obsessionnel compulsif (TOC). **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p= 0,462$).**

29 % des patientes et aucune des témoins ont un antécédent d'EDM. **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p= 0,462$).**

86 % des patientes et 17% des témoins ont un antécédent de troubles anxieux. **On met en évidence une différence significative, les patientes ayant plus d'antécédents de troubles anxieux que les témoins. ($p=0,029$).**

3 : CARACTÉRISTIQUES DU TCA

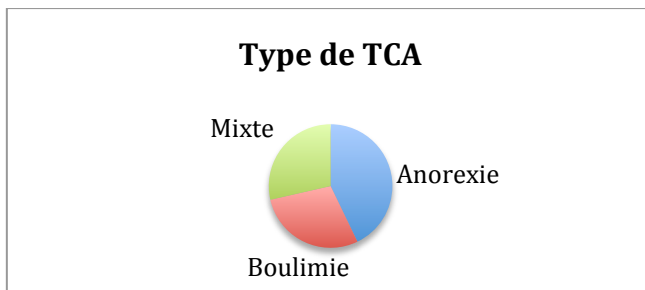
Profil détaillé du TCA :

- 3 patientes souffrent ou ont souffert d'anorexie mentale restrictive,
- 1 patiente souffre ou a souffert de boulimie avec vomissements,
- 1 patiente souffre ou a souffert de boulimie avec vomissements puis d'anorexie mentale restrictive,
- 1 patiente souffre ou a souffert de boulimie avec autres conduites de purge ou période de jeûne,
- 1 patiente souffre ou a souffert d'anorexie mentale restrictive puis de boulimie avec vomissements + mérycisme.

Type de TCA : (Figure 1)

- 3 patientes souffrent ou ont souffert d'anorexie mentale
- 2 patientes souffrent ou ont souffert de boulimie
- 2 patientes souffrent ou ont souffert d'une forme mixte

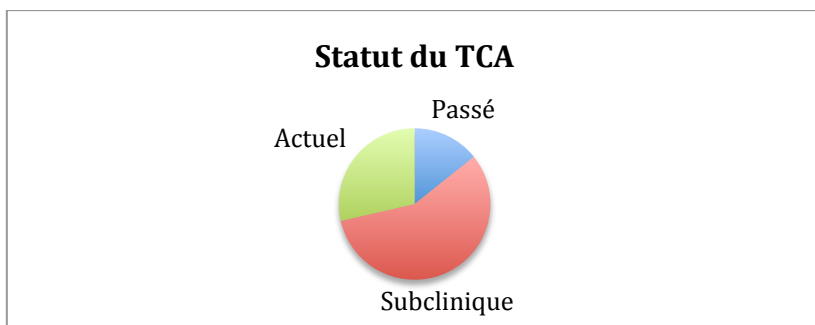
Figure 1



Statut du TCA: (Figure 2)

- 1 patiente présente un TCA passé
- 4 patientes présentent un TCA subclinique
- 2 patientes présentent un TCA actuel

Figure 2



4 : DONNÉES OBSTÉTRICALES

Pour les données suivantes, l'effectif considéré est n=13, (7 patientes + 6 témoins).

Hospitalisation pendant la grossesse:

29 % des patientes et 17 % des témoins ont été hospitalisées durant leur grossesse. **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p=1$).**

Prise de traitement psychotrope pendant la grossesse :

43 % des patientes et aucune des témoins, ont pris un traitement psychotrope pendant la grossesse. **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p= 0, 192$), cependant, il existe une tendance à une prise de traitement psychotrope pendant la grossesse chez les patientes.**

MAP :

43 % des patientes, et 50 % des témoins ont présenté une MAP. **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p=1$).**

Terme :

La moyenne du terme est de 38,7 SA pour les patientes (m : 38, M : 39, σ : 0,393), et 39 SA pour les témoins (m : 38, M : 41, σ : 1,140). **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p=0,836$).**

Césarienne :

1 patiente et 1 témoin ont accouché par césarienne. **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p=1$).**

5 : DONNÉES PÉDIATRIQUES

Pour les données suivantes, l'effectif considéré est $n=12$, (7 patientes + 5 témoins).

Sexe des bébés :

57 % des patientes ont accouché d'un enfant de sexe féminin, 43 % d'un enfant de sexe masculin. 40 % des témoins ont accouché d'un enfant de sexe féminin, 60 % d'un enfant de sexe masculin. **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p=1$).**

Pour les données suivantes, l'effectif considéré est $n=13$, (7 patientes + 6 témoins).

Allaitement maternel :

71% des patientes et 67 % des témoins ont eu recours à l'allaitement maternel. **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p=1$).**

Pour les données suivantes, l'effectif considéré est $n=12$, (7 patientes + 5 témoins).

Poids et tailles des enfants :

A : À la naissance

La médiane des poids de naissance des enfants des patientes est de 3150 g (m : 2980, M : 3900), celle des enfants des témoins est de 3126 g (m : 2790, M : 3300). **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p=0,639$).**

La médiane des tailles de naissance des enfants des patientes est de 48 cm (m : 47, M : 52), celle des enfants des témoins est de 48 cm (m : 47, M : 52). **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p= 0,530$).**

Pour les données suivantes, l'effectif considéré est $n=11$, (6 patientes + 5 témoins).

B : 1 mois :

La médiane des poids à 1 mois des enfants des patientes est de 4237,50 g (m : 3690, M : 5100), celle des enfants des témoins est de 3860 g (m : 3800, M : 4395). **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p=0,662$).**

La médiane des tailles à 1 mois des enfants des patientes est de 53,250 cm (m : 50, M : 57), celle des enfants des témoins est de 53 cm (m : 50, M : 56). **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable (p= 0,931)**

Pour les données suivantes, l'effectif considéré est n=11, (6 patientes + 5 témoins).

C : 2 mois :

La médiane des poids à 2 mois des enfants des patientes est de 4922,50 g (m : 4005, M : 5900), celle des enfants des témoins est de 4740 g (m : 3900, M : 6095). **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable (p=1).**

La médiane des tailles à 2 mois des enfants des patientes est de 55,5 cm (m : 55, M : 62), celle des enfants des témoins est de 56,500 cm (m : 55,5, M : 60). **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable (p= 0,329).**

Pour les données suivantes, l'effectif considéré est n=10, (5 patientes + 5 témoins).

D : 3 mois

La médiane des poids à 3 mois des enfants des patientes est de 5680 g (m : 5320, M : 6200), celle des enfants des témoins est de 5760 g (m : 4900, M : 6765). **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable (p=0,841).**

La médiane des tailles à 3 mois des enfants des patientes est de 59 cm (m : 57, M : 65), celle des enfants des témoins est de 60,5 cm (m : 57, M : 61). **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable (p= 0,548).**

E : 4 mois :

La médiane des poids à 4 mois des enfants des patientes est de 6400 g (m : 5835, M : 7000), celle des enfants des témoins est de 6500 g (m : 5500, M : 7350). **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable (p=1).**

La médiane des tailles à 4 mois des enfants des patientes est de 63 cm (m : 60, M : 68), celle des enfants des témoins est de 63 cm (m : 61, M : 65). **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable (p= 0,841).**

6 : DONNÉES PONDÉRALES POUR LES MÈRES

Pour les données suivantes, l'effectif considéré est n=13, (7 patientes + 6 témoins).

IMC minimum des mères :

La médiane des IMC minimum des patientes est de 14,50 kg/m² (m : 11,30, M : 21,00), celle des témoins est de 19,15 kg/m² (m : 16,00, M : 21,50). **On met en évidence une différence significative, avec des IMC minimum plus bas chez les patientes (p=0,035).**

IMC des mères avant la grossesse :

La médiane des IMC des patientes est de 19,10 kg/m² (m : 18,20, M : 34,00), celle des témoins de 20,55 kg/m² (m : 17,00, M : 23,40). **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable (p=0,234).**

Variations de poids pendant la grossesse :

La prise de poids moyenne des patientes est de 14,3 kg (m : 8, M : 22, σ : 5,122), celle des témoins est de 14,6 kg (m : 9, M : 23, σ : 4,695). **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable (p=0,731).**

Pour les données suivantes, l'effectif considéré est n=8, (5 patientes + 3 témoins).

IMC des mères à 2 mois post partum :

La médiane des IMC à 2 mois des patientes est de 19,8 kg/m² (m : 18,6, M : 35), celle des témoins est de 21,8 kg/m² (m : 21, M : 23). **On ne met pas en évidence de différence significative (p=0,138), cependant il existe une tendance à des IMC plus bas à 2 mois post partum chez les patientes.**

Pour les données suivantes, l'effectif considéré est n=11, (5 patientes + 6 témoins).

IMC des mères à 4 mois post partum :

La médiane des IMC à 4 mois des patientes est de 20,2 kg/m² (m : 17,7, M : 30,9), celle des témoins est de 21,4 kg/m² (m : 19,4, M : 23). **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable (p=0,662).**

7 : DURÉE DES ENTRETIENS

(Figures 3 et 4)

Pour les données suivantes, l'effectif considéré est n=13, (7 patientes + 6 témoins).

La médiane de durée du premier entretien est de 129 minutes pour les patientes (m : 87, M : 289) et 90 minutes pour les témoins (m : 81, M : 159). **On ne met pas en évidence de différence significative (p= 0,138), cependant, il existe une tendance à ce que la durée du premier entretien soit plus longue pour les patientes.**

Pour les données suivantes, l'effectif considéré est n=11, (6 patientes + 5 témoins).

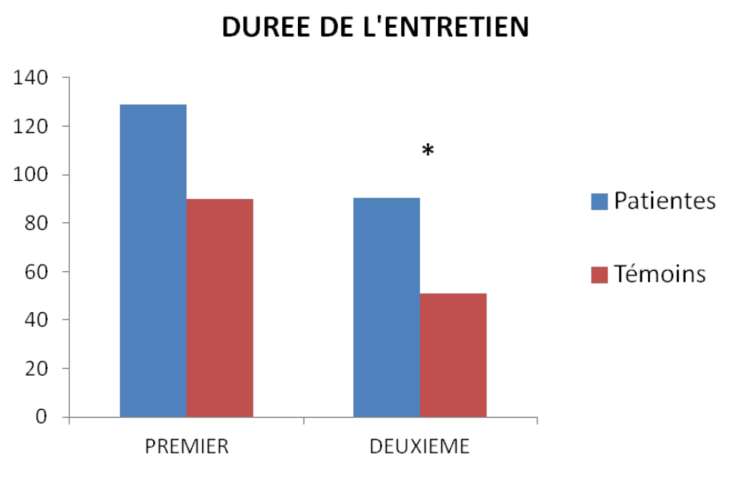
La médiane de durée du deuxième entretien est de 90,5 minutes pour les patientes (minimum : 71, maximum : 137), et de 51 minutes pour les témoins (m : 46, M : 61). **On met en évidence une différence significative (p= 0,004), la durée du deuxième entretien étant significativement plus longue pour les patientes.**

Figure 3

COMPARAISON DUREE ENTRETIEN				
CRITERES		PATIENTES	TEMOINS	com.
DUREE DE L'ENTRETIEN	PREMIER	129 min	90 min	
	DEUXIEME	90,5 min	51 min	

LEGENDE colonne commentaires	différence significative avec scores + élevés pour les patientes
	pas de différence significative, mais tendance à scores + élevés chez patientes
	pas de différence significative

Figure 4



8 : ENTRÉE DANS LA SEXUALITÉ

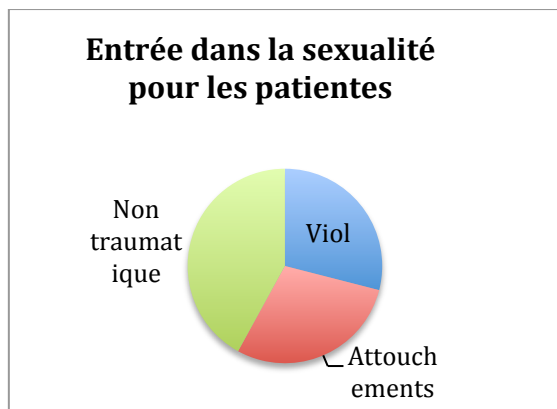
Pour les données suivantes, l'effectif considéré est n=13, (7 patientes + 6 témoins)

29 % des patientes, et aucune des témoins, déclarent avoir subi un viol lors de leur première relation sexuelle. **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable (p= 0,462).**

29 % des patientes, et aucune des témoins, déclarent avoir subi des attouchements avant leur première expérience sexuelle. **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable ($p= 0,462$).**

Ainsi, plus de la moitié des patientes de notre étude (58%) rapportent une entrée traumatique dans la sexualité. (Figure 5)

Figure 5



Pour les données suivantes, l'effectif considéré est $n=14$, (7 patientes + 6 témoins).

9 : ÉVALUATIONS À 7 MOIS DE GROSSESSE

A : Conduites alimentaires (EDE-Q)

Le score moyen des patientes pour le facteur « restrictions » est de 0,686 ($m : 0$, $M : 2,2$, $\sigma : 0,9082$), celui des témoins est de 0,467 ($m : 0$, $M : 2$, $\sigma : 0,7659$). **On ne met pas en évidence de différence significative pour la variable « restrictions » ($p= 0,945$).**

Le score moyen des patientes pour le facteur « préoccupations concernant la nourriture » est de 1,114 ($m : 0$, $M : 4,8$, $\sigma : 1,7506$), celui des témoins est de 0,400 ($m : 0$, $M : 2$, $\sigma : 0,8000$). **On ne met pas en évidence de différence significative pour la variable « préoccupations concernant la nourriture » ($p= 0,534$).**

Le score moyen des patientes pour le facteur « préoccupations concernant l'apparence corporelle » est de 2,393 ($m : 0,8$, $M : 4,6$, $\sigma : 1,4745$), celui des témoins est de 0,729 ($m : 0$, $M : 1,5$, $\sigma : 0,6443$). **On met en évidence une différence significative, avec des résultats supérieurs pour les patientes, pour la variable « préoccupations concernant l'apparence corporelle » ($p= 0,022$).**

Le score moyen des patientes pour le facteur « préoccupations concernant le poids » est de 1,943 ($m : 0,4$, $M : 5,4$, $\sigma : 1,6521$), celui des témoins est de 0,233 ($m : 0$, $M : 0,4$, $\sigma : 0,1966$). **On met en évidence une différence significative, avec des résultats supérieurs pour les patientes, pour la variable « préoccupations concernant le poids » ($p=0,002$).**

Le score total moyen des patientes est de 1,534 (m : 0,3, M : 4,3, σ : 1,3251), celui des témoins est de 0,457 (m : 0, M : 1,5, σ : 0,5293). **On met en évidence une différence significative, avec des résultats supérieurs pour les patientes, pour le score total (p=0,022).**

Pour les données suivantes, l'effectif considéré est n=12, (7 patientes + 5 témoins).

B : Risque de dépression du post partum (EPDS)

Le score total moyen pour les patientes est de 13,857 (m : 1, M : 22, σ : 7,2440), correspondant à un risque de dépression du post partum ; et 5,2000 pour les témoins (m : 2, M : 15, σ : 5,5408), correspondant à une absence de risque de dépression du post partum. **On ne met pas en évidence de différence significative (p=0,149), cependant, il existe une tendance à des scores plus élevés chez les patientes.**

Pour les données suivantes, l'effectif considéré est n=13, (7 patientes + 6 témoins).

C : Dépression (BDI)

Le score moyen pour les patientes est de 7,429 (m : 1, M : 14, σ : 4,8255), correspondant à une dépression d'intensité légère ; et 3,333 pour les témoins (m : 1, M : 7, σ : 2,4221), correspondant à une absence de dépression. **On ne met pas en évidence de différence significative (p=0,101), cependant, il existe une tendance à des scores plus élevés chez les patientes.**

D : Anxiété (STAI)

Le score moyen d'anxiété-état pour les patientes est de 45,429 (m : 25, M : 60, σ : 12,5546), correspondant à une intensité faible d'anxiété-état ; et 34,333 pour les témoins (m : 22, M : 50, σ : 11,0755), correspondant à intensité très faible d'anxiété-état. **On ne met pas en évidence de différence significative pour le facteur anxiété-état (p=0,101), cependant, il existe une tendance à des scores plus élevés chez les patientes.**

Le score moyen d'anxiété-trait pour les patientes est de 51,286 (m : 35, M : 70, σ : 12,2979), correspondant à une intensité moyenne d'anxiété-trait ; et 36,833 pour les témoins (m : 28, M : 50, σ : 8,6352), correspondant à une intensité faible d'anxiété-trait. **On met en évidence une différence significative pour le facteur anxiété-trait (p=0,022), avec des scores plus élevés chez les patientes.**

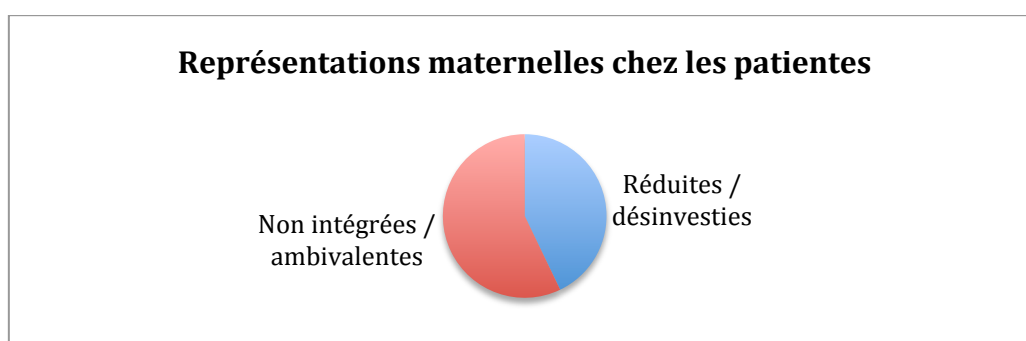
Pour les données suivantes, l'effectif considéré est n=7, uniquement les 7 patientes.

E : Représentations maternelles pendant la grossesse (IRMAG) :

- Les scores d'IRMAG concernant les items relatifs à la mère sont globalement moyens, majoritairement compris entre 3 et 4, exceptés pour l'item 6 : dépendance sociale, et l'item 7 : émergence des fantasmes où ils sont plus bas.
- Les scores d'IRMAG concernant les items relatifs au bébé sont globalement bas, majoritairement compris entre 1 et 3, excepté pour l'item 6 : dépendance sociale, où ils sont plus élevés.
- Si l'on compare les scores des items relatifs à la mère et ceux relatifs au bébé, on met en évidence des scores globalement supérieures pour les représentations de la mère, par rapport aux représentations du bébé.

- Nous retrouvons les catégories de représentations maternelles suivantes : (Figure 6)
 - 3 patientes présentent des représentations maternelles « réduites / désinvesties ».
 - 4 patientes présentent des représentations maternelles « non intégrées / ambivalentes »
 - Aucune ne présente de représentations maternelles « intégrées / équilibrées »

Figure 6



F : Représentations maternelles, TCA et Dépression

Nous avons résumé sur le tableau suivant (Figure 7), la distribution des patientes en fonction du statut et de la forme du TCA, de la catégorie de représentations maternelles (selon l'IRMAG), et des scores de dépression et de risque de dépression du post-partum à 7 mois de grossesse (évalués par les échelles BDI et EPDS).

(Figure 7)

	Statut TCA	Forme de TCA	TOTAL	BDI	EPDS
Patiente 2	Passé	Mixte	Réduites / désinvesties	1	1
Patiente 3	Subclinique	Anorexie mentale	Non intégrées / ambivalentes	2	10
Patiente 4	Actif	Mixte	Non intégrées / ambivalentes	9	13
Patiente 5	Actif	Boulimie	Non intégrées / ambivalentes	14	19
Patiente 7	Subclinique	Boulimie	Réduites / désinvesties	8	20
Patiente 15	Subclinique	Anorexie mentale	Non intégrées / ambivalentes	12	22
Patiente 16	Subclinique	Anorexie mentale	Réduites / désinvesties	6	12

La patiente souffrant d'un TCA passé répond aux critères de représentations maternelles « réduites/désinvesties ». Elle a souffert d'une forme mixte de TCA. Ses scores aux échelles de dépression et de dépression du post partum à 7 mois de grossesse sont très faibles (1 et 1).

Les 4 patientes présentant un TCA subclinique répondent aux critères de représentations maternelles « réduites/ désinvesties » pour la moitié d'entre elles, et « non intégrées/ambivalentes » pour l'autre moitié. Elles souffrent de boulimie, d'anorexie ou d'une forme mixte de TCA. Pour celles présentant des représentations maternelles « réduites/désinvesties », les scores à l'échelle de dépression à 7 mois de grossesse sont moyens (6 et 8) et ceux à l'échelle de dépression du post partum sont élevés (12 et 20). Pour celles présentant des représentations maternelles « non intégrées/ambivalentes », les scores à ces deux échelles sont très hétérogènes (2 et 12) (10 et 22).

Les 2 patientes présentant un TCA actif répondent aux critères de représentations maternelles « non intégrées/ambivalentes ». L'une souffre de boulimie, l'autre d'une forme mixte de TCA. Leurs scores aux échelles de dépression et de dépression du post partum à 7 mois de grossesse sont élevés (9 et 14 ; 13 et 19).

10: ÉVALUATIONS À 2 MOIS POST PARTUM

A : Conduites alimentaires (EDE-Q)

Le score moyen des patientes pour le facteur « restrictions » est de 1,520 (m : 0, M : 3,6, σ : 1,6346), et 0,333 pour les témoins (m : 0, M : 1, σ : 0,5774). **On ne met pas en évidence de différence significative pour la variable « restrictions » (p= 0,393).**

Le score moyen des patientes pour le facteur « préoccupations concernant la nourriture » est de 1,280 (m : 0, M : 4,8, σ : 2,0861), et 0,067 pour les témoins (m : 0, M : 0,2, σ : 0,1155). **On ne met pas en évidence de différence significative pour la variable « préoccupations concernant la nourriture » (p= 0,786).**

Le score moyen des patientes pour le facteur « préoccupations concernant l'apparence corporelle » est de 3,450 (m : 0,8, M : 6, σ : 2,0797), et 0,750 pour les témoins (m : 0, M : 2,1, σ : 1,1924). **On met en évidence une différence marginalement significative pour la variable « préoccupations concernant l'apparence corporelle » (p= 0,071).**

Le score moyen des patientes pour le facteur « préoccupations concernant le poids » est de 2,520 (m : 0,4, M : 5,8, σ : 2,1753), et 0,733 pour les témoins (m : 0, M : 2, σ : 1,1015). **On ne met pas en évidence de différence significative pour la variable « préoccupations concernant le poids » (p=0,250).**

Le score total moyen des patientes est de 2,193 (m : 0,3, M : 5,1, σ : 1,9380), et 0,471 pour les témoins (m : 0, M : 1,3, σ : 0,7049). **On ne met pas en évidence de différence significative pour le score total (p=0,143), cependant, il existe une tendance à des scores plus élevés pour les patientes.**

B : Dépression du post partum (EPDS)

Le score total moyen pour les patientes est de 14,200 (m : 4, M : 24, σ : 8,0747), correspondant à une dépression du post partum ; et 3,333 pour les témoins (m : 1, M : 6, σ : 2,5166), correspondant à une absence de dépression du post partum. **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable (p=0,071), cependant, il existe une tendance forte à des scores plus élevés chez les patientes.**

C : Dépression (BDI)

Le score moyen pour les patientes est de 7,600 (m : 0, M : 18, σ : 6,7305), correspondant à une dépression d'intensité légère ; et 1,000 pour les témoins (m : 0, M : 2, σ : 1,0000), correspondant à une absence de dépression. **On ne met pas en évidence de différence significative (p=0,143), cependant, il existe une tendance à des scores plus élevés chez les patientes.**

D : Anxiété (STAI)

Le score moyen d'anxiété-état pour les patientes est de 46,200 (m : 30, M : 68, σ : 16,1771), correspondant à une intensité moyenne d'anxiété-état, et 26,000 pour les témoins (m : 22, M : 32, σ : 5,2915), correspondant à une intensité très faible d'anxiété-état. **On ne met pas en évidence de différence significative pour la variable anxiété-état (p=0,143), cependant il existe une tendance à des scores plus élevés chez les patientes.**

Le score moyen d'anxiété-trait pour les patientes est de 48,000 (m : 27, M : 66, σ : 18,1246), correspondant à une intensité moyenne d'anxiété-trait ; et 25,667 pour les témoins (m : 20, M : 34, σ : 7,3711), correspondant à intensité très faible d'anxiété-trait. **On ne met pas en évidence de différence significative pour la variable anxiété-trait (p=0,143), cependant il existe une tendance à des scores plus élevés chez les patientes.**

Pour les données suivantes, l'effectif considéré est n=11, (5 patientes + 6 témoins).

11 : ÉVALUATIONS À 4 MOIS POST PARTUM

A : Conduites alimentaires (EDE-Q)

Le score moyen des patientes pour le facteur « restrictions » est de 1,640 (m : 0, M : 4,4, σ : 1,9718), et 0,167 pour les témoins (m : 0, M : 0,4, σ : 0,1966). **On ne met pas en évidence de différence significative pour la variable « restrictions » (p= 0,329).**

Le score moyen des patientes pour le facteur « préoccupations concernant la nourriture » est de 1,760 (m : 0, M : 5,4, σ : 2,1744), et 0,033 pour les témoins (m : 0, M : 0,2, σ : 0,816). **On met en évidence une différence significative pour la variable « préoccupations concernant la nourriture » (p= 0,052).**

Le score moyen des patientes pour le facteur « préoccupations concernant l'apparence corporelle » est de 3,475 (m : 1,1, M : 6, σ : 1,7928), et 1,042 pour les témoins (m : 0,1, M : 2,6, σ : 1,1087). **On met en évidence une différence significative pour la variable « préoccupations concernant l'apparence corporelle » (p=0,017), avec des résultats supérieurs pour les patientes.**

Le score moyen des patientes pour le facteur « préoccupations concernant le poids » est de 2,760 (m : 1,0, M : 4,8, σ : 1,6757), et 0,700 pour les témoins (m : 0, M : 2,4, σ : 0,9445). **On met en évidence une différence significative pour la variable « préoccupations concernant le poids » (p=0,030), avec des résultats supérieurs pour les patientes.**

Le score total moyen des patientes est de 2,409 (m : 0,5, M : 5,2, σ : 1,8146), et 0,485 pour les témoins (m : 0, M : 1,4, σ : 0,5210). **On met en évidence une différence significative pour le score total (p=0,017), avec des résultats supérieurs pour les patientes.**

B : Dépression du post partum (EPDS)

Le score total moyen pour les patientes est de 12,200 (m : 0, M : 22, σ : 10,7564), correspondant à une dépression du post partum ; et 4,5 pour les témoins (m : 1, M : 9, σ : 3,2094), correspondant à une absence de dépression du post partum. **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable (p=0,537).**

C : Dépression (BDI)

Le score moyen pour les patientes est de 10,000 (m : 0, M : 23, σ : 10,9316), correspondant à une dépression d'intensité moyenne à modérée ; et 2,500 pour les témoins (m : 0, M : 5, σ : 2,1679), correspondant à une absence de dépression. **On ne met pas en évidence de différence significative pour cette variable (p=0,537).**

D : Anxiété (STAI)

Le score moyen d'anxiété-état pour les patientes est de 45,400 (m : 23, M : 80, σ : 24,3167), correspondant à une intensité faible d'anxiété-état ; et 33,667 pour les témoins (m : 23, M : 56, σ : 12,6754), correspondant à une intensité très faible d'anxiété-état. **On ne met pas en évidence de différence significative pour la variable anxiété-état (p=0,662).**

Le score moyen d'anxiété-trait pour les patientes est de 50,200 (m : 30, M : 72, σ : 19,0840), correspondant à une intensité moyenne d'anxiété-trait ; et 37,167 pour les témoins (m : 26, M : 49, σ : 8,0850), correspondant à une intensité faible d'anxiété-trait. **On ne met pas en évidence de différence significative pour la variable anxiété-trait (p=0,429).**

Pour les données suivantes, l'effectif considéré est n=10, (5 patientes + 5 témoins).

E : Tempérament de l'enfant par la mère (QT6)

(Figures 8 et 9)

Le score moyen des patientes pour le facteur « enfant perçu comme irritable/difficile » est 3,4000 (m : 2,50, M : 4,80, σ : 0,84558), et 2,9600 pour les témoins (m : 1,80, M : 3,80, σ : 0,74027). **On ne met pas en évidence de différence significative pour la variable « enfant perçu comme irritable/difficile » (p = 0,548).**

Le score moyen des patientes pour le facteur « enfant perçu comme inadaptable » est 2,6000 (m : 1,75, M : 3,25, σ : 0,60208), et 2,5500 pour les témoins (m : 1,00, M : 4,00, σ : 1,13743). **On ne met pas en évidence de différence significative pour la variable « enfant perçu comme inadaptable » (p=1).**

Le score moyen des patientes pour le facteur « enfant perçu comme inactif / non enjoué » est 1,7600 (m : 1,70, M : 2,00, σ : 0,13416), et 2,1400 pour les témoins (m : 1,00, M : 3,30, σ : 0,89051). **On ne met pas en évidence de différence significative pour la variable « enfant perçu comme inactif / non enjoué » (p=0,421).**

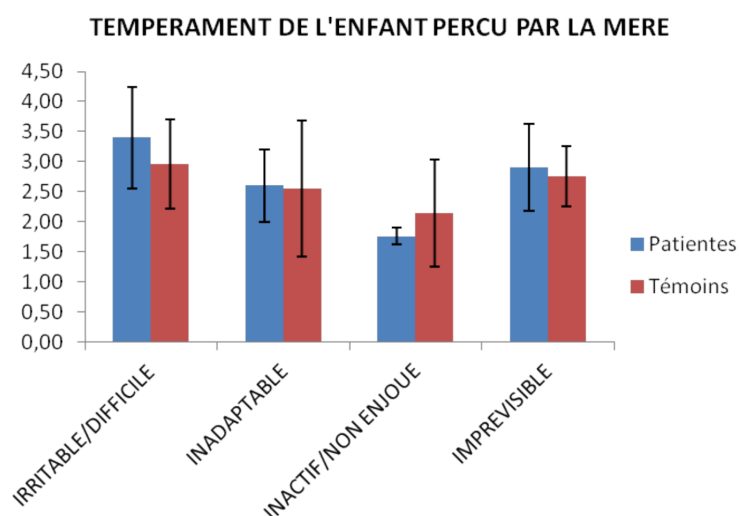
Le score moyen des patientes pour le facteur « enfant perçu comme imprévisible» est 2,9000 (m : 2,00, M : 3,75, σ : 0,72024), et 2,7500 pour les témoins (m : 2,25, M : 3,50, σ : 0,5000). **On ne met pas en évidence de différence significative pour la variable « enfant perçu comme imprévisible» (p=0,690).**

Figure 8

COMPARAISON PERCEPTION DE L'ENFANT PAR SA MERE				
CRITERES		PATIENTES	TEMOINS	com.
TEMPERAMENT DE L'ENFANT PERCU PAR LA MERE = QT6	IRRITABLE/DIFFICILE	3,40	2,96	
	INADAPTABLE	2,60	2,55	
	INACTIF/NON ENJOUE	1,76	2,14	
	IMPREVISIBLE	2,90	2,75	

LEGENDE commentaires	différence significative avec des scores plus élevés pour les patientes
	pas de différence significative, mais tendance à des scores plus élevés chez les patientes
	pas de différence significative

Figure 9



12 : COMPARAISONS DES SCORES AUX 3 TEMPS

Nous avons résumé sur la Figure 10, les résultats obtenus pour les patientes et les témoins, pour les 4 questionnaires suivants : EDEQ, EPDS, BDI, STAI, évalués aux 3 temps (7 mois de grossesse, 2 mois post-partum et 4 mois post-partum).

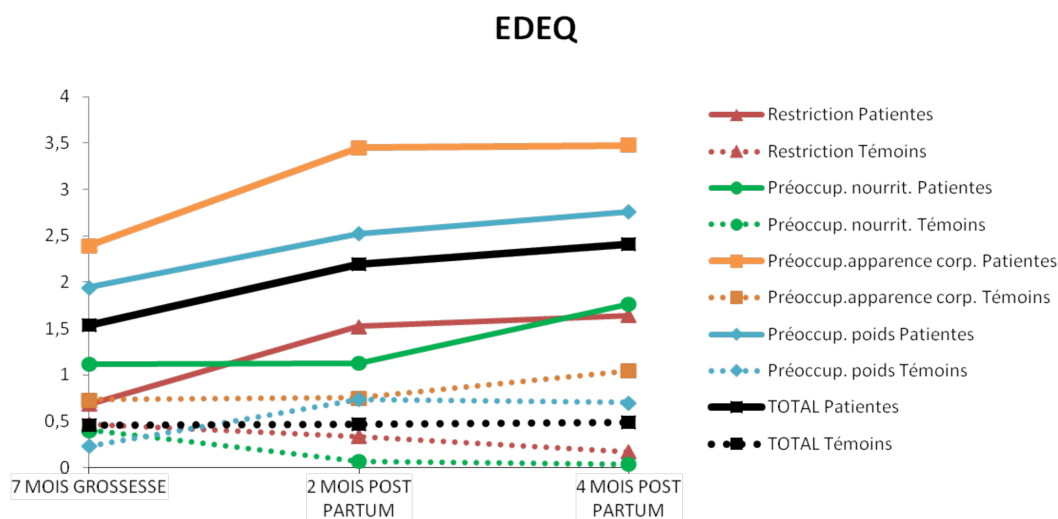
Figure 10

TABLEAU DE COMPARAISON										
CRITERES		7 MOIS GROSSESSE			2 MOIS POST PARTUM			4 MOIS POST PARTUM		
		PATIENTES	TEMOINS	com.	PATIENTES	TEMOINS	com.	PATIENTES	TEMOINS	com.
EDEQ	restriction	0,686	0,467		1,520	0,333		1,640	0,167	
	préoccup. Nourrit.	1,114	0,400		1,128	0,067		1,760	0,033	
	préocc. Appar. Corpor.	2,393	0,729		3,450	0,750		3,475	1,042	
	préoccup. poids	1,943	0,233		2,520	0,733		2,760	0,700	
	TOTAL	1,534	0,457		2,193	0,471		2,409	0,485	
EPDS		13,857	5,200		14,200	3,333		12,200	4,500	
BDI		7,429	3,333		7,600	1,000		10,000	2,500	
STAI	Etat	45,429	34,333		46,200	26,000		45,400	33,667	
	Trait	51,286	36,833		48,000	25,667		50,200	37,167	

LEGENDE de la colonne des commentaires		
		différence significative, avec des scores plus élevés pour les patientes
		pas de différence significative, mais tendance à scores + élevés chez les patientes
		pas de différence significative

Les figures suivantes (Figure 11, 12, 13 et 14) présentent les résultats détaillés pour chacun des questionnaires, aux 3 temps, pour les patientes et les témoins, en tenant compte des seuils lorsqu'ils existent.

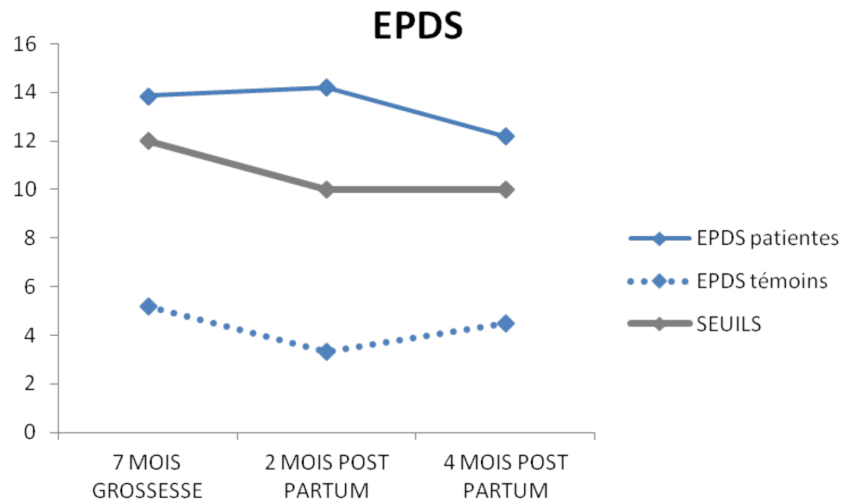
Figure 11



Pour toutes les variables, on met en évidence des scores supérieurs pour les patientes, aux 3 temps.

Alors que les scores diminuent ou se stabilisent pour les témoins entre le pré et le post natal, on observe une augmentation des scores pour les patientes entre le pré et le post natal.

Figure 12



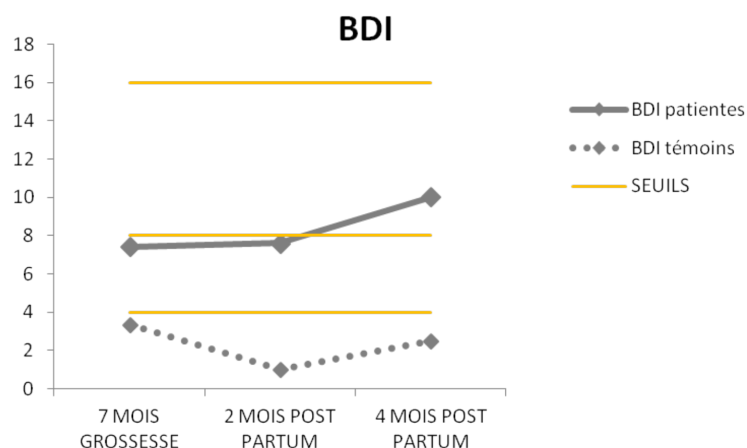
Les scores des patientes sont supérieurs à ceux des témoins.

Les scores aux 3 temps sont au-dessus du seuil de « risque de dépression du post partum en prénatal » et « dépression du post partum » pour les patientes, alors qu'ils restent en-deçà pour les témoins.

Pour les témoins, ce score diminue entre le pré natal et 2 mois post partum, puis augmente entre 2 et 4 mois post partum.

Pour les patientes, ce score augmente légèrement entre le prénatal et 2 mois post partum, puis diminue entre 2 et 4 mois post partum.

Figure 13

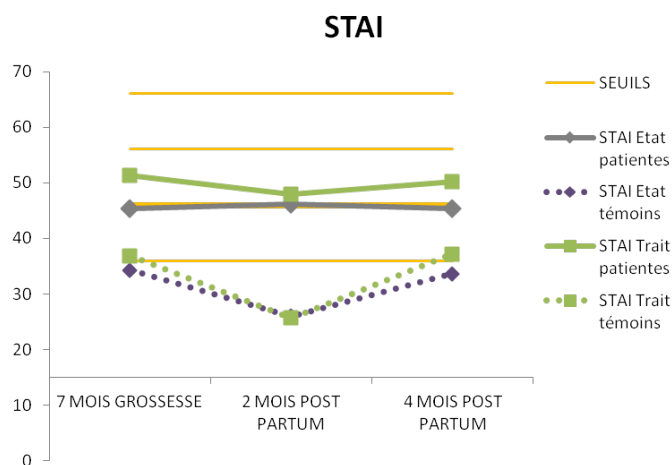


Les scores des patientes sont supérieurs à ceux des témoins.

Pour les témoins, les scores aux 3 temps restent inférieurs au seuil de dépression (< 4).

Pour les patientes, le score augmente très légèrement entre le prénatal et 2 mois post partum, où il correspond aux critères de dépression d'intensité légère (de 4 à 7). Puis, il augmente sensiblement entre 2 et 4 mois post partum, remplissant les critères de dépression d'intensité moyenne à modérée (de 8 à 15).

Figure 14



Les scores des patientes sont supérieurs à ceux des témoins.

Pour les témoins, les scores aux 3 temps correspondent à des seuils d'anxiété-trait et anxiété-état très faibles (< 35). Les 2 scores diminuent entre le prénatal et 2 mois post partum, puis augmentent entre 2 et 4 mois post partum.

Pour les patientes, le score d'anxiété-état aux 3 temps est faible ou moyen et reste relativement stable aux 3 temps. Alors que le score d'anxiété-trait est moyen et subit une légère diminution entre le prénatal et 2 mois post partum, puis une légère augmentation entre 2 et 4 mois post partum.

DISCUSSION

1 : PRÉAMBULE

A : comparabilité des 2 groupes

Les 2 groupes (patientes et témoins), sont comparables pour les variables socio-démographiques et médicales que nous avons étudiées, exceptées pour les 3 variables suivantes : « état civil », « antécédents d'aménorrhée » et « comorbidités psychiatriques », que nous développerons ci-dessous.

B : population de patientes

Certaines données viennent confirmer l'existence d'un TCA au sein de notre population de patientes.

Tout d'abord, les patientes ont présenté significativement plus d'antécédents d'aménorrhée, avec une médiane de durée de l'épisode d'aménorrhée principal de 8,5 mois.

De plus, nous avons mis en évidence des IMC minimum significativement plus bas au sein de la population de patientes.

Cependant, on remarque que l'IMC des mères avant la grossesse est comparable pour les 2 groupes, résultat à mettre en parallèle avec la survenue spontanée de la grossesse pour toutes les patientes. Nous pouvons en conclure que malgré la gravité de la symptomatologie présentée par certaines des patientes de notre étude, présentant un TCA actif au moment de la conception, la stabilisation d'un poids dans les limites (même inférieures) de la normale leur a permis une conception spontanée, sans recours à l'AMP.

Enfin, les patientes ont tendance à présenter plus de comorbidités psychiatriques, et notamment en ce qui concerne les troubles anxieux, donnée retrouvée classiquement pour les patientes souffrant de TCA, notamment lorsqu'il s'agit d'anorexie restrictive.

Les patientes présentent des types et des statuts de TCA très variés, offrant un panel assez représentatif des TCA dans leur ensemble. Une donnée est à souligner : une des patientes boulimiques présente une obésité modérée (IMC = 34), les autres étant à poids normal, ou dans la limite inférieure.

2 : TCA ET OBSTÉTRIQUE

Contrairement à ce à quoi nous aurions pu nous attendre, nous ne retrouvons pas de différence entre les deux populations pour les variables suivantes : hospitalisation pendant la grossesse, MAP, terme et taux de césarienne. Ce résultat nous semble à mettre en lien avec le fait que notre population de patientes est constituée de femmes souffrant de TCA parfois très graves et invalidants mais néanmoins, une grossesse spontanée ayant pu avoir lieu, elles ne constituent pas une population de TCA graves, nécessitant un recours à l'AMP et une hospitalisation en service spécialisé pendant la grossesse. De plus, nous retrouvons une tendance à la prise de traitements psychotropes (exclusivement antidépresseurs), pendant la grossesse au sein de la population de patientes, ce qui vient souligner la reconnaissance, même partielle, par les patientes, de l'existence d'une pathologie psychiatrique, et l'acceptation d'une prise en charge spécialisée ambulatoire. Cette levée partielle du déni des troubles, (partielle car dans la majorité des cas, les patientes de cette étude mettaient en avant les affects dépressifs dont elles souffraient, plus que les troubles des conduites alimentaires), a pu favoriser une prise en charge spécialisée pendant la grossesse et, ainsi, limiter les conséquences, notamment obstétricales, du TCA.

De même, nous retrouvons un résultat surprenant : aucune différence en termes de prise de poids pendant la grossesse entre les 2 groupes. Deux hypothèses peuvent alors être avancées. Tout d'abord, les profils très différents de TCA des patientes de notre étude peuvent expliquer ce résultat. Mais aussi, le fait que nous retrouvons, comme dans la pratique clinique, deux tendances : soit un contrôle de la prise de poids pendant la grossesse, avec une prise de poids minimale, soit au contraire, une prise de poids très importante, à mettre en lien avec le regard de l'autre sur elles, que l'on peut imaginer vécu de manière moins critique vis-à-vis de la prise de poids, compte tenu de leur état de grossesse, autorisant ainsi un affaiblissement à la fois des conduites de contrôle sur le poids et les prises alimentaires et également de la lutte active contre les fantasmes boulimiques sous-jacents, fréquemment retrouvés en pratique clinique, y compris chez les patientes présentant une anorexie restrictive.

3 : TCA ET PÉDIATRIE

Contrairement à ce à quoi nous aurions pu nous attendre, nous ne retrouvons aucune différence entre les deux groupes pour les variables « allaitement maternel » et « poids et tailles des enfants », de la naissance à 4 mois. Ces résultats sont à mettre en lien avec le faible effectif de l'échantillon, ainsi que l'existence d'une patiente présentant une obésité modérée.

Nous n'avons retrouvé que chez une patiente anorexique restrictive, une problématique spécifique à l'allaitement, qu'elle percevait sous un angle sexuel. Voici ses propos :

« Mais je veux pas qu'on touche à mes seins. J'trouve ça bizarre, c'est une partie de mon corps que je refuse donc euh, je sais pas c'est bizarre, de dire que mon enfant va avoir mon sein dans sa bouche, ouhhh ça me ... bloque un peu ... donc on verra. »

Il est à noter que cette patiente nous a fait part d'une entrée traumatique dans la sexualité, par un viol. Elle a finalement proposé à sa fille la « tétée de bienvenue » à l'accouchement, puis n'a pas pu poursuivre l'allaitement au-delà.

4 : TCA, CONDUITES ALIMENTAIRES ET MATERNITÉ

On observe, conformément aux données de la littérature, une relative accalmie des TCA pendant la grossesse. L'EDEQ nous confirme que les manifestations cliniques pathologiques du TCA sont moins importantes pendant la grossesse. Cependant, nos résultats montrent également que cette accalmie est relative, les préoccupations autour du poids et de l'apparence corporelle restant tout de même bien présentes, même pendant la grossesse.

Les patientes expriment d'ailleurs spontanément présenter moins de conduites pathologiques (restrictions, vomissements ...) du fait de la présence de leur bébé et d'un sentiment de responsabilité vis-à-vis de lui. Elles peuvent « maltraiter » selon leurs dires, leur propre corps tant qu'il ne s'agit que d'elles-mêmes, mais dès lors qu'un tiers entre en jeu, et qui plus est un tiers vulnérable, elles expriment un sentiment de responsabilité vis-à-vis du bébé, les protégeant de ces conduites auto-destructrices. Le bébé vient ainsi les protéger d'elles-mêmes et de la violence et l'agressivité potentielle qu'elles pourraient avoir à leur égard. Quelques propos de patientes recueillis à 7 mois de grossesse, viennent l'illustrer.

Une patiente souffrant d'une forme mixte de TCA, concernant la fréquence des épisodes de vomissements pendant la grossesse :

« Beaucoup moins depuis que je suis enceinte ... et surtout depuis quelques mois, depuis ... 2 mois, depuis que j'ai commencé à sentir le bébé bouger. (...) (Je sens) que j'suis responsable du bébé et ça me fait trop peur de lui faire du mal alors ..., et j'ai peur aussi qu'il le ressente et que lui, il vive la même chose plus tard. »

Une autre patiente, anorexique restrictive :

« Je mange (rires), bah c'est bête mais je fais tous les repas, je fais mes trois repas par jour. Alors que d'habitude non, moi c'est 1 ou 2 par jour c'est tout, et là je fais vraiment les trois repas dans la journée et je veux pas du tout en louper un, c'est ça le pire. Je veux pas en louper, les trois j'essaye de les faire aux mêmes horaires et puis je prends tout ce qu'il faut : poissons, viandes, légumes, féculents, fruits. Je prends vraiment tout ce qu'il faut ça, ça a vraiment changé. Avant je mangeais pas comme ça, j'ai toujours eu un petit problème quand même avec l'alimentation. C'est pas mon ami, je mangeais un repas par jour, maximum deux. (...) Pour que la petite ait tout ce qu'il faut (rire), faut pas que je prenne le risque de tomber parce que ça peut jouer sur elle et il faut qu'elle ait tout ce qu'il faut : calcium, magnésium, protéines et puis qu'elle reconnaisse les saveurs. Faut qu'elle goûte à tout c'est important et puis comme ça, moi, ça me fait neuf mois pour m'habituer à bien manger pour encore une

fois, pas lui inculquer ces bêtises car encore une fois, ça, c'est vraiment des bêtises. »

Il est à noter ici que le contrôle et la maîtrise sont toujours bien présents, non plus sur le poids et l'apparence corporelle mais sur le caractère sain et équilibré de l'alimentation, où l'on sent bien qu'il y a peu de place ni pour le plaisir ni pour la spontanéité, que tout reste très calculé, ritualisé, « sous contrôle ».

Une autre patiente, boulimique, obèse :

« Cette transformation du corps elle est divisée : y'a le corps de la future maman qui est le ventre, mais tout le reste, quand ça se met à gonfler, à grossir à enfin euh ... vous voyez euh ... vos cuisses complètement ramollies parce que ben ... y'a moins d'exercice qu'avant (rires), moins d'activité etcetera. Là vous avez vraiment l'impression de vous sacrifier quoi ! C'est ouais ... c'est ça : j'avais l'avoir ce bébé pas de problème euh ... j'le veux ... mais j'trouve que la facture est un peu chère ! »

Enfin, une autre patiente, anorexique restrictive, pour laquelle la problématique alimentaire s'est déplacée du poids et de l'apparence corporelle, aux angoisses relatives à une possible contamination alimentaire :

« En fait je suis partagée entre prendre du poids pour le bébé et pas en prendre pour moi. J'ai un peu déplacé mes angoisses sur la ...en fait, et là c'est encore pire, c'est-à-dire que pour moi la nourriture je ... enfin j'ai tendance à la voir comme quelque chose de nocif en fait, dans la mesure où c'est ... enfin voilà : on dit de faire attention à la toxoplasmose, à la listériose, à toutes sortes de choses, salmonelles et compagnie, et en fait pour moi c'est devenu enfin une obsession quoi, une véritable obsession c'est-à-dire que non seulement tout ce que je mange, j'ai peur, mais en plus dès que ... enfin tout ce que je peux porter à ma bouche en fait c'est devenu tout ce qui est bactéries, virus, microbes et compagnie. C'est que ça passe par la nourriture ou par mes mains ou ce que je touche. (...) Là en fait ce qui me pose problème c'est d'attraper quelque chose qui moi me fasse rien mais qui fasse du mal au bébé en fait. C'est plus l'obsession de pouvoir attraper quelque chose qui soit nocif au bébé plutôt. Alors je fais attention, toujours, à ce que je mange, aux calories etcetera ... enfin c'est c'est moins présent que la peur d'attraper quelque chose quoi ... une infection ou ... (...) Je me lave les mains énormément, énormément enfin surtout avant de toucher la nourriture, même mes couverts, même tout ... je suis capable de me laver les mains si j'ai touché autre chose entre temps quoi. Ma pensée c'est surtout qu'il y a plein de choses qu'on peut attraper qui sont asymptomatiques ... c'est l'idée qu'il (le bébé) soit en souffrance et que je ne le sache pas (pleurs). C'est plus ça quoi ... je le supporte pas... j'ai... enfin voilà mon devoir

c'est de le protéger quoi. Donc c'est vrai que pour moi c'est vraiment une très grosse responsabilité en fait, c'est ... je crois que c'est surtout ça, c'est que ça me fait un poids sur les épaules maintenant. »

L'idée d'une responsabilité vis à vis du bébé est très présente dans les propos de cette femme, et cette idée devient tellement envahissante qu'elle en vient à développer des TOC avec rituels de lavage très importants et conduites d'évitement (c'est son mari qui cuisine ... sous l'œil tyrannique de la patiente). Cette observation met également en évidence des fantasmes agressifs envers le bébé, déplacés sur la nourriture.

Le post partum est quant à lui marqué par une recrudescence des conduites alimentaires pathologiques, le persécuteur interne refaisant surface à présent que le ventre est vide. Cette recrudescence des conduites pathologiques concernant l'alimentation leur permet le retour à un IMC acceptable pour elles, comme le montrent les résultats des IMC à 2 mois post partum pour les patientes.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que le corps gravide permettait à ces femmes, soutenues et étayées par le regard bienveillant et tolérant de l'entourage vis à vis de l'état de grossesse, de tolérer la prise de poids et les modifications corporelles. Cependant, cette accalmie ne concerne que les conduites pathologiques, les obsessions et préoccupations anxieuses à ce sujet restant bien présentes. De plus, nous savons que dans les TCA, les conduites alimentaires pathologiques, souvent très ritualisées, permettent au sujet de lutter contre l'effondrement dépressif. À l'inverse, plus le sujet se détache de ses conduites ritualisées, plus il sombre dans la dépression, ce que nos résultats viennent confirmer.

5 : TCA, ANXIÉTÉ ET MATERNITÉ

Les résultats de notre étude viennent confirmer les données de la littérature, montrant une tendance à des scores plus élevés d'anxiété chez les femmes TCA en prénatal, mais également en post partum.

Cette anxiété serait à mettre en lien avec la problématique des limites corporelles que la grossesse et le post partum viennent réactualiser, mis en évidence précédemment par la persistance de préoccupations autour du poids et de l'apparence corporelle pendant la grossesse, et la recrudescence des conduites alimentaires pathologiques en post partum.

6 : TCA, DÉPRESSION ET MATERNITÉ

Nous retrouvons, nous l'avons vu précédemment, une tendance à la prise de traitement psychotrope pendant la grossesse au sein de la population de patientes. Il s'agit pour notre étude, exclusivement de traitements antidépresseurs. Ce résultat vient souligner l'importance de la symptomatologie dépressive chez les patientes au moment de la grossesse. Il s'agissait pour notre étude de traitements antidépresseurs déjà pris par les patientes avant la grossesse. L'une d'entre elles aurait nécessité un traitement antidépresseur mais l'a toujours refusé, craignant des complications pour son enfant.

Cela vient confirmer l'existence et l'importance de la dépression maternelle au sein de la population de femmes TCA pendant la grossesse, que reflètent les scores de dépression et de risque de dépression du post partum mesurés à 7 mois de grossesse. Ainsi, la grossesse ne se déroule pas de manière idyllique pour ces femmes, et la dépression y occupe une place importante.

En témoignent les propos de certaines patientes :

« Dès que j'ai été enceinte, j'ai eu envie d'accoucher ».

« J'ai pas plaisir à être enceinte ».

« Je suis pressée d'être à la fin, vivement la fin ».

Les manifestations dépressives des patientes ne sont pas toutes identiques et nous avons mis en évidence dans notre étude deux tendances :

- Soit un effondrement dépressif, parfois compliqué de TOC très invalidants, comme nous l'avons illustré précédemment pour une patiente.

- Soit la mise en place de défenses maniaques contre un effondrement dépressif qu'elles ressentent et anticipent, comme l'illustrent les propos de ces deux patientes (dont les scores de dépression : BDI et EPDS, à 7 mois de grossesse sont élevés), la première souffrant d'une forme mixte de TCA, l'autre d'une forme boulimique :

« Là je suis tellement bien, que j'ai peur de ... après. J'ai peur que ça retombe après ... après la naissance ... (...) on en a parlé ensemble (avec son psychiatre), et voilà je ... il m'a dit qu'effectivement, c'était probable, que ça pouvait arriver. Mais c'est toujours pareil, je le sais très bien que ça peut arriver et que ça ... mais sauf que je suis dans un tel état de ...

presque euphorique en ce moment tout le temps que ... que j'avais mis ça de côté et puis ... et puis voilà, ça m'est revenu en tête ... »

« Moi j'adore l'état de grossesse même si c'est fatiguant, même si c'est ... même si on respire pas bien, même si ... les trois premiers mois on vomit partout, c'est super ! Je trouve que les gens sont vachement sympas avec vous quand vous êtes enceinte (rires). (...) Et je sais pas, je me sens plus forte en tous cas depuis que je suis enceinte. Mais j'ai peur de l'accouchement parce que je me dis que là ça va, qu'il y a un projet qui se passe dans mon ventre, dans ma vie, et quand je vais accoucher, je ... je me dis que ça sera symboliquement fini quoi, cet état sera terminé et, je sais pas comment je vais le vivre, sûrement pas très bien je pense ... parce que je me connais. (...) J'ai un petit peur de ce qui va se passer une fois que j'aurais accouché donc ça, si je me mets à trop y penser je le vis pas trop bien ».

En ce qui concerne le post partum, les résultats à 2 mois confirment les données de la littérature selon lesquelles un antécédent de TCA constituerait un facteur de risque de survenue d'une dépression du post partum, que certaines patientes de notre étude anticipaient :

« J'ai un peu peur de ... qu'après la grossesse, enfin ... on parle du baby blues mais il y a aussi tous les changements qui arrivent en même temps de ... voilà de faire une dépression, de ne pas pouvoir assumer le bébé, ou ma vie... »

« Et puis, y'a aussi le fait d'attendre cet enfant, au début, je me suis imaginé que ça allait donner un sens à ma vie, que ça allait bouleverser ma vie, que ça y est, j'allais comprendre pourquoi je suis là, et je me dis que si ça arrive pas, ça va être dur quoi. Tout ça va dépendre de pleins de choses que je ne maîtrise pas, donc voilà. »

Les résultats à 4 mois post partum ne sont pas significatifs comparativement à la population témoin. Ces résultats s'expliquent par le fait que nous retrouvons également des scores élevés au sein de la population témoin.

Cependant, si nous considérons uniquement la population de patientes, nous pouvons mettre en évidence un continuum entre le pré et le post partum, avec une dépression maternelle déjà présente pendant la grossesse et que le post partum et l'arrivée du bébé ne viendraient pas soulager.

Nous formulons l'hypothèse que la symptomatologie dépressive présente pendant la grossesse et le post partum des patientes souffrant de TCA s'inscrit dans un « après-coup » de l'adolescence, qui avait révélé le TCA, en venant réactualiser les problématiques des limites

corporelles, de la passivité face à un corps qui change, mais également d'un changement identitaire et générationnel.

Ces éléments dépressifs viennent ainsi ternir l'image idyllique de la grossesse, et nous formulons l'hypothèse qu'ils entraînent un mouvement de repli narcissique, entravant l'investissement objectal de l'enfant à venir.

7 : TCA ET INVESTISSEMENT DE L'ENFANT EN PRÉNATAL

Le faible investissement de l'enfant à 7 mois de grossesse chez les femmes TCA peut être mis en lien avec les éléments dépressifs, déjà repérables en prénatal.

Les données de l'IRMAG viennent apporter des précisions quant à la nature de cet investissement de l'enfant par la mère en prénatal. En effet, à 7 mois de grossesse, il est attendu une prédominance d'un investissement de type objectal du bébé à venir, la grossesse étant physiquement manifeste, les signes de la présence du bébé évidents et l'approche de l'accouchement se faisant de plus en plus sentir. Mais il semblerait que, même en fin de grossesse, les patientes maintiennent un investissement majoritairement narcissique de cette grossesse en cours, qui viendrait donner un sens à leur vie, leur apporter un sentiment de plénitude, de complétude narcissique, en venant véritablement combler un manque, un vide, comme l'illustrent les propos de certaines d'entre elles :

« Et puis, et puis ça (la grossesse) donne un sens à sa vie quoi. On a l'impression de ... pas être seule, qu'il y a quelqu'un avec soi en permanence. »

Une patiente ayant déjà un enfant, enceinte du second :

« Les seuls moments où je me sens bien, dans un état complètement sécurisé, enfin ... en sécurité, épanouie, comblée ... c'est les seuls moments ... c'est quand j'suis près de mon bébé, quand je suis allongée auprès de lui. Dès que je m'éloigne de lui ou qu'il est pas là, y'a tout le reste qui prend le dessus enfin ... quand je dis tout le reste, c'est tout ce qui peut me polluer encore. »

Chercheur : Et pendant la grossesse vous vous sentez aussi comme ça ?

« Ouais, parce qu'il est en moi. (...) (La grossesse), la première chose : ça comble un vide. Ensuite, ce qui me rend vraiment heureuse quand je suis enceinte justement, c'est ... c'est cette sensation d'avoir quelque chose qui est à moi ! »

La même patiente, parlant de l'allaitement pour son premier enfant :

« Le cordon ombilical, il était plus dans mon ventre mais dans mes seins ... tant qu'il était là, j'étais encore dans ma grossesse ».

Une autre patiente, en évoquant le moment où elle a ressenti qu'il y avait un enfant en elle :

" Je pense que c'est quand il a bougé, que j'ai ressenti du bonheur, je me suis dit que j'avais un petit bébé en moi et que c'était le mien ! »

Une autre patiente, évoquant le fait d'être enceinte :

« Y'a une fierté en fait de ... ce que je suis de ... de ce bébé de ... que j'avais jamais eu avant. »

« Ça m'a donné confiance, plus, dans ma capacité à faire attention au bébé, et par conséquent à moi. En fait, c'est par le bébé que je fais attention à moi en ce moment. »

Un autre résultat a tout particulièrement attiré notre attention : les patientes, comparativement aux témoins, et alors que l'entretien se déroulait à 7 mois de grossesse, éprouvaient de grandes difficultés à imaginer leur bébé, à le rêver, et à constater des changements dans la perception de ce bébé par rapport au début de la grossesse.

« Pour moi elle ressemble à tous les bébés qu'on voit quand on tape « échographies » sur internet. »

« Je veux pas y penser (à comment sera son enfant) parce que je veux pas être déçue et je veux pas.... je veux pas être déçue donc je sais pas. Franchement j'y pense pas. »

Une autre patiente :

« J'ai un peu de mal à me le représenter, à me l'imaginer. »

Et lorsqu'elles le décrivent, leurs descriptions font écho à leurs propres problématiques, autour de la sexualité, de l'apparence corporelle, ou d'obsessions qu'elles peuvent avoir, notamment autour d'une possible contamination (TOC).

Une patiente décrivant son bébé lors de l'échographie :

« À la deuxième échographie, on a su que c'était un garçon, donc on voulait le savoir, sauf que pour moi, ça reste « bébé ». J'ai beaucoup enfin ... c'est un peu bizarre de me dire qu'il

est ... qu'il est sexué. Enfin je sais pas comment l'exprimer mais voilà ça reste un bébé, c'est pas encore un petit garçon pour moi, enfin, un petit garçon ça sera sûrement quand il sera né. Ça reste bébé pour le moment et j'ai du mal à l'appeler par le prénom qu'on a choisi. (...) Il avait un zizi, un énorme zizi. Je l'ai trouvé (rires) disproportionné euh très très surprise...».

Cette même patiente, répondant à la question : Qu'avez-vous ressenti lorsque vous vous êtes rendue compte qu'il y avait un enfant en vous ?

"Je trouve ça un peu bizarre mais euh ... ouais c'est étrange de se dire : « Il est là ». Après bon ça ... enfin, ça me dégoûte pas, je trouve ça bizarre ... je dis que ça me dégoûte pas ... »

Une autre patiente :

« J'ai rêvé que c'était une petite grosse. Pour l'instant, je la vois comme une petite grosse ... mais belle »

Une autre patiente, décrivant sa fille lors de l'échographie :

« Elle m'a paru se tenir comme un petit singe, elle se mettait n'importe comment, les fesses en l'air, les bras comme ça... Elle m'a paru avoir des grandes jambes et euh, une grosse tête, sinon je trouvais qu'elle ressemblait à tous les bébés qu'on voit dans les échographies, voilà. (...) Je l'imagine assez « balèze », assez grande, parce que apparemment, à ce qu'a vu la dame à la 2ème échographie elle est assez grande, une grosse tête, ouais, je l'imagine brune aux yeux marrons, je n'sais pas quelle tête elle peut avoir, j'en sais rien du tout. »

Une autre patiente, ayant une problématique personnelle de TOC avec obsessions autour d'une possible contamination, lorsque nous lui demandons comment elle ne voudrait surtout pas que soit son enfant :

« Maintenant, on serait plus dans un truc hyper grave quoi. Moi, je suis toujours à imaginer des trucs graves : le sida, une hépatite, un truc bien grave quoi ... qui guérit pas. Donc comment je veux pas qu'il soit : malade surtout. »

On perçoit dans ces propos toute la dimension agressive à l'égard de ce bébé à venir, partiellement refoulée, et qui refait surface à la faveur de cet entretien clinique.

L'impression qui domine dans ces entretiens, est que leur bébé semble ne pas exister vraiment, ni dans leur corps, ni dans leur tête, ni dans leur vie comme l'illustrent les propos de cette patiente :

« J'espère qu'il ne bouge pas parce qu'il est trop serré, et qu'il fait des coups pour dire : « Fais-moi de la place ! » ».

Ces résultats contrastent avec le fort investissement qu'elles ont par ailleurs concernant leur statut de femme enceinte. L'état de grossesse est ainsi investi pour ce que cela leur apporte à elles (*« un sens à ma vie »*), beaucoup plus qu'en référence au bébé qui va naître. De plus, la grossesse est porteuse de fantasmatiques concernant une hypothétique réparation de soi, guérison par rapport à la maladie, et preuve de cette guérison aux yeux de leurs proches et notamment leurs mères.

Une patiente, décrivant la réaction de ses proches à l'annonce de sa grossesse :

« La réaction de mes parents m'a beaucoup étonnée et eux, ils l'ont compris, ils l'ont vécu, surtout maman, comme bah : « T'es guérie ! ». Ça a été synonyme de « T'es guérie », ... après euh, ... ma meilleure amie, elle était un peu, elle était super contente pour moi parce que ... , pour moi, ... en fait pour tout le monde ... pour moi la première quoi, ça signifiait tellement par rapport à la maladie. Je crois que la première réaction ça a été beaucoup euh ... comme ... quelque chose autour de la maladie ... comme un ... quelque chose qui montrait que la maladie voilà elle était passée quoi, passée à une autre étape ».

Un résultat a particulièrement attiré notre attention. Nous l'avons retrouvé chez une patiente, déjà mère d'un petit garçon et actuellement enceinte d'une petite fille. Le fait qu'il s'agisse pour cette grossesse d'une petite fille s'est révélé extrêmement angoissant pour elle, ce qu'elle pourra formuler en ces termes :

« J'arrive pas à l'imaginer. (...) Ça m'effraie vraiment d'avoir une fille quoi, c'est très effrayant pour moi. (...) Et puis avec une fille c'est un souci, c'est trop ressemblant quoi, enfin c'est trop moi quoi. J'ai peur de trop ... et à la fois je me sens pas du tout fusionnelle comme je peux ... je sens pas cette fusion comme avec mon fils en fait. C'est le fait que ce soit une fille, je sais pas ça ... J'ai vraiment l'impression de me voir enfin ... pour moi, si c'est une fille, c'est un miroir de moi-même et ça me fait peur en fait. Il y a eu plein de choses que j'ai pas vécues et je sais comment elle va les vivre ... »

Chercheur : Par exemple ?

« Bah disons que ... quand j'étais petite c'est plutôt plein de choses que j'ai mal vécues ... l'adolescence, je l'ai pas vécue en fait ... j'ai pas vécu d'adolescence donc c'est étrange parce que ... enfin avoir un garçon c'est plutôt une autre planète enfin ... c'est autre chose, ça me pose pas de problème pour moi ça me paraît ... c'est simple parce que justement, parce que c'est différent. Parce que peut-être que je me pose moins de... enfin mais une fille, c'est trop miroir mais après voilà, j'ai jamais refusé d'avoir une fille mais c'est vrai que ... en fait c'est bizarre mais, c'est moi que j'imagine. (...) Ma fille j'imagine qu'elle me ressemble je sais pas pourquoi ... voilà et du coup je m'arrête à ça, j'ai du mal à me dire ben non, si ça se trouve elle ressemblera à son père, du coup ça fera déjà cette différence là, ça me permettra de plus prendre de la distance par rapport ...enfin par rapport à moi « miroir », mais non, j'arrive pas. Pour l'instant c'est moi que je vois, ce qui est pas forcément bien. (...)

Chercheur : Est-ce que cela vous arrive de lui parler ?

« Non, je lui parle pas. (...) D'avoir un bébé fille dans mes bras c'est ... je trouve ça bizarre mais, c'est tout voilà, ce que je projette pour l'instant. (...) Quand je la sens bouger j'ai pas envie qu'elle s'arrête. En fait, pour (prénom de son premier enfant) quand je le sentais bouger, j'avais l'impression d'entrer en contact avec lui de ... voilà de mettre ma main, parfois je sentais qu'il venait se coller (pleurs) et là j'ose pas, comme si j'allais la déranger qu'elle allait arrêter de bouger en fait. J'ai l'impression de la déranger dans ses mouvements en fait ... J'arrête pas de me mettre à sa place, du coup, j'ai du mal à me comporter vis-à-vis de mon ventre en fait. »

Le fait d'attendre une petite fille semble la renvoyer à elle-même, à ses propres problématiques, et cela lui est tout à fait insupportable car trop menaçant, trop angoissant. Il s'en dégage l'impression d'une grande confusion entre elle, son ventre, ce bébé ... On pressent alors que l'investissement de ce bébé de manière positive et objectale sera difficile, ce bébé apparaissant comme un véritable « prolongement narcissique d'elle-même ».

Les résultats obtenus grâce à l'IRMAG, viennent confirmer nos impressions cliniques. En effet, nous avons mis en évidence un écart important entre les représentations des patientes en tant que mères, avec des scores moyens, et les représentations de l'enfant, où l'on retrouve des scores bas. Les scores obtenus reflètent ainsi un investissement narcissique de la grossesse, d'elles-mêmes en tant que mère, toujours supérieur à l'investissement objectal de

l'enfant à venir. Les scores concernant les « fantaisies » relatives à l'enfant étaient notamment bas, venant confirmer leur difficulté à imaginer et à rêver leur enfant.

Ainsi, nous confirmons notre hypothèse selon laquelle, chez les femmes souffrant de TCA, actuels ou passés, l'investissement de l'enfant en prénatal serait majoritairement narcissique, laissant présager des difficultés ultérieures lors des interactions précoces.

8 : TCA, DÉPRESSION ET INVESTISSEMENT DE L'ENFANT

Y-a-il un lien entre le mouvement dépressif mis en évidence en prénatal au sein de la population de patientes et l'investissement de type narcissique de l'enfant à venir ?

Grâce aux résultats obtenus à l'IRMAG, nous pouvons proposer une classification des patientes selon les catégories de représentations maternelles.

Ainsi, aucune des patientes de notre étude ne rentre dans la catégorie des représentations maternelles « intégrées / équilibrées », correspondant à : « Des représentations de la maternité et de l'enfant assez riches, investies affectivement, avec un tableau cohérent de l'expérience, contextualisée dans l'histoire de la femme, ainsi qu'une ouverture au changement et au doute. La grossesse représente une étape de l'évolution personnelle de la femme et le complément de son identité. Même si la grossesse n'a pas été programmée, la femme est capable de s'adapter à cette nouvelle expérience. »

Nous retrouvons pour 43 % d'entre elles, des représentations maternelles « réduites / désinvesties », dans lesquelles : « la femme ne se laisse pas aller, elle rationalise (« il faut le faire comme une étape dans la vie ») et montre une certaine rigidité et auto-affirmation. Les représentations sont impersonnelles, abstraites. »

Les patientes de notre étude entrant dans cette catégorie ne présentaient pas un type de TCA en particulier, cependant, pour ce qui est du statut du TCA, nous ne retrouvons aucun TCA actif, mais des TCA subcliniques ou passés.

Pour ces patientes, ce sont les dimensions de maîtrise et de contrôle qui prédominent et nous formulons l'hypothèse que ce mécanisme de défense leur permet ainsi de ne trop se désorganiser lors de la grossesse.

Concernant la dimension dépressive, pour la patiente dont la problématique de TCA est passée, ces dimensions de maîtrise et de contrôle lui permettent, comme nous le montrent les résultats faibles à l'EPDS et la BDI, de mettre à distance les affects dépressifs (qu'elle peut cependant verbaliser sous forme de craintes d'un effondrement dépressif en post partum). Ce qui n'est pas le cas pour les patientes dont le TCA est subclinique, dont les scores aux échelles de dépressions et dépression du post partum sont élevés à 7 mois de grossesse.

Enfin, 57 % des patientes entrent dans la catégorie des représentations maternelles « non intégrées / ambivalentes », correspondant à : « La coexistence de tendances différentes par rapport à la maternité et au futur enfant, avec une implication excessive et une lutte pour s'en éloigner. Cela donne un tableau alternant / oscillant, peu intégré, qui peut devenir confus. Les informations peuvent être riches mais peu organisées. »

Les patientes de notre étude entrant dans cette catégorie ne présentaient pas un type de TCA en particulier, cependant, pour ce qui est du statut du TCA, nous retrouvions uniquement des TCA actifs ou subcliniques.

Pour ces patientes, c'est la désorganisation psychique qui est au premier plan, avec des descriptions souvent confuses, et des mécanismes de clivage prédominants.

Concernant la dimension dépressive, les résultats à l'EPDS et la BDI montrent une symptomatologie dépressive présente à 7 mois de grossesse, sauf peut-être pour une patiente mais dont les résultats aux 2 échelles sont discordants.

Ainsi, les difficultés rencontrées par ces patientes dans le travail d'objectalisation de leur enfant à venir serait à mettre en lien avec un contre-investissement en emprise narcissique, incluant le bébé, et conséquence du mouvement dépressif présent dès le prénatal, comme viennent l'illustrer les propos de cette patiente, dont les scores à l'EPDS et à la BDI en prénatal sont très élevés :

Chercheur : Quel genre de mère estimez-vous que vous serez pendant les premiers mois ?

« Oh je pense que je serai une mère affectueuse, ... je pense que je serai douce, ... je pense que je serai un peu surpassée aussi par moment, enfin dépassée ou surmenée. Je pense que je serai une maman triste au début. »

Chercheur : Pourquoi ?

« Bah parce que, quand elle sera plus dans mon ventre, quelque part on me l'aura enlevée

quoi ... j'aurais plus cet état privilégié de l'avoir pour moi quoi. Donc je pense qu'il va falloir un peu de temps pour que j'accepte que voilà, maintenant elle se développe ailleurs et que je dois la partager. »

9 : TCA ET PERCEPTION DU TEMPÉRAMENT DE L'ENFANT

Même si les scores concernant la perception du tempérament de leur enfant sont supérieurs chez les patientes pour les variables : « enfant perçu comme irritable/difficile », « enfant perçu comme inadaptable », « enfant perçu comme imprévisible », la différence n'est pas significative.

Cependant, l'effectif de notre échantillon étant trop faible, l'hypothèse selon laquelle la perception par les mères du tempérament de leur enfant serait plus négative chez les femmes souffrant de TCA, en lien avec la dépression du post partum et les projections de ces patientes déprimées sur leur enfant, n'a pu être confirmée. Il serait donc intéressant de pouvoir tester cette hypothèse sur un échantillon plus important de patientes, ce que réalisera l'étude GAÏA.

10 : TRANSPARENCE PSYCHIQUE, GROSSESSE ET SEXUALITÉ

Le premier élément qui retient notre attention est le pourcentage important de patientes se déclarant « célibataires ». En effet, au cours des entretiens, nous apprendrons qu'un nombre relativement important d'entre elles se trouvaient dans un couple peu stable, n'ayant pas de projet : ni de vie commune, ni d'enfant, voire pour une patiente, dans un couple venant de se séparer. Il s'agit de grossesses déclarées comme étant « accidentelles », ou « surprise » par les patientes, et pour lesquelles la question de la poursuite de la grossesse s'est posée, rendant les débuts de la grossesse particulièrement difficiles.

Une patiente :

« Pour moi c'est un peu arrivé par hasard, même si c'est un hasard un peu forcé on va dire. On va dire, si je l'ai gardé, c'est parce que, j'ai 32 ans, oui c'est ça, et que ... et j'ai eu très peur de le regretter si j'avortais. Je me suis dit : « Si ça se trouve, c'est la dernière fois où tu tombes enceinte, t'auras peut-être pas d'autres occasions. » Je sais qu'on peut avoir des enfants tard, c'est pas la question, mais, j'étais avec quelqu'un de ... qui m'apportait ce dont

j'avais besoin, c'est-à-dire beaucoup de sécurité affective et qui avait vraiment envie de cet enfant, donc je me suis dit que c'était peut-être le bon moment, voilà. S'il ne m'avait pas témoigné son enthousiasme, je pense que ça aurait été beaucoup plus compliqué. Et je pense que je l'aurais peut-être pas gardé. »

Ce résultat est à mettre en lien avec la conviction, que nous avons retrouvée chez un grand nombre de patientes, qu'elles étaient stériles, conséquence du TCA. La grossesse vient ainsi, nous l'avons évoqué précédemment, prouver leur fertilité. Une patiente déclare qu'elle était tellement convaincue de sa stérilité qu'elle avait toujours eu des relations sexuelles non protégées ... conduite que l'on peut interroger du côté d'une prise de risque, d'un défaut de protection, d'une sorte de mise à l'épreuve et au défi d'elle-même et de son propre corps ... mais également comme un désir inconscient de venir interroger cette fertilité, sans le dire.

Une patiente, dont le TCA est passé :

« Je pensais que je pourrai pas avoir d'enfant. J'ai quand même vécu presque 10 ans avec cette peur. »

Une autre patiente :

« Donc au début on a utilisé des préservatifs, et puis on a décidé de plus en mettre, en faisant attention, en faisant cette superbe technique de contraception qui s'appelle le retrait (rires). Donc évidemment ça ne marche pas forcément très bien. Et puis, en envisageant, si je tombe enceinte comment ça se passerait. J'avais pas spécialement envie, mais en même temps sachant que je ne reprenais pas la pilule je pense qu'il y avait un désir un peu, un peu inconscient, parce que sinon, ni lui ni moi n'aurions continué à faire ça. Et ce qui s'est passé c'est que bon, voilà, il fallait quand même qu'il se retire, et si je tombe enceinte voilà, on assumait et on verrait ce qu'il se passe. Le truc c'est que, la seule fois où il ne s'est pas retiré, je suis tombée enceinte. Donc je lui en ai beaucoup voulu, j'étais très très en colère contre lui, parce que pour moi, il n'avait pas respecté le pacte. Surtout que je savais que lui avait beaucoup plus envie que moi. Moi j'avais pas envie ... mais je voulais que ça m'arrive par hasard, parce que je pense que je n'aurais jamais été prête de prendre la décision. Je pense que je ne me serais jamais levée un matin en me disant : « Ça y est, tu es prête et tu vas faire un bébé ». Donc je voulais que de toutes façons, ça arrive un peu par hasard. Donc voilà. Donc c'est un peu arrivé comme je voulais, mais, mais j'ai un peu l'impression qu'on m'a fait un bébé dans le dos. Donc, les premières semaines ont été très très dures, j'ai hésité beaucoup à le garder ou pas, ça été vraiment difficile, c'était concomitant avec un nouvel épisode

dépressif. Alors après, je ne sais pas si ce nouvel épisode est arrivé un petit peu avant, et ça a fait que c'était aussi dur d'envisager la grossesse ou si c'est l'inverse. Ça, je sais pas trop ... Donc voilà, les premières semaines ont été vraiment dures, jusqu'à ce que je prenne une décision et, une fois que j'avais pris la décision de le garder, bah ça allait mieux. Et puis maintenant, je suis très contente. Voilà. »

Une autre patiente, dont le TCA est actif :

« Vraiment j'ai eu du mal à ... à me dire que mon corps que j'avais malmené, il puisse accepter un enfant comme ça ... Ça, j'ai mis du temps ... (...) Moi j'pensais vraiment pas pouvoir attendre un ... un bébé d'une part, donc j'ai jamais pris de précaution pour ça. (...) Au début, j'étais très très angoissée, les premiers temps, j'avais très peur de ... faire une fausse couche, ou ... enfin je me disais que mon corps ... avec tout ce que j'avais fait à mon corps, je pourrais jamais ... ou il pouvait pas avoir ... accepter un enfant quoi, il pouvait pas Que je pouvais pas ... Et quand j'suis tombée enceinte, j'avais mes règles depuis peu de temps (rires). Et c'était pas régulier. Et c'est pour ça que moi, je m'étais mis en tête que je pourrais pas avoir d'enfant. »

La question de la sexualité semble tenir une place très importante dans la psyché des patientes de notre étude, au cours de leur grossesse. Nous avons pu y avoir accès, vraisemblablement à la faveur du mouvement de transparence psychique inhérent à la grossesse, permettant une levée du voile du refoulement sur ces éléments. Nous avons pu observer deux problématiques opposées concernant le domaine de la sexualité :

- soit un tabou autour de ces questions, dont les patientes ont pu dire avoir souffert, mettant en avant le secret autour de cette question dans leur éducation, notamment lorsqu'elles évoquent leurs premières règles, dont certaines n'ont même pas osé parler à leurs mères, et pour lesquelles elles ont alors dû se débrouiller seules. Ce tabou autour de la sexualité est très bien illustré par les propos d'une patiente :

« En fait le problème avec ma mère, c'est que normalement, il faudrait attendre 6 mois pour dire qu'on est enceinte parce que autrement, c'est parler de sa sexualité. »

Cette même patiente souffre de TOCS avec obsessions de contamination, exacerbées pendant la grossesse, et qui envahissent même la sphère sexuelle, réactivant probablement des problématiques anciennes autour de la question de la sexualité :

« Je suis tellement angoissée que je lui demandais (à son mari) d'avoir des rapports avec des préservatifs. En fait, j'ai peur des infections essentiellement par ce que je mange mais aussi par ... de ce côté-là ... »

- soit la réactivation de souvenirs traumatiques et notamment, une entrée traumatique dans la sexualité, que nous retrouvons chez un grand nombre des patientes de cette étude (29 % d'antécédents de viols et 29 % d'antécédents d'attouchements chez les patientes). Il s'agit d'un facteur qui a déjà pu être mis en évidence dans la littérature. Cependant, ce qui a attiré notre attention est le fait que les patientes ont pu évoquer ces traumatismes sexuels précoces dès notre deuxième rencontre. Ce résultat vient confirmer l'existence d'une transparence psychique lors de la grossesse, permettant une levée du voile du refoulement, et notamment concernant certains événements traumatiques du passé.

Nous pensons que la dépression joue, ici encore, un rôle : en effet, la transparence psychique de la grossesse, chez ces femmes déprimées, ferait émerger préférentiellement les souvenirs traumatiques, notamment concernant le domaine de la sexualité.

11 : LIMITES

La principale limite de cette étude est son défaut de puissance. Il est à mettre en lien avec le recrutement particulièrement difficile des patientes, eu égard à la pathologie considérée, les TCA, dont le déni constitue l'un des symptômes quasi pathognomonique.

De plus, les patientes et les témoins ont bénéficié du même protocole de recherche. Cependant, pour certains items, nous n'avons analysé que les données relatives aux patientes, ne permettant pas la comparaison avec le groupe témoin.

Les deux entretiens semi-structurés ont été analysés par un seul examinateur, celui ayant effectué la passation.

Certaines données sont manquantes en post partum, ne permettant pas une comparaison optimale avec les données du prénatal. Cela est à mettre en lien avec la difficulté de suivi de la population d'étude dans les premiers mois du post partum et la durée du protocole (6 mois).

Cependant, cette étude constituant une étude préliminaire d'une étude de plus grande envergure, nos hypothèses seront prochainement mises à l'épreuve sur un échantillon plus grand.

ÉPILOGUE

Nous souhaitons attirer l'attention sur le fait que les patientes comme les témoins, se sont prêtées très volontiers aux entretiens et les ont investis en conséquence. En témoignent également les remerciements et faire-parts de naissance que nous avons pu recevoir.

Un résultat a particulièrement attiré notre attention. Il s'agit de la durée des entretiens, significativement plus importante pour les patientes. Ce résultat, de même que l'impression clinique, vont dans le sens d'un hyper-investissement et d'une certaine avidité des patientes pour ces entretiens cliniques.

Nous pensons que l'espace offert par ces entretiens cliniques a permis à ces patientes aux assises narcissiques précaires, de parler d'elles, de se raconter, à une période de leur vie où le regard de l'autre leur apparaît dirigé non pas sur elles, mais sur leur ventre et le bébé qu'il renferme. Cela leur a offert l'opportunité d'une revalorisation narcissique.

De même, nous pouvons supposer qu'elles pressentent également que leur bébé, une fois présent, va également et de manière encore plus manifeste, capter toute l'attention de leur entourage, à leur détriment. Les entretiens cliniques ont ainsi pu leur permettre, alors qu'elles étaient en proie à des affects dépressifs, de soutenir un mouvement de repli narcissique nécessaire.

Ainsi, nous pensons que la recherche-action, avec sa double valence, à la fois thérapeutique et scientifique, a permis aux femmes engagées dans cette recherche d'y trouver des bénéfices personnels directs pour elles même, par l'écoute et l'attention qui leur ont été portées.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Les TCA maternels en période périnatale constituent un enjeu de santé publique, eu égard à leur potentialité délétère sur la construction de la parentalité et le développement des enfants.

Nous avons choisi, pour notre travail, de nous pencher sur un aspect particulier de cette problématique : la question de la dépression, comorbidité fréquemment associée aux TCA. Au delà des conséquences directes de la dépression sur la mère, les conséquences d'une dépression maternelle, dans le post partum, sur les interactions mère-enfant sont également bien connues.

Ainsi, notre travail se proposait de faire le lien entre TCA, maternité et dépression, notamment concernant l'investissement de l'enfant en prénatal, que nous avons choisi d'explorer par l'étude des représentations maternelles.

Le principal résultat de notre étude est la mise en évidence d'un investissement de l'enfant, dans la période prénatale, qui demeure principalement narcissique, et ce au dernier trimestre de la grossesse, où l'on s'attend habituellement à une bascule d'un investissement narcissique vers un investissement d'avantage objectal. Ce lien objectalisé permet ainsi à la mère, dès la période prénatale, d'anticiper l'accouchement et les besoins à venir de son enfant. Or, chez les femmes souffrant de TCA, l'expérience somato-psychique de la grossesse et les remaniements qu'elle entraîne sur les plans de l'image du corps, du narcissisme et de l'identité, sont vécus péniblement, réactualisant certaines problématiques antérieures dans les domaines de la mise à l'épreuve des limites corporelles, de l'identité, de la dépendance mais également de la sexualité, dans un après-coup de l'adolescence.

Ainsi, au sein de la population étudiée, les grossesses ont tendance à être marquées par les affects dépressifs, dans un continuum entre le pré et le postnatal, entraînant un mouvement de repli narcissique incluant l'enfant à venir, et dont on peut penser qu'il viendra ternir la qualité des interactions mère-bébé en post partum. Nos résultats concernant la perception par les mères du tempérament de leur enfant à 4 mois ne nous permettent pas de tirer de

conclusions, cependant, l'évaluation des interactions mère-bébés sera réalisée prochainement au sein de l'étude GAÏA, de manière plus complète et au sein d'un échantillon plus grand.

De plus, nous avons montré que la transparence psychique de la grossesse favorise, au sein de cette population de femmes plus déprimées, l'émergence préférentielle de souvenirs traumatiques, et notamment d'une entrée traumatique dans la sexualité. La levée du refoulement sur ces événements de vie douloureux rend également plus difficile l'investissement de l'enfant, dès le prénatal.

En conséquence, il apparaît essentiel de pouvoir apporter à cette population à risque, une prise en charge spécifique, afin d'accompagner ces femmes dans la construction progressive de leur maternité.

Ainsi, la mise en place de réseaux pluridisciplinaires de professionnels de santé, incluant psychiatres, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, pédopsychiatres, puéricultrices et pédiatres, permet tout d'abord un dépistage précoce des femmes à risque, dès le préconceptionnel. Puis, il est nécessaire qu'un suivi régulier, dès le début de la grossesse, puisse se mettre en place pour accompagner et surveiller ces grossesses, sur les plans somatiques et psychiques. L'entretien du 4^{ème} mois doit également permettre de dépister les femmes qui n'auraient pu l'être antérieurement. Enfin, un suivi doit être proposé aux dyades dans le post-partum, afin de prévenir les conséquences potentielles d'une dépression maternelle sur les interactions précoces mère-enfant, le développement psychomoteur et affectif de l'enfant, la santé psychique de la mère et l'équilibre familial. Idéalement, ce suivi inclura également le père de l'enfant.

Enfin, nous appelons de nos vœux la réalisation d'autres études dans ce domaine, nous permettant ainsi de mieux comprendre et ainsi prévenir la morbidité maternelle, développementale, relationnelle et familiale des TCA maternels en période périnatale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Abraham S, Obstetricians and maternal body weight and eating disorders during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2001; 22 (3):159-63.
2. Abraham S, Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years. *J Psychosom Res.* 1998; 44:491-502.
3. Achim J, Lafortune D, Laurier C, et al., Perspectives de la maternité et troubles des conduites alimentaires : une exploration de l'univers de l'« avant-conception », *L'évolution psychiatrique, Maternité*, Avril-Juin 2012, volume 77, n°12, p. 247- 264.
4. AFDAS-TCA / HAS, Juin 2010. « Anorexie mentale : prise en charge », *Recommandations pour la pratique clinique.*
5. Agbokou C, Ferreri F, Nuss P, et al. Clinique des dépressions maternelles postnatales. *EMC - Psychiatrie* 2011:1-7 [Article 37-170-A-30].
6. Agbokou C, Les dépressions maternelles pré et post-natales, *Confrontations psychiatriques n°50 : Périnatalité*, 2011 : 84-101.
7. Alvarez L, Golse B, Les compétences des parents. Alvarez L., Golse B. *La psychiatrie du bébé.* PUF, collection *Que sais-je ?*, 2008, 34-45.
8. Alvarez L, Lamas, Nicolas I et al., Les troubles des conduites alimentaires maternels en période périnatale : un enjeu de prévention des troubles précoces de la parentalité et du développement, *EMC- Psychiatrie, in press.*
9. Alvarez L, Vion E, Psychologie et psychopathologie de la grossesse et de l'accès à la parentalité *EMC- Psychiatrie, 37-170-A-20, in press.*
10. Andersen AE, Ryan GL, Eating Disorders in the Obstetric and Gynecologic Patient Population. *Obstetrics & Gynecology*, 2009; 114(6):1353-1367.
11. Bennett H A, Einarson A, Taddio A et al., Prevalence of depression during pregnancy : systematic review, *Obstet. Gynecol.*, 2004, 103 : 698-709.
12. Blais MA, Becker AE, Burwell RA et al., Pregnancy: outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women, in *Int J of Eat Disord.* 2000; 27: 140-149.
13. Brinch M, Isager T, Tolstrup K, Anorexia nervosa and motherhood: reproduction pattern and mothering behavior of 50 women, in *Acta Paediatrica Scandinavica*, 1988, 77: 611-617.

14. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, et al., Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: a controlled study. *J Clin Psychiatry*, 1999; 60: 130-135.
15. Bydlowski M, Golse B, De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation, *Le Carnetpsy*, 2001, 63 : 30-33.
16. Bydlowski M, Les représentations inconscientes pendant la grossesse, *La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité*, PUF, Paris, 2002, 63-119.
17. Carter FA, McIntosh VVW, Joyce PR et al., Bulimia nervosa, childbirth and psychopathology, in *J Psychosom Res*, 2003; 55: 357-361.
18. Conti J, Abraham S, Taylor A, Eating behavior and pregnancy outcome. *Journal of Psychosomatic Research*. 1998; 44:465-477.
19. Cooper P J, Murray L, Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept, *British Journal of Psychiatry*, 1995, 166 : 191-5.
20. Corcos M, Approche psychanalytique de l'anorexie mentale , *Nutrition clinique et métabolisme*, 2007.
21. Cox J, Holden J, Sagovsky R, Detection of post-natal depression: development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale (EPDS), *British Journal of Psychiatry*, 1987, 150: 782-786.
22. Crow SJ, Keel P, Thuras P et al., Bulimia Symptoms and Other Risk Behaviors during Pregnancy in Women with Bulimia Nervosa, *Int J of Eat Disord*. 2004; 36: 220-223.
23. Davies K, Wardle J. Body image and dieting in pregnancy, *J Psychosom Res*. 1994 ; 38(8): 787-799.
24. Dayan J, Baleyte J M, *Les dépressions périnatales : évaluer et traiter*, éd. Masson Paris, 2008, 21-43.
25. Dayan J, Chevreuil C, Dreyfus M et al., Developmental model of depression applied to prenatal depression: role of present and past life events, past emotional disorders and pregnancy stress. *PLoS ONE* 2010; 5(9): e12942.
26. Dayan J, Creveuil C, Marks M N, et al., Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth : a prospective cohort study among women with early and regular care, *Psychosom. Med.*, 2006, 68 : 938-46.
27. Dupont M-E, Corcos M, Aspects psychopathologiques des troubles des conduites alimentaires, *La revue du praticien*, vol. 58, 2008, p. 1-9.
28. Evans J, Heron J, Francomb H, et al., Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth, *Bmj*, 2001, 323 : 257-60.

29. Feillet F, Body-Lawson F, Kabuth B et al., Rôle du pédiatre dans la prise en charge de l'anorexie mentale, Journées Parisiennes de Pédiatrie, Paris, Flammarion Médecine Sciences, 2001, 219-229.
30. Ferreri F, La dépression au féminin, éd. John Libbey Eurotext, Paris, 2003, 81-90
31. Franko DL, Blais MA, Becker AE et al., Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders, American Journal of Psychiatry, 2001; 158: 1461-1466.
32. Freizinger M, Franko DL, Dacey M et al., The prevalence of eating disorders in infertile women, in, Fertil Steril, 2010; 93 : 72-78.
33. Gerardin P, Wendland J, Bodeau N et al., Depression during pregnancy: is the developmental impact earlier on boys? A prospective case-control study. J Clinical Psychiatr, 2011; 72(3): 378-387.
34. Golbasi Z, Kelleci M, Kisacik G, et al., Prevalence and Correlates of Depression in Pregnancy Among Turkish Women, 2010, Matern Child Health J., 14 : 485-491.
35. Gotlib IH, Whiffen VE., Mount JH et al, Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum, J. Consult. Clin. Psychol., 1989, 57, 269-74.
36. Haycraft E, Blissett J, Eating disorders symptoms and parenting styles, Appetite, 2010; 54: 221-224.
37. Hoek HW, van Hoeken D, Review of the prevalence and incidence of eating disorders, in Int J Eat Disord. 2003; 34(4): 383-96.
38. Holt WJ, The detection of postnatal depression in general practice using the Edinburgh postnatal depression scale, N. Z. Med. J., 1995, 108 : 57-59.
39. Kabuth B, Lock J, Traitement de l'anorexie mentale de la jeune fille : de la Lorraine à la Californie, Adolescence, 2006/2 n°56, p. 405-419.
40. King MB, Eating disorders in a general practice population. Prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. Psychol Med Monogr Suppl, 1989; 14: 1-34.
41. Kouba S, Hällström T, Hirschberg AL, Early maternal adjustment in women with eating disorders, in Int J Eat Disord, 2008, 41(5): 405-410.
42. Kumar R, Robson KM, A prospective study of emotional disorders in childbearing women, British Journal of Psychiatry, 1984, 144 : 35-47.
43. Lacey JH, Smith G, Bulimia nervosa: the impact on mother and baby, Br J Psychiatry 1987; 150: 777-781.

44. Lai BP, Tang CS, Tse WK, A longitudinal study investigating disordered eating during the transition to motherhood among Chinese women in Hong Kong nt J Eat Disord. 2006; 39(4): 303-11.
45. Leigh B, Milgrom J, Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parentign stress. BMC Psychiatry, 2008; 8: 24.
46. Leinonen JA, Solantaus TS, Punamäki RJ. Parental mental health and children's adjustment: the quality of marital interactions and parenting as mediating factors. J of Child Psychology and Psychiatry, 2003; 44(2): 227-241.
47. Lemperière T, Rouillon F, Lepine JD, Troubles psychiques liés à la puerpéralité, EMC-Psychiatrie 1984 : 7 [Article 37-600-A-10].
48. Mazzeo SE, Landt MCT, Jones I et al., Associations among post-partum depression, eating disorders and perfectionism in a population-based sample of adult women, in, Int J Eat Disord, 2006, 39: 202-211.
49. Micali N, Eating disorders and pregnancy, Psychiatry, 2010; 7(4): 191-193.
50. Micali N, Management of eating disorders during pregnancy, Progress in Neurology and Psychiatry, 2010; 14: 24-26.
51. 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, J. Affect. Disord. 2010.
52. Micali N, Treasure J, Simonoff E, Eating disorders symptoms in pregnancy: a longitudinal study of women with recent and past eating disorders and obesity. J Psychosom Res 2007; 63: 297–303.
53. Micali N, Treasure J. Biological effects of a maternal ED on pregnancy and foetal development: a review, Eur Eat Disorders Rev, 2009; 17: 448-454.
54. Morgan JF, Lacey JH, Chung E, Risk of postnatal depression, miscarriage and preterm birth in bulimia nervosa: retrospective controlled study, in Psychosom Med, 2006; 68(3): 487-492.
55. Murray L, The impact of postnatal depression on infant development, in Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1992, (Suppl 1) 8, 1, 37-55.
56. O'Hara M W, Swain A M, Rates and risks of postpartum depression. A meta-analysis, Int. Rev. Psychiatry, 1996, 8 : 37-54.
57. Park R, Senior R, Stein A, The offspring of mothers with eating disorders, in, Eur Child & Adolesc Psych, 2003, 12: 110-119.
58. Pitt B, « Atypical » depression following childbirth, British Journal of Psychiatry, 1968, 114 : 1325-35.

59. Pop VJ, Essed GG, de Geus CA, et al., Prevalence of post partum depression—or is it post-puerperium depression ? *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 1993, 72 : 354-358.
60. Rocco PL, Orbitello B, Perini L et al., Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders. A prospective study, in, *J Psychosom Res.* 2005; 59:175-179.
61. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P et al., Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a Swedish sample, *Arch Womens Ment Health* 2004, 8: 97-104.
62. Sbaragli C, Morgante G, Goracci A et al., Infertility and psychiatric morbidity, in, *Fertil Steril* 90(6): 2107-2111.
63. Segre L S, O'Hara M W, Arndt S, et al., The prevalence of postpartum depression : the relative significance of three social status indices, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 2007, 42 : 316-321.
64. Stein A, Fairburn CG, Eating habits and attitudes in the postpartum period, *Psychosom Med.* 1996 ; 58(4): 321-325.
65. Stein A, Woolley H, McPherson, K, Conflict between mothers with eating disorders and their infants during mealtimes, *British Journal of Psychiatry*, 1999; 175, 455 -461.
66. Sutter AL, Leroy V, Dallay D et al., Post-partum blues and postnatal depression. Study of a sample of 104 delivered women, *Ann. Med. Psychol, (Paris)*, 1995, 153 : 414-416 (discussion 7).
67. The ESHRE Capri Workshop Group. Nutrition and reproduction in women. *Hum Reprod Update*, 2006; 12: 193–207.
68. Winnicott D-W. *Jeu et réalité*, Gallimard, Paris, 1975, p. 154.
69. Winnicott D-W. *La préoccupation maternelle primaire (1956)*. De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot, Paris, 1969 : 285-291.
70. Winnicott D-W. *La théorie de la relation parent-nourrisson (1960)*. De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot, Paris, 1969 : 358-378.
71. Winnicott D-W. *Psychose et soins maternels (1952)*. De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot, Paris, 1969 : 187-197.

ANNEXES

Annexe 1

Critères diagnostiques DSM-IV-TR de l'anorexie mentale (Anorexia Nervosa)

- A.** Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85% du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu).
- B.** Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, 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 déni de la gravité de la maigreur actuelle
- D.** Chez les femmes post-pubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes).

Spécifier le type :

Type restrictif (« *restricting type* ») : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est-à-dire. laxatifs, diurétiques, lavements).

Type avec crises de boulimie / vomissements ou prise de purgatifs (« *binge-eating / purging type* ») : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et / ou recours aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements).

Critères diagnostiques DSM-IV-TR de la boulimie (Bulimia Nervosa)

- A.** Survenue récurrente de crises de boulimie (« binge eating »). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :
- (1) absorption, en une période de temps limitée (par exemple, moins de 2 heures), d'une grande 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 (par exemple, 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, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.
- C.** Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois 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 les périodes d'anorexie mentale (anorexia nervosa).

Spécifier le type :

Type avec vomissements ou prise de purgatifs (« *purging type* ») : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

Type sans vomissements ni prise de purgatifs (« *non purging type* ») : pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

Critères diagnostiques DSM-IV-TR de l'épisode dépressif majeur

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB. Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

1- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex. se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex. pleure)

NB. Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

2- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

3- Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

NB. Chez l'enfant, prendre en compte l'absence d'augmentation de poids attendue.

4- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6- Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée : (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9- Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection médicale

générale (p. ex. hypothyroïdie)

- E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Caractéristiques de l'intensité :

- **intensité légère** : les activités professionnelles, sociales simples, ou les relations avec les autres sont entravées de façon mineure.
- **intensité modérée** : les symptômes et altérations fonctionnelles sont compris entre les deux extrêmes (léger et sévère). Les activités professionnelles, sociales simples, ou les relations avec les autres sont réalisées avec peine et au prix d'efforts.
- **Intensité sévère sans caractéristiques psychotiques** : plusieurs symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic sont présents. Les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes, ou les relations avec les autres.

Annexe 4 : EDE-Q

VOTRE ALIMENTATION DURANT LES 28 DERNIERS JOURS...

Les questions ci-dessous concernent uniquement les 4 dernières semaines (28 jours).

Lisez attentivement et répondez, s'il vous plaît, à toutes les questions.

⇒ **Question 1 à 12** : Sélectionnez la réponse qui vous paraît la plus proche de la réalité

de ces 4 dernières semaines (28 jours). Puis reportez le chiffre correspondant dans la case de droite.

DURANT LES 28 DERNIERS JOURS, COMBIEN DE JOURS...

<i>0 jour</i>	<i>1-5 jours</i>	<i>6-12 jours</i>	<i>13-15 jours</i>	<i>16-22 jours</i>	<i>23-27 jours</i>	<i>Tous les jours</i>
0	1	2	3	4	5	6

1. Avez-vous délibérément essayé de limiter la quantité de nourriture que vous mangiez afin d'influencer la forme de votre corps ou votre poids (que vous ayez réussi ou non) :

De 0 à 6

F1|__|

2. Êtes-vous restée sans rien manger du tout pendant de longues périodes (8 heures ou plus en dehors des heures de sommeil), afin d'influencer la forme de votre corps ou votre poids :

De 0 à 6

F2|__|

3. Avez-vous essayé d'exclure de votre alimentation certains aliments que vous aimez, afin d'influencer la forme de votre corps ou votre poids (que vous ayez réussi ou non) :

De 0 à 6

F3|__|

4. Avez-vous essayé de suivre des règles précises concernant votre alimentation (par exemple une limite calorique), afin d'influencer la forme de votre corps ou votre poids (que vous ayez réussi ou non) :

De 0 à 6

F4|__|

5. Avez-vous eu un net désir d'avoir le ventre vide, afin d'influencer la forme de votre corps ou votre poids :

De 0 à 6

F5|__|

6. Avez-vous éprouvé un net désir d'avoir un ventre parfaitement plat :

De 0 à 6

F6|__|

7. Vous a-t-il été très difficile de vous concentrer sur des choses qui vous intéressent (par exemple travailler, suivre une conversation, ou lire) du fait de pensées concernant la nourriture, l'alimentation ou les calories :

De 0 à 6

F7|__|

8. Vous a-t-il été très difficile de vous concentrer sur des choses qui vous intéressent (par exemple travailler, suivre une conversation, ou lire) du fait de pensées concernant la forme de votre corps ou votre poids ?

De 0 à 6

F8|__|

- | | | | |
|-----|--|----------|-------|
| 9. | Avez-vous eu une peur nette de perdre le contrôle de votre prise alimentaire : | De 0 à 6 | F9 _ |
| 10. | Avez-vous eu une peur nette à l'idée que vous pourriez prendre du poids : | De 0 à 6 | F10 _ |
| 11. | Vous êtes-vous sentie grosse : | De 0 à 6 | F11 _ |
| 12. | Avez-vous eu un fort désir de perdre du poids : | De 0 à 6 | F12 _ |

⇒ **Question 13 à 18** : Répondez par la réponse qui vous paraît la plus proche de la réalité concernant les 4 dernières semaines (28 jours).

DURANT LES 28 DERNIERS JOURS...

- | | | |
|-----|--|----------------|
| 13. | Combien de FOIS avez-vous mangé une quantité de nourriture qui aurait été considérée par d'autres <u>comme inhabituellement importante</u> (compte tenu des circonstances)? | F13 _ _ fois |
| 14. | Lorsque vous avez mangé une quantité de nourriture qui aurait été considérée par d'autres comme inhabituellement importante, combien de FOIS avez-vous eu la sensation d'avoir perdu le contrôle de votre prise alimentaire (au moment où vous mangiez) ? | F14 _ _ fois |
| 15. | Combien de JOURS ont été marqués par la survenue de tels épisodes d'excès alimentaire (c'est-à-dire la consommation d'une quantité anormalement importante de nourriture, accompagnée d'une sensation de perte de contrôle sur le moment) ? | F15 _ _ jours |
| 16. | Combien de FOIS vous êtes-vous fait vomir, afin d'influencer la forme de votre corps ou votre poids ? | F16 _ _ fois |
| 17. | Combien de FOIS avez-vous pris des laxatifs, afin d'influencer la forme de votre corps ou votre poids ? | F17 _ _ fois |
| 18. | Combien de FOIS avez-vous pratiqué un exercice physique de façon contrainte ou compulsive afin de contrôler votre poids ou la forme de votre corps, d'éliminer des graisses ou encore de brûler des calories. | F18 _ _ fois |

⇒ **Question 19 à 21** : Sélectionnez la réponse qui vous paraît la plus proche de la réalité

de ces 4 dernières semaines (28 jours). Puis reportez le chiffre correspondant dans la case de droite.

Attention : Notez que dans les questions ci-dessous, le terme « **crise de boulimie** » correspond à la consommation d'une quantité de nourriture qui serait considérée comme excessive par d'autres (étant donné les circonstances), accompagnée d'un sentiment de perte de contrôle de la prise alimentaire.

DURANT LES 28 DERNIERS JOURS...

<i>0 jour</i>	<i>1-5 jours</i>	<i>6-12 jours</i>	<i>13-15 jours</i>	<i>16-22 jours</i>	<i>23-27 jours</i>	<i>Tous les jours</i>
0	1	2	3	4	5	6

19. Combien de JOURS avez-vous mangé en secret (i.e., à la dérobee)

(ne pas compter les épisodes de crises de boulimie)?

De 0 à 6

F19|__|

<i>Jamais</i>	<i>Peu de fois</i>	<i>Moins de la moitié des fois</i>	<i>La moitié des fois</i>	<i>Plus de la moitié des fois</i>	<i>La plupart des fois</i>	<i>Toutes les fois</i>
0	1	2	3	4	5	6

20. Sur l'ensemble des fois où vous avez mangé (toutes les prises alimentaires de ces 28 derniers jours) quelle proportion a causé un sentiment de culpabilité (sentiment d'avoir fait quelque chose de mal) en raison de son effet sur votre forme corporelle ou votre poids (ne pas compter les épisodes de crises de boulimie)?

De 0 à 6

F20|__|

<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Nettement</i>
0	1	2	3
4	5	6	

21. A quel point avez-vous été préoccupée par le fait que d'autres vous regardaient manger? (ne tenez pas compte des épisodes de crise de boulimie)?

De 0 à 6

F21|__|

⇒ **Question 22 à 28** : Sélectionnez la réponse qui vous paraît la plus proche de la réalité

de ces 4 dernières semaines (28 jours). Puis reportez le chiffre correspondant dans la case de droite.

<i>Pas du tout</i>		<i>Un peu</i>		<i>Modérément</i>		<i>Nettement</i>	
0	1	2	3	4	5	6	

22. Votre poids a-t-il influencé la façon dont vous vous considérez (jugez) en tant qu'individu ? **De 0 à 6** F22 |__|
23. La forme de votre corps a-t-elle influencé la façon dont vous vous considérez (jugez) en tant qu'individu ? **De 0 à 6** F23 |__|
24. A quel point auriez-vous été bouleversée si l'on vous avait demandé de vous peser vous-même, une fois par semaine (ni plus, ni moins souvent) pendant un mois ? **De 0 à 6** F24 |__|
25. A quel point avez-vous été insatisfaite de votre poids ? **De 0 à 6** F25 |__|
26. A quel point avez-vous été insatisfaite de la forme de votre corps ? **De 0 à 6** F26 |__|
27. A quel point vous êtes-vous sentie gênée en voyant votre corps (par exemple en voyant la forme de votre corps dans un miroir, dans le reflet d'une vitrine de magasin, lorsque que vous vous déshabillez, ou que preniez un bain ou une douche) ? **De 0 à 6** F27 |__|
28. A quel point vous êtes-vous sentie gênée que les autres voient votre corps ou votre silhouette (par exemple dans les vestiaires collectifs, lorsque vous vous êtes baignée, ou en portant des vêtements serrés) ? **De 0 à 6** F28 |__|

Annexe 5 : EPDS

VOTRE HUMEUR PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ÉCOULER...

Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en choisissant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est-à-dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement aujourd'hui.

Voici un exemple : **Je me suis sentie heureuse** :

Oui, tout le temps

Oui, la plupart du temps

Non, pas très souvent

Non, pas du tout

⇒ Ceci signifiera : "je me suis sentie heureuse la plupart du temps pendant la semaine qui vient de s'écouler".

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ÉCOULER...

1. **J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté...**

- 0 Aussi souvent que d'habitude
- 1 Pas tout à fait autant
- 2 Vraiment beaucoup moins souvent ces jours ci
- 3 Absolument pas

J1|__|

2. **Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir...**

- 0 Autant que d'habitude
- 1 Plutôt moins que d'habitude
- 2 Vraiment moins que d'habitude
- 3 Pratiquement pas

J2|__|

3. **Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal...**

- 3 Oui, la plupart du temps
- 2 Oui, parfois
- 1 Pas très souvent
- 0 Non, jamais

J3|__|

4. **Je me suis sentie soucieuse ou inquiète sans motif...**

- 0 Non, pas du tout
- 1 Presque jamais
- 2 Oui, parfois
- 3 Oui, très souvent

J4|__|

5. **Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons...**

- 3 Oui, vraiment souvent
- 2 Oui, parfois

1 Non, pas très souvent

0 Non, pas du tout

J5|__|

6. **J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements...**

3 Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations

2 Oui, parfois je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude

1 Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations

0 Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

J6|__|

7. **Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil...**

3 Oui, la plupart du temps

2 Oui, parfois

1 Pas très souvent

0 Non, pas du tout

J7|__|

8. **Je me suis sentie triste ou peu heureuse...**

3 Oui, la plupart du temps

2 Oui, très souvent

1 Pas très souvent

0 Non, pas du tout

J8|__|

9. **Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré...**

3 Oui, la plupart du temps

2 Oui, très souvent

1 Seulement de temps en temps

0 Non, jamais

J9|__|

10. **Il m'est arrivé de penser à me faire du mal**

3 Oui, très souvent

2 Parfois

1 Presque jamais

0 Jamais

J10|__|

Annexe 6 : BDI

VOS SENTIMENTS AU COURS DE CES DERNIERS JOURS

Pour chaque série lisez les quatre propositions puis choisissez celle qui décrit le mieux votre **ÉTAT ACTUEL**.

Ne donnez qu'une réponse pour chaque proposition, reportez le chiffre correspondant dans la case de droite.

ACTUELLEMENT...

1	- Je ne me sens pas triste	0	
	- Je me sens cafardeux(se) ou triste	1	
	- Je me sens tout le temps cafardeux(se) ou triste, et je n'arrive pas à en sortir	2	
	- Je suis si triste et si malheureux(se) que je ne peux pas le supporter	3	_
2	- Je ne suis pas particulièrement découragé(e) ni pessimiste au sujet de l'avenir	0	
	- J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir	1	
	- Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer	2	
	- Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer	3	_
3	- Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie	0	
	- J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens	1	
	- Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs	2	
	- J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations 3 mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants).	3	_
4	- Je ne me sens pas particulièrement insatisfait(e)	0	
	- Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances	1	
	- Je ne tire plus aucune satisfaction de quoique ce soit	2	
	- Je suis mécontent(e) de tout	3	_
5	- Je ne me sens pas coupable	0	
	- Je me sens mauvais(e) ou indigne une bonne partie du temps	1	
	- Je me sens coupable	2	
	- Je me juge très mauvais(e) et j'ai l'impression que je ne vauds rien	3	_
6	- Je ne suis pas déçu(e) par moi-même	0	
	- Je suis déçu(e) par moi-même	1	
	- Je me dégoûte moi-même	2	
	- Je me hais	3	_

7	- Je ne pense pas à me faire du mal	0	
	- Je pense que la mort me libérerait	1	
	- J'ai des plans précis pour me suicider	2	
	- Si je le pouvais, je me tuerais	3	_
8	- Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens	0	
	- Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois	1	
	- J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux	2	
	- J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement	3	_
9	- Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume	0	
	- J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision	1	
	- J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions	2	
	- Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision	3	_
10	- Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant	0	
	- J'ai peur de paraître vieux (vieille) ou disgracieux(se)	1	
	- J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux(se)	2	
	- J'ai l'impression d'être laid(e) et repoussant(e)	3	_
11	- Je travaille aussi facilement qu'auparavant	0	
	- Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose	1	
	- Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit	2	
	- Je suis incapable de faire le moindre travail	3	_
12	- Je ne suis pas plus fatigué (e) que d'habitude	0	
	- Je suis fatigué(e) plus facilement que d'habitude	1	
	- Faire quoi que ce soit me fatigue	2	
	- Je suis incapable de faire le moindre travail	3	_
13	- Mon appétit est toujours aussi bon	0	
	- Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude	1	
	- Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant	2	
	- Je n'ai plus du tout d'appétit	3	_

Annexe 7 : STAI

VOTRE ÉTAT D'ESPRIT ACTUEL

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis reportez le numéro correspondant le mieux à ce que **vous ressentez**. **À L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **actuels**.

NON	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	OUI
1	2	3	4

A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT :

1.	Je me sens calme.	De 1 à 4	01 _
2.	Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté.	De 1 à 4	02 _
3.	Je suis tendu(e), crispé(e).	De 1 à 4	03 _
4.	Je me sens surmené(e).	De 1 à 4	04 _
5.	Je me sens tranquille, bien dans ma peau.	De 1 à 4	05 _
6.	Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e).	De 1 à 4	06 _
7.	L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.	De 1 à 4	07 _
8.	Je me sens content(e).	De 1 à 4	08 _
9.	Je me sens effrayé(e).	De 1 à 4	09 _
10.	Je me sens à mon aise.	De 1 à 4	010 _
11.	Je sens que j'ai confiance en moi.	De 1 à 4	011 _
12.	Je me sens nerveux (nerveuse), irritable.	De 1 à 4	012 _
13.	J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).	De 1 à 4	013 _
14.	Je me sens indécis(e).	De 1 à 4	014 _
15.	Je suis décontracté(e), détendu(e).	De 1 à 4	015 _
16.	Je suis satisfait(e).	De 1 à 4	016 _
17.	Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse).	De 1 à 4	017 _
18.	Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e).	De 1 à 4	018 _
19.	Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e).	De 1 à 4	019 _

VOTRE ÉTAT D'ESPRIT HABITUEL

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis reportez le numéro correspondant le mieux à ce que vous ressentez **GÉNÉRALEMENT**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **habituels**.

NON	PLUTÔT NON	PLUTÔT OUI	OUI
1	2	3	4

GÉNÉRALEMENT :

21.	Je me sens de bonne humeur, aimable.	De 1 à 4	021 _
22.	Je me sens nerveux (nerveuse) et agité (e).	De 1 à 4	022 _
23.	Je me sens content(e) de moi.	De 1 à 4	023 _
24.	Je voudrais être aussi heureux (heureuse) que les autres semblent l'être.	De 1 à 4	024 _
25.	J'ai un sentiment d'échec.	De 1 à 4	025 _
26.	Je me sens reposé(e).	De 1 à 4	026 _
27.	J'ai tout mon sang-froid.	De 1 à 4	027 _
28.	J'ai l'impression que les difficultés s'accroissent à un tel point que je ne peux plus les surmonter.	De 1 à 4	028 _
29.	Je m'inquiète à propos de choses sans importance.	De 1 à 4	029 _
30.	Je suis heureux(se).	De 1 à 4	030 _
31.	J'ai des pensées qui me perturbent.	De 1 à 4	031 _
32.	Je manque de confiance en moi.	De 1 à 4	032 _
33.	Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.	De 1 à 4	033 _
34.	Je prends facilement des décisions.	De 1 à 4	034 _
35.	Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur.	De 1 à 4	035 _
36.	Je suis satisfait(e).	De 1 à 4	036 _
37.	Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent.	De 1 à 4	037 _
38.	Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement.	De 1 à 4	038 _
39.	Je suis une personne posée, solide, stable.	De 1 à 4	039 _

Annexe 8 : QT6

LE COMPORTEMENT DE VOTRE ENFANT

Pour chaque question de cette partie, **entourer un chiffre entre 1 et 7**, le plus proche du comportement habituel de votre bébé.

L'expression "dans la moyenne" fait référence à ce que vous estimez correspondre au comportement de la plupart des bébés.

Merci de répondre à toutes les questions.

1- Vous est-il plutôt facile ou difficile de calmer ou de consoler votre bébé quand il/elle est énervé, mécontent ou malheureux ?

1	2	3	4	5	6	7
très facile			dans la moyenne			difficile

2- Vous est-il plutôt facile ou difficile de prévoir quand votre bébé va s'endormir ou se réveiller?

1	2	3	4	5	6	7
très facile			dans la moyenne			difficile

3- Vous est-il plutôt facile ou difficile de prévoir quand votre bébé va avoir faim?

1	2	3	4	5	6	7
très facile			dans la moyenne			difficile

4- Vous est-il plutôt facile ou difficile de savoir ce qui gêne votre bébé quand il/elle pleure ou s'énerve?

1	2	3	4	5	6	7
très facile			dans la moyenne			difficile

5- Combien de fois par jour, en moyenne, votre bébé est-il grognon ou irritable, même pendant un court moment ?

1	2	3	4	5	6	7
jamais	1 à 2 fois	3 à 4 fois	5 à 6 fois	7 à 8 fois	10 à 14 fois	15 fois
	par jour	par jour	par jour	par jour	par jour	ou plus

6- En général, avec quelle fréquence votre bébé pleure-t-il ou est-il grognon ?

1	2	3	4	5	6	7
très peu,			autant que la			beaucoup,
beaucoup						
moins			moyenne des			beaucoup plus
que la plupart			bébés			que la plupart
des bébés						des bébés

7- Comment votre bébé a-t-il réagi à son **premier** bain?

1	2	3	4	5	6	7
très bien,			n'a ni aimé			très négativement,
a beaucoup						
aimé			ni détesté			n'a pas du tout aimé

8- Comment votre bébé a-t-il réagi la **première fois** que vous lui avez donné des aliments solides ?

1	2	3	4	5	6	7
très bien,			n'a ni aimé			très négativement,
a aimé tout			ni détesté			n'a pas du tout aimé
de suite						

Si vous ne lui en avez encore jamais donné, merci de le mentionner :

9- Comment votre bébé réagit-il habituellement face à une personne **inconnue** ?

1	2	3	4	5	6	7
réagit						
presque			réagit favorablement			réagit presque
toujours			une fois sur deux			toujours négativement
favorablement						au début

10- Comment votre bébé réagit-il quand il est dans un **nouvel** endroit ?

1	2	3	4	5	6	7
presque						
toujours			réagit favorablement			réagit presque
favorablement			une fois sur deux			toujours négativement
						au début

11- Comment votre bébé finit-il par s'adapter aux situations nouvelles telles que celles décrites dans les questions 7 à 10 ?

1	2	3	4	5	6	7
très bien,			finit par bien aimer			difficilement,
finit toujours			une fois sur deux			déteste presque
par bien aimer						toujours

12- Avec quelle facilité votre bébé devient-il perturbé ou agité ?

1	2	3	4	5	6	7
très difficile						
à perturber,			dans la moyenne			très facile à perturber,
même par						
des choses						même par des choses
qui perturbent						
la plupart						qui ne gêneraient pas
des bébés						la plupart des bébés

13- Lorsque votre bébé manifeste son mécontentement ou son énervement (par exemple avant le repas, pendant qu'on le change, etc.), avec quelle intensité pleure-il et s'énerve-t-il?

1	2	3	4	5	6	7
Intensité			intensité moyenne			Intensité
très faible						très forte ou
						extrême

14- Comment votre bébé réagit-il quand vous l'habillez ?

1	2	3	4	5	6	7
très bien			dans la moyenne,			n'aime pas du tout ça
			ça ne le gêne pas			

15- En général, quel est le degré d'activité de votre bébé ?

1	2	3	4	5	6	7
très calme			dans la moyenne			très actif
et tranquille						et vif

16- Avec quelle fréquence votre bébé sourit-il et fait-il des gazouillis?

1	2	3	4	5	6	7
très						
souriant,			dans la moyenne			très peu,
beaucoup						
plus que						beaucoup moins que
la plupart						
des bébés						la plupart des bébés

17- De quelle humeur votre bébé est-il en général?

1	2	3	4	5	6	7
très gai			ni gai			peu souriant,
très						
souriant,			ni sérieux,			peu expansif
expansif			dans la moyenne			

18- Dans quelle mesure votre bébé aime-t-il jouer avec vous ?

1	2	3	4	5	6	7
beaucoup,			dans la moyenne			très peu
aime						
vraiment ça						n'aime pas
						tellement

19- Dans quelle mesure votre bébé veut-il être tenu ou pris dans les bras ?

1	2	3	4	5	6	7
veut être						
libre			veut être tenu parfois,			très souvent,
presque tout			d'autres fois pas			veut être tenu
le temps						ou pris dans les
						bras presque
						tout le temps

20- Comment votre bébé réagit-il aux perturbations et changements de sa routine quotidienne, comme quand vous l'emmenez à une sortie, à une réunion, en voyage, etc. ?

1	2	3	4	5	6	7
très						
favorablement,			dans la moyenne			très défavorablement,
n'est pas						
perturbé						supporte mal

21- Vous est-il plutôt facile ou difficile de prévoir quand votre bébé aura besoin qu'on lui change sa couche ?

1	2	3	4	5	6	7
très facile			dans la moyenne			très difficile

22- Dans quelle mesure l'humeur de votre bébé est-elle changeante ?

1	2	3	4	5	6	7
peu changeante, peu de sautes d'humeur			dans la moyenne			très changeante, beaucoup de sautes d'humeur

23- Dans quelle mesure votre bébé s'anime-t-il quand quelqu'un joue ou parle avec lui/elle?

1	2	3	4	5	6	7
devient très animé			dans la moyenne			pas du tout

24- Estimez-vous que la plupart des mamans trouveraient votre bébé plutôt facile ou difficile?

1	2	3	4	5	6	7
très facile			normal, quelques problèmes			très difficile

25- En moyenne, de combien votre bébé a-t-il besoin d'attention, en plus des soins courants

(alimentation, changement des couches, etc.)

1	2	3	4	5	6	7
très peu,			dans la moyenne			beaucoup,
beaucoup						
moins						beaucoup plus
que la moyenne						que la moyenne

26- Quand vous le laissez seul un moment, votre bébé joue-t-il bien tout seul ?

1	2	3	4	5	6	7
presque			environ			ne joue presque
toujours			une fois sur deux			jamais seul

Annexe 9 : Mini TCA

M. ANOREXIE MENTALE (SB)

M1 a	Combien mesurez-vous ?			L169 _ _ _ cm
b	Au cours de votre vie, quel a été votre poids le plus faible (depuis l'adolescence) ?			L170 _ _ _ kg
c	LE POIDS DU PATIENT A-T-IL DÉJÀ ÉTÉ INFÉRIEUR AU SEUIL CRITIQUE INDIQUÉ POUR SA TAILLE ? VOIR TABLEAU DE CORRESPONDANCE.	→		
		NON	OUI	L171 _ _
M1d	Avez-vous pesé ce poids dans les 3 derniers mois ? SI M1d = NON : EXPLORER LA PÉRIODE PASSÉE DURANT LAQUELLE LE POIDS ÉTAIT LE PLUS BAS SI M1d = OUI : EXPLORER LA PÉRIODE ACTUELLE Au cours de la période où votre poids était le plus bas / Au cours des trois derniers mois :			
		NON	OUI	L172 _ _

M2	Avez-vous refusé de prendre du poids, malgré le fait que vous pesiez peu ?	→ NON	OUI	L173 _
M3	Aviez-vous peur de prendre du poids ou redoutiez-vous de devenir trop gros(se) ?	→ NON	OUI	L174 _
M4 a	Vous trouviez-vous encore trop gros(se), ou pensiez-vous qu'une partie de votre corps était trop grosse ?	NON	OUI	L175 _
b	L'opinion ou l'estime que vous aviez de vous-même étaient-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?	NON	OUI	L176 _
c	Pensiez-vous que ce poids était normal, voire excessif ?	NON	OUI	L177 _
M5	Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN M4 ?	→ NON	OUI	L178 _
M6	POUR LES FEMMES SEULEMENT : Au cours de cette période, avez-vous eu un arrêt de vos règles alors que vous auriez dû les avoir (en l'absence d'une éventuelle grossesse et d'une contraception orale) ?	→ NON	OUI	L179 _
M7	De façon à éviter une prise de poids, faites-vous régulièrement certaines choses comme vous faire vomir, prendre des laxatifs, des diurétiques ou faire des lavements ?	NON	OUI	L180 _
M8	Avez-vous régulièrement des crises de boulimie durant lesquelles vous mangez de très grandes quantités de nourriture dans une période de temps limité, c'est à dire en moins de 2 heures ?	NON	OUI	L181 _

TABLEAU DE CORRESPONDANCE TAILLE - SEUIL DE POIDS CRITIQUE (SANS CHAUSSURE, SANS VÊTEMENT)

TAILLE (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
Femmes	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
POIDS (kg)											
Hommes	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

→ : ALLER A LA FIN DE LA SECTION ET COTER NON... 0 DANS LA CASE DIAGNOSTIQUE.

M9a	<p>POUR LES FEMMES : M5 ET M6 SONT-ELLES COTÉES OUI</p> <p>ET M7 ET M8 SONT-ELLES COTÉES NON ?</p> <p>POUR LES HOMMES : M5 EST-ELLE COTÉE OUI</p> <p>ET M7 ET M8 SONT-ELLES COTÉES NON ?</p> <p>SI OUI, SPÉCIFIER SI LA PÉRIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSÉE :</p> <p>ACTUELLE = 1 PASSÉE = 2</p>	<p>NON OUI L182 _ </p> <p><i>ANOREXIE MENTALE</i></p> <p><i>Type Restrictif</i></p> <p>L183 _ </p>
M9b	<p>POUR LES FEMMES : M5 ET M6 SONT-ELLES COTÉES OUI</p> <p>ET M7 OU M8 SONT-ELLES COTÉES OUI ?</p> <p>POUR LES HOMMES : M5 EST-ELLE COTÉE OUI</p> <p>ET M7 OU M8 SONT-ELLES COTÉES OUI ?</p> <p>SI OUI, SPÉCIFIER SI LA PÉRIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSÉE :</p> <p>ACTUELLE = 1 PASSÉE = 2</p>	<p>NON OUI L184 _ </p> <p><i>ANOREXIE MENTALE</i></p> <p><i>Binge Eating/Purging Type</i></p> <p>L185 _ </p>

M10a	Quand pour la première fois avez-vous atteint ce poids tout en ayant les préoccupations dont nous venons de parler ?	L186 _ _ ans
M10b	Quand pour la dernière fois, cela vous est-il arrivé ?	L187 _ _ ans

→ : ALLER A LA FIN DE LA SECTION ET COTER NON... 0 DANS LA CASE DIAGNOSTIQUE.

N. BOULIMIE (SB)

N1	Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs périodes d'au moins trois semaines où vous aviez des crises de boulimie durant lesquelles vous mangiez de très grandes quantités de nourriture dans une période de temps limitée, c'est à dire en moins de 2 heures ?	→ NON	OUI	L188 _
N2a	Au cours de cette/ces période(s), aviez-vous de telles crises de boulimie au moins deux fois par semaine ?	→ NON	OUI	L189 _
N2b	Avez-vous eu de telles crises, au moins deux fois par semaine, au cours des 3 derniers mois ?	NON	OUI	L190 _
<p>SI N2b = NON : EXPLORER LA PÉRIODE PASSÉE DURANT LAQUELLE LES CRISES DE BOULIMIE ÉTAIENT LES PLUS FRÉQUENTES</p> <p>SI N2b = OUI : EXPLORER LA PÉRIODE ACTUELLE</p>				
N3	Durant ces crises de boulimie, aviez-vous l'impression de ne pas pouvoir vous arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler la quantité de nourriture que vous preniez ?	→ NON	OUI	L191 _
N4	De façon à éviter une prise de poids après ces crises de boulimie, faisiez-vous certaines choses comme vous faire vomir ou prendre des laxatifs, des diurétiques ou des coupe-faim ?	NON	OUI	L192 _
N5	De façon à éviter une prise de poids après ces crises de boulimie, faisiez-vous certaines choses comme vous astreindre à des régimes draconiens ou pratiquer des exercices physiques importants ?	NON	OUI	L193 _
N6	L'opinion ou l'estime que vous aviez de vous-même étaient-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?	→ NON	OUI	L194 _

N7a	<p align="center"><u>EN L'ABSENCE D'ANOREXIE MENTALE :</u></p> <p align="center">N4 ET N6 SONT-ELLES COTÉES OUI ?</p> <p>SI OUI, SPÉCIFIER SI LA PÉRIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSÉE :</p> <p>ACTUELLE = 1 PASSÉE = 2</p>	<p align="center">NON OUI L195 _ </p> <p align="center"><i>BOULIMIE</i></p> <p align="center"><i>Purging Type</i></p> <p align="center">L196 _ </p>
N7b	<p align="center"><u>EN L'ABSENCE D'ANOREXIE MENTALE :</u></p> <p align="center">N5 ET N6 SONT-ELLES COTÉES OUI,</p> <p align="center"><u>ET N4 EST-ELLE COTÉE NON ?</u></p> <p>SI OUI, SPÉCIFIER SI LA PÉRIODE EXPLORÉE EST ACTUELLE OU PASSÉE :</p> <p>ACTUELLE = 1 PASSÉE = 2</p>	<p align="center">NON OUI L197 _ </p> <p align="center"><i>BOULIMIE</i></p> <p align="center"><i>Non Purging Type</i></p> <p align="center">L198 _ </p>
N8a	<p>Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période d'au moins 3 mois où vous aviez au moins 2 crises de boulimie par semaine tout en ayant les préoccupations dont nous venons de parler ?</p>	<p align="center">L199 _ _ ans</p>
N8b	<p>Quand pour la dernière fois, cela vous est-il arrivé ?</p>	<p align="center">L200 _ _ ans</p>

➔ : ALLER A LA FIN DE LA SECTION ET COTER NON... 0 DANS LA CASE DIAGNOSTIQUE.

Annexe 10 : IRMAG

I/ Comment la femme organise et communique son expérience de dans une structure narrative.

1) « Racontez-moi l'histoire de votre grossesse. »

- Comment vous êtes-vous sentie, comment l'avez-vous affronté ?

II/ Le désir de maternité dans l'histoire personnelle de la femme et dans l'histoire du couple.

2) « Pourquoi un enfant justement à ce moment de votre vie ? »

Éventuellement compléter avec :

- enfant programmé ou arrivé par hasard ;
- depuis combien de temps a-t-il été programmé ;
- décision du couple ou individuelle ;
- difficultés de fécondation ;
- avortements/fausses couches.

III/ Émotions personnelles, du couple et de la famille à l'annonce de la grossesse

3) « Qu'avez-vous ressenti lorsque vous avez appris que vous étiez enceinte ? »

- Date et circonstance ;
- Avec qui en avez-vous parlé (partenaire/mari, mère, amies, etc.) ?

4) « Comment la nouvelle a-t-elle été accueillie ? »

- Par le partenaire/mari : réactions émotionnelles et physiques, similarité ou différence par rapport à vos propres réactions ;
- Par la famille d'origine, la famille par alliance, par d'autres personnes.

IV/ Émotions et changements au cours de la grossesse dans la vie personnelle, du couple et par rapport aux familles

5) « Qu'avez-vous ressenti et de quelle façon votre vie a changé pendant la grossesse ? » (état émotionnel général et changements généraux)

« Et en ce qui concerne votre partenaire ? »

- Exemples.

6) « La grossesse a-t-elle influencé vos habitudes, vos activités et vos rythmes de travail ? » « Et en ce qui concerne votre partenaire ? »

- Exemples.

7) « Estimez-vous que le rapport avec votre partenaire a changé et de quelle façon ? »

- Habitudes (exemples) ;
- Diminution ou augmentation des conflits ;
- Vie sexuelle ;
- La façon dont le partenaire agit envers vous (protecteur, refusant).

8) « Comment va la relation avec votre mère en cette période ? »

- États d'âme (protection, détachement), changement avant/pendant la grossesse.

9) « A quel moment avez-vous remarqué les premiers changements dans votre corps ? »

- Vos réactions, celles du partenaire, différences entre les deux ?

10) « Quand avez-vous commencé à porter des vêtements pré maman ? »

- Les sensations que vous avez ressenties ;

- Réaction du partenaire.

11) « Y a-t-il eu des moments d'émotion particulière pendant la grossesse ? »

- Besoin de/absence de soutien, surprise, préoccupée, offensée ;

- Peurs spécifiques ;

- Rêves relatifs à la grossesse ou récurrents.

« Comment avez-vous affronté ces états d'âmes ? »

- Vous en avez parlé avec quelqu'un.

« De quelle façon votre partenaire a-t-il réagi émotionnellement à la grossesse ? »

- Compétition, jalousie, envie, manque d'intérêt, peurs, etc. ;

- Exemples.

12) « Nous avons parlé ensemble de l'histoire de votre grossesse, y a-t-il des aspects positifs ou négatifs dont nous n'avons pas parlé ? »
(pause d'autoréflexion)

13) « Avez-vous fait les visites médicales et les examens de contrôle de la grossesse ? »

« Est-il selon vous nécessaire de maintenir un suivi médical important tout au long de la grossesse ? »

« Est-il trop important selon vous ou insuffisant ? »

- Vous les avez faits régulièrement ;

- Vous êtes préoccupée à ce propos, quels en ont été les résultats ;

- Vous les faites auprès d'une structure publique ou bien chez un privé ;

- Vous avez consulté plusieurs médecins ;

- Qui vous accompagne normalement ;

- Cours de préparation à l'accouchement ;

- Problèmes de la grossesse (nausées, vomissements, prise de poids, envies, constipation/diarrhée, altération du sommeil).

14) « Comment imaginez-vous l'accouchement ? »

- On vous a déjà raconté quelque chose ;

- Qui aimeriez-vous avoir auprès de vous.

15) « Qu'avez-vous ressenti lorsque vous vous êtes rendu compte qu'il y avait un enfant en vous ? »

« Est-ce arrivé lors des premiers mouvements fœtaux ? »

- A quel mois.

« Est-ce un enfant qui bouge beaucoup ou peu ? »

- Dans quelles circonstances ;

- Quelle est votre interprétation (rapport avec le tempérament ou avec l'état d'âme de la mère) ;

- Exemples.

16) « Comment imaginez-vous votre enfant ? »

- Sexe, caractéristiques physiques et caractère.

« Comment l'imagine votre partenaire ? »

17) « Estimez-vous qu'il y a déjà une relation entre vous et l'enfant ? Comment décririez-vous cette relation ? »

- Vous et votre mari parlez parfois à l'enfant ou l'appellez d'un nom affectueux ;

- Exemples.

18) « Avez-vous rêvé de votre enfant ? »

- Comment était-il, à quelle occasion, quand cela s'est-il répété.

19) « L'avez-vous vu dans l'échographie ? »

- Quand cela s'est-il répété ;

- Comment vous a-t-il paru ;

- Description de l'enfant.

20) « Avez-vous déjà choisi un prénom ? »

- Qui l'a choisi, comment, est-ce le nom de quelqu'un de la famille.

21) « Qu'avez-vous préparé pour l'enfant ? »

- Vêtements, chambre, berceau ;

- Quelqu'un vous a aidé, qui.

22) « Nous avons parlé ensemble de votre enfant, y a-t-il des caractéristiques positives ou négatives dont nous n'avons pas parlé ? »

23) « Vous arrive-t-il de penser comment sera l'enfant ? »

- Comment voudriez-vous qu'il soit pendant les premiers mois.

« Votre partenaire, comment voudrait-il qu'il soit ? »

« Comment ne voudriez-vous pas qu'il soit ? Et votre partenaire ? »

24) « Vous arrive-t-il de vous faire du souci en pensant à l'état de santé de l'enfant ? » (à la naissance et pendant les premiers mois)

25) « De quoi pensez-vous que votre enfant aura-t-il besoin pendant ses premiers mois ? »

26) « Nous avons parlé de comment sera votre enfant, y a-t-il des caractéristiques positives ou négatives dont nous n'avons pas parlé ? »

27) (Administrer l'échelle 1 des caractéristiques individuelles de l'enfant) « Je vais vous montrer une liste de caractéristiques descriptives de l'enfant que vous attendez. Elles ont été placées de façon à prévoir des caractéristiques opposées (par ex. actif/passif), et il y a une ligne qui permet de définir tous les degrés possibles entre un caractère et l'autre. Vous devez mettre une croix sur le point qui selon vous décrit le mieux l'enfant que vous attendez. »

28) « Y a-t-il des caractéristiques de votre famille et de celle de votre partenaire que vous aimeriez ou n'aimeriez pas pour votre enfant ? »

29) « Y a-t-il des caractéristiques positives ou négatives dont nous n'avons pas parlé ? »

30) (Administrer les échelles 2 et 3 des caractéristiques individuelles de la mère et du père de l'enfant.) « Ceci est une liste de caractéristiques pour vous décrire en tant que personne, pouvez-vous la remplir de la même façon que la précédente ? »

« Pouvez-vous remplir cette feuille comme la précédente afin de donner une description de votre partenaire ? »

31) « Quel genre de mère estimez-vous que vous serez pendant les premiers mois ? »

« Quel genre de mère ne voudriez-vous pas être ? »

- Comment allez-vous allaiter (sein ou biberon) et pourquoi.

32) « Pensez-vous qu'il faut habituer l'enfant, à un rythme de sommeil par exemple, dès les premiers jours ou estimez-vous qu'il vaut mieux qu'il trouve son propre rythme tout seul ? »

33) « Après la naissance, pensez-vous vous faire aider par quelqu'un ? »

- Par qui ;

- Quand pensez-vous reprendre votre travail.

34) « Nous avons parlé de comment vous serez en tant que mère, y a-t-il des caractéristiques positives ou négatives dont nous n'avons pas parlé ? »

35) (Administer l'échelle 4 des caractéristiques maternelles de soi.) « Cette liste présente des caractéristiques pour décrire comment vous estimez que vous serez comme mère ; s'il vous plaît, remplissez-la comme les précédentes.

VII/ Perspective historique par rapport au passé de la mère

36) « Comment étiez-vous quand vous étiez enfant ? »

- Aspect, tempérament, habitudes (pendant la première année).

37) « Comment était la relation que vous aviez avec vos parents quand vous étiez enfant ? »

- Description de la relation avec votre mère ;

- Description de la relation avec votre père ;

- Exemples.

38) « Nous avons parlé de votre mère, y a-t-il des caractéristiques positives ou négatives dont nous n'avons pas parlé ? »

39) (Administer l'échelle 5 des caractéristiques maternelles de la propre mère.) « Cette dernière liste présente des caractéristiques par lesquelles vous pouvez décrire votre mère pendant votre enfance. »

40) « En quoi pensez-vous que vous ressemblerez ou non à votre mère avec votre enfant ? »

41) « Y a-t-il quelque chose que je ne vous ai pas demandé et que vous aimeriez dire ? »

Annexe 11 : Entretien T2

RETOUR SUR L'ENTRETIEN PRÉCÉDENT :

1/ Comment allez-vous depuis la dernière fois ?

2/ Vous avez peut-être repensé à l'entretien que nous avons eu la dernière fois.

- Y a-t-il des questions qui vous ont particulièrement marquées dans cet entretien, et auxquelles vous auriez repensé ?
- Avez-vous parlé de cet entretien avec votre partenaire, ou avec d'autres personnes ?

3/ Vous souvenez-vous de rêves ou cauchemars que vous auriez fait depuis la dernière fois ?

4/ Y a-t-il des points particuliers relatifs à l'entretien de la dernière fois, sur lesquels vous souhaiteriez revenir ? Dont vous aimeriez que l'on discute ?

5/ Y a-t-il d'autres choses que vous souhaiteriez ajouter concernant le premier entretien que nous avons eu ?

PUBERTÉ, IMAGE DU CORPS et FÉMINITÉ

J'aimerais que nous évoquions à présent votre adolescence.

6/ Comment aujourd'hui, pensez-vous l'adolescente que vous étiez ?

7/ Pouvez-vous me raconter un souvenir marquant, bon ou mauvais, de votre adolescence ?

8/ Lorsque vous repensez à votre adolescence, y repensez comme à une période plutôt agréable ou désagréable de votre vie ?

9/ Y a-t-il d'autres choses que vous souhaiteriez ajouter concernant votre adolescence ?

Nous allons aborder à présent vos souvenirs concernant les changements liés à la puberté.

10/ Vous souvenez-vous du moment où vous avez eu vos règles pour la première fois ?

- Comment vous êtes-vous sentie ? (fière, honteuse, gênée ...)
- En avez-vous parlé à quelqu'un ?

11/ Vous souvenez-vous de la période où vous avez commencé à avoir de la poitrine ?

- Comment vous êtes-vous sentie ? (fière, honteuse, gênée ...)
- En avez-vous parlé à quelqu'un ?
- Cherchiez-vous à montrer ou à cacher votre poitrine ?
- Vous souvenez-vous du moment où vous avez porté un soutien-gorge pour la première fois ?

12/ Avez-vous d'autres souvenirs, bons ou mauvais, concernant les changements liés à votre puberté ?

- réactions des autres ?

13/ Y a-t-il d'autres choses que vous souhaiteriez ajouter concernant les changements liés à la puberté ?

SEXUALITÉ

Si vous êtes d'accord, j'aimerais que nous parlions à présent de votre sexualité. Si certaines questions vous gênent, sentez-vous libres de me le dire.

14/ Quel souvenir gardez-vous de votre première relation sexuelle ?

15/ Avant cela, comment imaginiez-vous les relations sexuelles avec un homme ?

- Est-ce que cela vous faisait peur ?
- Vous attirait ?
- Trouviez-vous cela « sale » ?
- En aviez-vous discuté avec d'autres personnes ? Qui ?

16/ Et maintenant, comment diriez-vous que votre sexualité a évolué depuis cette première fois ?

17/ Pendant votre adolescence, vous arrivait-il de penser au moment où vous seriez enceinte ? Comment l'imaginiez-vous ?

- Aviez-vous hâte ?
- Ou pensiez-vous à cela comme quelque chose qui adviendrait beaucoup plus tardivement dans votre vie ?
- Cela vous faisait-il peur ?

18/ Y a-t-il d'autres choses que vous souhaiteriez ajouter concernant votre sexualité ?

RELATIONS DE COUPLE :

Nous avons abordé lors du précédent entretien vos relations avec votre conjoint. J'aimerais que nous revenions sur certains points particuliers.

19/ En quoi le fait de devenir mère pourrait modifier vos relations avec votre conjoint ?

- vie quotidienne
- sexualité
- ...

20/ Comment vous imaginez vous vos relations de couple dans 10 ans, 20 ans ?

21/ Y a-t-il d'autres choses que vous souhaiteriez ajouter concernant vos relations de couple ?

RELATION A LA MÈRE :

Nous avons abordé lors du précédent entretien vos relations avec votre mère. J'aimerais que nous revenions sur certains points particuliers.

22/ En quoi le fait de devenir mère à votre tour pourrait modifier ces relations ?

23/ A votre avis, quel est le rôle d'une mère ? Comment serait selon vous la « mère idéale » ?

- dans la toute petite enfance
- pendant l'enfance
- à l'adolescence
- à l'âge adulte

24/ En quoi est ce que votre propre mère se rapprochait ou s'éloignait, de cette mère « idéale », pendant votre propre enfance ?

25/ Y a-t-il d'autres choses que vous souhaiteriez ajouter concernant le rôle de mère ?

IMAGE DU CORPS PENDANT LA GROSSESSE :

Nous allons à présent revenir sur vous, et plus particulièrement, sur la perception que vous avez de votre propre corps.

26/ Avant la grossesse, comment vous trouviez vous, physiquement ?

- mince, grosse
- jolie ...

27/ Étiez-vous satisfaite de votre poids, avant la grossesse ?

28/ Lorsque vous pensiez à votre grossesse, comment imaginiez-vous les transformations de votre corps ?

Est-ce que cela vous faisait peur ?

29/ Comment vous trouvez vous physiquement, pendant la grossesse ?

- au 1^{er} T
 - au 2^{ème}
 - au 3^{ème}
- (grosse, belle, ...)

30/ Comment pensez-vous que votre partenaire vous trouvait et vous trouve actuellement, physiquement, pendant la grossesse ?

- au 1^{er} T
 - au 2^{ème}
 - au 3^{ème}
- (grosse, belle, ...)

31/ Cherchez-vous à cacher votre ventre par des habits amples ? Ou au contraire le mettez-vous en valeur, en avant ?

32/ Êtes-vous gênée par ces modifications corporelles, lorsque vous vous trouvez hors de chez vous : dans la rue, au travail ... ?

33/ Comment vous imaginez vous la montée de lait ?

- en avez-vous parlé avec d'autres personnes ? qui ?
- est-ce quelque chose qui vous inquiète ?

34/ Avez-vous pris des photos de vous pendant la grossesse ?

Vous arrive-t-il de les revoir ?

Que vous dites-vous ?

35/ Y a-t-il d'autres choses que vous souhaiteriez ajouter, concernant la perception de votre corps ?

ACCOUCHEMENT, et POST PARTUM IMMÉDIAT :

Vous allez accoucher dans quelques semaines,

36/ Vous arrive-t-il de penser à comment se passera l'accouchement ?

- Est ce que participez à des cours de préparation à l'accouchement ?
- Avez-vous des peurs particulières relatives à l'accouchement ?

37/ Vous arrive-t-il de penser au moment où vous verrez votre enfant pour la première fois ?

- Avez-vous des peurs particulières concernant ces premiers contacts

38/ Y a-t-il d'autres choses que vous souhaiteriez ajouter, concernant votre accouchement et les premiers contacts avec votre enfant ?

FÉMININ et MATERNEL :

Vous allez devenir maman dans quelques semaines,

39/ Que pensez-vous que cela va changer en vous ?

40/ Pensez-vous que cela changera votre façon de vous voir en tant que femme ?

41/ Et votre partenaire, pensez-vous que cela changera son regard sur vous ?

42/ Y a-t-il d'autres choses que vous souhaiteriez ajouter, concernant le fait que vous allez devenir mère ?

L'entretien est à présent terminé,

43/ Y a-t-il d'autres choses que vous souhaiteriez ajouter, ou préciser ?

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Cette étude se propose de mettre en évidence l'importance et l'impact de la dépression maternelle sur l'investissement de l'enfant en prénatal, chez les femmes souffrant de troubles des conduites alimentaires (TCA). Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective, bicentrique, non interventionnelle et comparative avec un groupe témoin. Elle utilise des instruments quantitatifs et qualitatifs. Son originalité réside dans le fait qu'elle propose un suivi de la population d'étude du 7^{ème} mois de grossesse aux 4 mois de l'enfant. Les résultats montrent que les femmes souffrant de TCA présentent plus de dépressions pré et postnatales, et que la dépression prénatale influe sur l'investissement de l'enfant dès le prénatal, qui se fera sur un mode majoritairement narcissique. Ce type d'investissement en prénatal laisse supposer des difficultés dans le travail d'objectalisation de l'enfant, qui doit permettre à la mère d'anticiper l'accouchement et les besoins à venir de son enfant. Ces dyades seront donc à risque, notamment de troubles dans les interactions précoces. Ce travail souligne l'importance du dépistage et de la prise en charge précoce des femmes enceintes souffrant de TCA, au sein de réseaux multidisciplinaires de professionnels de santé afin d'accompagner au mieux le travail de mise en place de la parentalité au sein de cette population.

TITRE EN ANGLAIS

Motherhood and eating disorders : impact and importance of depression on child's involvement

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE - ANNÉE 2013

MOTS CLÉS :

Maternité, troubles des conduites alimentaires, dépression, investissement de l'enfant.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cédex