



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Trouble du comportement alimentaire,
grossesse et maternité : l'anorexie
Revue systématique de la littérature**

Présentée et soutenue publiquement le 14 septembre à 14h
au Pôle Recherche
Par Anne-Sophie GAUTIER – DERRE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Assesseurs :

Madame le Docteur Aline PICARD

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Philippe LAPIERRE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

Liste des abréviations

DSM V	Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux
CIM-10	Classification Internationale des Maladies-10
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
TCA	Troubles du Comportement Alimentaire
« EDNOS »	Eating Disorders Not Otherwise Specified
BED	Binge Eating Disorder
SA	Semaine d'Aménorrhée
IMC	Indice de Masse Corporel
PMA	Procréation Médicalement Assistée
RCIU	Retard de Croissance Intra Utérin
ADN	Acide DésoxyriboNucléique
miARN	micro-Acide Ribonucléique
NICE	National Institute for Clinical Excellence
HAS	Haute Autorité de Santé
AMA	American Medical Association
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
PNNS	Plan National de Nutrition Santé
WIC	Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children

Table des matières

Partie 1 : Introduction	1
I. Classifications des troubles du comportement alimentaire.....	1
II. Présentation générale de l'anorexie (F50-0 de la CIM 10).....	1
III. Intérêt de l'étude.....	2
Partie 2 : Matériel et méthodes - Anorexie, étapes de la grossesse et de la maternité, revue de la littérature	2
I. Les mots clés.....	2
II. Les critères de l'étude.....	3
Partie 3 : Résultats	3
I. Rappels sur les modifications attendues au cours de la grossesse.....	4
I.1 Les modifications alimentaires.....	4
I.2 Les changements corporels.....	5
I.3 L'image de son corps bouleversée.....	5
II. Résultats : Grossesse et TCA, focus sur l'anorexie.....	5
II.1 Les constats actuels.....	5
II.2 Anorexie et grossesse/accouchement.....	8
III. Vécu de la grossesse et image du corps vue par la patiente.....	11
III.1 Résultats : Le vécu de la patiente.....	11
III.2 La perception de son corps.....	13
III.3 Le bébé imaginé des patientes ayant un TCA.....	14
III.4 La vision de la « mère idéale ».....	14
IV. Résultats : <i>Post partum</i>	15
IV.1 Les suites de couches.....	15
IV.2Le <i>post partum</i> : les interactions précoces mère-enfant.....	18
IV.3De la grossesse au <i>post partum</i> : l'évolution, l'entourage et ses troubles.....	25
V. Résultats : Le devenir des enfants de patientes atteintes de TCA.....	37
V.1 Le devenir physique et cognitif.....	37
V.2 Le devenir psychique.....	42
V.3 Les facteurs pronostics et l'évolution.....	46
Partie 4 : Discussion et perspectives de prise en charge	47
I. Les notions et les chiffres clés du dépistage.....	47
II. Les outils de dépistage à disposition.....	48
III. La prise en charge.....	49
IV. Les limites de l'étude.....	55

Conclusion	56
Bibliographie	57
Annexes	81

Table des tableaux

Tableau 1: Mots clés utilisés.....	3
Tableau 2 : Catégorisations des articles.....	3
Tableau 3 : Episode dépressif caractérisé DSM-5.....	33
Tableau 4 : Facteurs de risque de dépression du <i>post partum</i>	34
Tableau 5 : La dépression dans l'anorexie	36
Tableau 6 : Récapitulatif de l'évolution de l'indice pondéral des enfants à la naissance et à 1 an selon le sexe de l'enfant	38
Tableau 7 : troubles observés chez les enfants de mère ayant un TCA.....	43
Tableau 8 : Etude portant sur les praticiens et le dépistage des TCA durant la grossesse	48
Tableau 9: Récapitulatif des prévalences des TCA	81
Tableau 10: Pathologies gravidiques répertoriées.....	100

Table des figures

Figure 1 : Flow chart.....	4
----------------------------	---

Table des annexes

Annexe 1: Tableau récapitulatif des prévalences des divers TCA selon les auteurs	81
Annexe 2: Courbes de tendances faites pour la thèse d'après les données de la littérature, les valeurs précises ne sont pas reprises (juste courbes de tendance)...	82
Annexe 3: Le SCOFF	84
Annexe 4: Tableaux résumés des études abordées dans cette thèse et réalisés spécifiquement dans ce cadre	84
Annexe 5: Description de l'interview pour les Représentations Maternelles pendant la Grossesse (IRMAG)	109
Annexe 6: Recommandations de prise en charge des patientes TCA enceinte d'après Fornari et al.....	109
Annexe 7: Tableau récapitulatif des outils de dépistage.....	110
Annexe 8: Recommandations internationales sur les prises en charges des patientes TCA	112

Résumé

Trouble du comportement alimentaire (TCA) et grossesse ? Une vaste question et peu de réponses concrètes concernant le dépistage et la prise en charge de ces patientes. Malgré les troubles de la fertilité induits par le TCA, les femmes qui en souffrent pourront accéder à la maternité. Les grossesses des femmes ayant un TCA peuvent prendre diverses présentations: se dérouler sans soucis ou au contraire s'associer à de nombreux retentissements. Parmi ces derniers, de nombreuses études ont mis en avant un certain nombre de complications foëto-obstétricales (petit poids de naissance, retard de croissance intra-utérin, faible périmètre crânien, fausse couche, césarienne...). Ces patientes sont souvent réticentes à aborder leur maladie auprès de leur médecin. Et ce dernier ne sait pas toujours en dépister les signes. L'absence de recommandations officielles pour guider les praticiens ne fait qu'accroître les difficultés. Pourtant les TCA sont fréquents en population générale et les jeunes filles touchées deviendront peut être un jour mère. Il est donc primordial de savoir les dépister précocement pour mieux les prendre en charge. Cela est d'autant plus vrai que le TCA impacte non seulement le déroulement de la grossesse, l'accouchement, le *post partum* mais aussi la croissance du foetus et le devenir de l'enfant à naître. Il s'agit donc réellement d'un problème de santé public. Le passage de femme à mère n'est pas facile, cela l'est encore moins pour les femmes atteintes de TCA. Pour ces dernières il s'agira de gérer à la fois leurs craintes nutritionnelles, leurs angoisses sur leur corps changeant au fil de la grossesse et le bouleversement du quotidien. Les interactions précoces avec l'enfant, la structure dyadique et les relations avec l'extérieur sont, chez ces patientes, marquées de distorsions qui peuvent avoir de lourdes conséquences. Il est nécessaire de revoir comment améliorer le dépistage et la prise en charge des patientes souffrant de TCA dès le souhait de conception et de la grossesse au *post partum*. Le TCA autour de la périnatalité est à l'interface de diverses disciplines. La prise en charge devrait être multidisciplinaire et fonctionner en réseau. Cette thèse se propose de répondre à la question de l'impact des TCA et en particulier de l'anorexie sur la grossesse et la maternité.

Mots clés : troubles du comportement alimentaire, anorexie, grossesse, *post partum*, impacts, enfant

Partie 1 : Introduction

I. Classifications des troubles du comportement alimentaire

Le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux, le DSM-5, est la classification de référence en psychiatrie (1). Le DSM-5 est un système catégoriel. La Classification Internationale des Maladies-10 (CIM-10) est utilisée à des fins administratives dans le domaine de la santé et est publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2).

Il existe plusieurs types de Troubles du Comportement Alimentaire (TCA). Les plus souvent cités sont l'anorexie et la boulimie. Moins connues mais pourtant fréquentes (elles représenteraient 50% des TCA) sont les formes sub-syndromiques. Appelées « EDNOS », de l'anglo-saxon : « Eating Disorders Not Otherwise Specified » ou troubles des conduites alimentaires non spécifiées en français, ces formes ne remplissent pas tous les critères diagnostics du DSM-5 (1).

La présente thèse fera le focus sur l'anorexie en particulier.

II. Présentation générale de l'anorexie (F50-0 de la CIM 10)

Les TCA font partis des addictions sans substances (3). Ces troubles chroniques sont des problèmes majeurs de santé publique. Ils correspondent à l'une des trois principales atteintes en santé mentale avec l'anxiété et la dépression (4). Un tableau récapitulatif des prévalences des TCA est disponible en annexe 1.

Le terme «anorexie» vient du grec qui signifie « privation/manque d'appétit ». L'anorexie mentale est une pathologie dont la prévalence en population adulte caucasienne est de 0,6% (5). Si on considère uniquement la population féminine la prévalence est de 0,9 à 2,2 % (5). Elle débute en général entre 15 et 25 ans (6).

L'anorexie mentale se définit par une dysmorphophobie avec la pratique d'un régime excessif aboutissant à une perte de poids et une peur pathologique de devenir grosse (1). D'après le DSM-5, elle se définit selon les critères (1) :

-Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas,

-Peur intense de prendre du poids et de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale,

-Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie), faible estime de soi (influencée excessivement par le poids ou la forme corporelle), ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur¹ actuelle.

Deux formes sont décrites : la forme restrictive pure (privation alimentaire sans épisode récurrent de compulsions alimentaires ou vomissements sur les 3 derniers mois) et la forme « boulimique » (crises compulsives alimentaires qui se terminent par des vomissements ou la prise de traitements compensatoires) (1).

III. Intérêt de l'étude

On constate un réel intérêt pour l'étude des TCA de l'adolescence (5,7–10). Cependant la question du « devenir mère » parmi cette population de jeunes filles est peu exploitée. Pourtant ces femmes pourront un jour souhaiter devenir mère.

La satisfaction corporelle est une notion complexe reposant sur le vécu personnel et l'histoire de vie. Une étude a mis en avant que 50% des femmes interrogées se sentaient non satisfaites par leur corps au dernier trimestre de grossesse et présentaient des inquiétudes quant au fait de parvenir à retrouver leur silhouette d'avant grossesse (11).

Partie 2 : Matériel et méthodes - Anorexie, étapes de la grossesse et de la maternité, revue de la littérature

I. Les mots clés

L'étude des données de la littérature a été effectuée selon les critères de recommandation PRISMA à partir des bases de données suivantes (12) : Medline, PsycINFO, Pubmed, Sciencedirect. Les mots-clés en français ont d'abord été répertoriés puis recherchés en anglais dans la base Mesh. Ces termes sont repris dans le tableau ci-dessous.

¹ Maigreur : défini selon l'OMS comme un indice de masse corporelle inférieur à 18,5 kg/m².

Tableau 1: Mots clés utilisés

Mots clés	Correspondance anglaise (usage du Mesh)
Grossesse	Pregnancy
Enceinte	Pregnant
Obstétrique	Obstetric
Se rapportant à la grossesse	Gestational
TCA	Eating disorders
Anorexie	Anorexia nervosa
Maternité	Motherhood
Fausse couche	Miscarriage

Les mots clés ont été associés entre eux pour affiner les recherches.

II. Les critères de l'étude

Des critères d'inclusion et d'exclusion des articles ont permis de sélectionner les sources et d'affiner les recherches. Les critères du PICOS (*Population Intervention Comparaison Outcome Study design*) ont été repris : sélection des femmes enceintes ayant un TCA avant ou durant la grossesse, parturiente avec un TCA. L'étude menée est une revue de la littérature dont l'objectif est de déterminer les impacts des TCA, l'anorexie en particulier, sur la grossesse et la maternité au sens large. Les critères d'exclusion sont les suivants : articles non scientifiques, patientes ayant présenté d'autres troubles psychiatriques.

Partie 3 : Résultats

Cette revue de la littérature a été débutée en juillet 2019 et s'est poursuivie jusqu'en mai 2021. Les dates des articles et méta analyses trouvés s'étendent sur plusieurs années : de 1984 à 2019 pour les plus récents. La majorité des données sont postérieures à l'an 2000. 4 méta-analyses ont été utilisées. Les diverses données trouvées ont été répertoriées suivant leurs catégories dans le tableau ci-dessous.

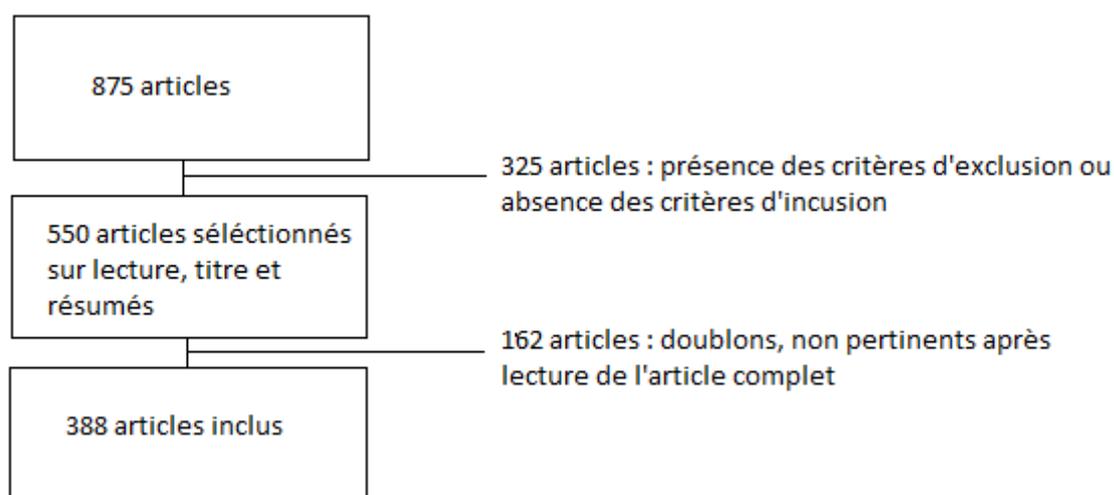
Tableau 2 : Catégorisations (articles portant sur plusieurs catégories parfois)

Catégories d'articles	Nombre d'articles
Les TCA	11
Les co addiction/TCA/Grossesse	14
Anorexie et grossesse	22
Anorexie et accouchement	57

Image corporelle/TCA/Grossesse	34
Bébé imaginaire, rôle de mère/TCA/Grossesse	2
Dépressions/TCA/Grossesse	79
Evolution durant le post partum/TCA	89
Interactions précoces dyade/TCA	87
Allaitement/alimentation/TCA/maternité	33
Devenir des enfants/TCA	129
Prise en charge/dépistage/TCA/Grossesse	97

Ci-dessous figure le flow chart de l'étude menée.

Figure 1 : Flow chart



I. Rappels sur les modifications attendues au cours de la grossesse

La transition vers la maternité est une période de bouleversements multiples : physiologiques, psychiques, cognitifs, émotionnels et identitaires mais aussi familiaux. C'est ce que l'on nomme « processus de maternité² ». Cela inaugure « la rencontre intime avec soi-même » comme a pu le dire Monique Bydlowski (14).

I.1 Les modifications alimentaires

La grossesse est un moment marqué par la possible reviviscence de problématiques autour des conduites alimentaires et ce d'autant plus que la femme à des antécédents de TCA (15).

² Maternité : ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité (13).

Certaines femmes auront des envies irrésistibles d'aliments, pour d'autres ce seront de réelles aversions. Une étude publiée en 1994 estimait que un peu plus de 50% des femmes présenteraient des envies inexplicables dès la 9^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) et qui disparaîtraient dans les 15 jours qui suivent leur apparition (16). Les aversions concerneraient 80% des femmes enceintes entre 7SA et 11SA (17). Le premier trimestre de grossesse peut aussi être associé à la présence de nausées et de vomissements pouvant entraver l'alimentation (17).

Les besoins nutritionnels sont accrus et de nombreuses recommandations vont guider la femme enceinte dans son alimentation (aliments à éviter pour la listériose et la toxoplasmose, à consommer en plus grande quantité, diversifier les apports). Ces pressions du « manger sain » peuvent être en cause dans l'accroissement de l'intérêt ou de l'inquiétude de certaines femmes enceintes pour la nourriture (16,17).

I.2 Les changements corporels

Durant les 41 SA de la grossesse, la femme va voir son corps changer, prendre du poids de façon à répondre aux besoins du fœtus (20). C'est essentiellement au second trimestre que les réserves adipeuses augmentent (21). Pour une femme ayant un indice de masse corporel (IMC) inférieur à 18,5, il est recommandé une prise pondérale de 12,5 à 18 kg. Si l'IMC est supérieur à 25 : 7 à 11 kg.

I.3 L'image de son corps bouleversée

Un nouveau terme a fait son apparition dans les différents médias : la « mommyrexie » ou « prégorexie ». Ces dénominations définissent le désir de certaines femmes enceinte de ne pas prendre de poids durant leur grossesse (22). Celles-ci vont alors présenter des manifestations s'apparentant à l'anorexie mentale : activité physique excessive, restriction cognitive ou restriction calorique.

II. Résultats : Grossesse et TCA, focus sur l'anorexie

II.1 Les constats actuels

II.1.1 Quelques chiffres et limites des études

5 à 7% des femmes en âge de procréer sont concernées par les TCA (15,23). Elles seraient 15% à présenter une forme sub syndromique (24). Pourtant, peu d'études se sont concentrées sur les TCA actuels ou passés durant la grossesse.

En 2008 une étude menée à Nantes au Centre Hospitalier Universitaire a mis en avant, sur une population de 300 femmes enceintes : 12% de TCA actuel, avec 0,7% de femmes anorexiques, 2,3% de femmes boulimiques et 9% de formes non spécifiées (25). Ces données corroborent celles de Micali en 2007 qui retrouve sur 12254 femmes enceintes : 4% de TCA (proportion majoritaire de boulimie) (15).

Les études menées sont parfois contradictoires. Cela pourrait s'expliquer du fait de différences méthodologiques : études rétrospectives, cas cliniques, études de faible puissance, usage de différentes références diagnostiques. La prévalence de femmes enceintes atteintes de TCA a été estimée entre 1 et 3%. Cette estimation rapporte que parmi ces femmes 8% auront effectivement des symptômes de TCA durant leur grossesse. Cette prévalence est probablement sous-évaluée (26). En effet ces dernières ne mettent pas en avant leur trouble lors des consultations prénatales. La honte, le déni des troubles font que la prise en charge n'est pas optimale (27–30).

II.1.2 Les bouleversements constatés dans l'ensemble des TCA

La maternité est une période propice à la résurgence de la symptomatologie des TCA de par les modifications qu'elle induit (31,32). Elle serait en lien avec des conflits datant de l'adolescence qui ne seraient pas résolus et donc ravivés par la grossesse (13). Des études mentionnent même l'apparition d'état psychotique (33).

Certaines femmes ayant un TCA ne pensaient pas pouvoir devenir mère du fait de l'hypofertilité induite. Certaines patientes ont recours à la Procréation Médicalement Assistée (PMA). 8 à 20% de ces patientes ne seraient pas diagnostiquées lors de leur passage dans ces services (34,35). Les patientes anorexiques auraient 2 fois plus de risque d'avoir une grossesse non planifiée que la population générale. Ce risque serait de 30 fois pour les patientes boulimiques (36,37).

Micali et al ont montré que 30% des femmes enceintes présentent au moins un comportement compensatoire (activité physique, vomissement auto-induits, usage de diurétiques et de laxatifs) durant leur grossesse (15).

Koubaa et al ont déterminé que les femmes atteintes de TCA sont plus susceptibles de présenter une *hyperémésis gravidarum*³ (31,38).

Les modifications de la grossesse constituent des facteurs de stress pour la femme enceinte ayant un TCA passé ou actuel pouvant précipiter une rechute ou le majorer.

II.1.3 Les co-addictions des patientes TCA durant la grossesse

Les TCA sont une forme d'addiction sans substance selon les critères de Goodman, qui s'associe bien souvent à d'autres addictions (39).

La consommation tabagique est fréquente parmi les patientes TCA, avec une prévalence de 40% (40,41). Cette consommation serait poursuivie chez ces femmes durant leur grossesse (42). La prévalence est estimée à 17% au premier trimestre et à 14% au troisième. On remarque cependant une baisse dans la consommation puisque la prévalence hors période de grossesse est de 37% (43). Une étude norvégienne portant sur 35 929 femmes souffrant de TCA retrouve les mêmes prévalences (prévalences tous TCA confondus compris entre 14 et 37% versus 9% en population générale). Les patientes anorexiques enceintes semblent être les plus concernées avec une prévalence de 37,1% *versus* 9,2% en population générale (44).

En ce qui concerne l'alcool, les patientes anorexiques ne consommeraient pas plus d'alcool que la population générale contrairement à celles souffrant de boulimie, de boulimie hyperphagique et celles du groupe EDNOS (40,45,46). Houet et al ont estimé que la consommation alcoolique passe de 79% en *ante partum* pour atteindre 43% durant la grossesse. L'étude prospective en précise un taux d'usage à risque de 9,9% (47). En population générale, la consommation alcoolique au-delà du premier trimestre est de 25% (taux équivalent pour l'usage simple et le mésusage)(25).

Bulik et al mettent en garde sur le fait que les patientes ayant un TCA, durant leur grossesse, sont plus à risque d'addictions multiples (44). La consommation de cannabis chez la femme enceinte n'a pas beaucoup été étudiée. Cependant, sachant la prévalence des TCA chez les femmes en âge de procréer et la consommation croissante de cannabis chez les jeunes, cela aurait tendance à inciter de nouvelles recherches à ce sujet. Il serait aussi enrichissant de s'intéresser aux addictions

³ Hyperémèse gravidique : phénomène rare provoquant des vomissements incoercibles chez les femmes enceintes au cours des premiers mois de grossesse.

durant la grossesse de ces patientes ; d'autant que l'impact obstétrical induit est indéniable (48). Ce dernier pourrait même être supposé comme constituant un biais possible dans l'étude des retentissements sur le fœtus attribués au trouble lui-même.

Bien que cela ne constitue pas *stricto sensu* une addiction, mentionnons malgré tout que les patientes ayant un TCA sont plus sujettes aux mésusages médicamenteux: laxatifs, diurétiques, traitements réduisant le gain pondéral (29,49).

II.1.4 Les habitudes alimentaires durant la grossesse

La grossesse peut être ressentie par les patientes ayant un TCA comme un réel dilemme. Elles doivent faire en sorte de se nourrir correctement pour ne pas entraver la survie du fœtus et réussir à réguler l'anxiété associée à l'alimentation. Ainsi le plaisir de manger est absent et l'augmentation de l'appétit est source d'angoisses.

L'impact d'une importante restriction nutritionnelle au premier trimestre accroît le risque de défaut de fermeture du tube neural du fœtus (par carence en vitamine B9). Cette dénutrition peut induire une alcalose métabolique. Dans les cas où celle-ci est importante en fin de grossesse, des cas d'acidose métabolique hypochlorémique du nouveau nés ont été notés (50–52).

La perception des mouvements fœtaux semble être un élément en faveur de l'amélioration des habitudes alimentaires de la patiente (28).

II.2 Anorexie et grossesse/accouchement

L'anorexie mentale engendrerait un certain nombre de troubles durant la grossesse.

II.2.1 La grossesse

Le taux de grossesse chez des femmes ayant des antécédents d'anorexie est de 15 à 87 %. Pour certaines patientes l'hypofertilité les amène à planifier leur grossesse, pour d'autres les grossesses non souhaitées peuvent devenir problématiques. L'âge moyen au premier accouchement est plus élevé que parmi les femmes sans TCA (53). La prévalence d'anorexie durant la grossesse est de 1% (53,54).

Concernant le gain pondéral durant la grossesse, les études sont contradictoires. Il semblerait que la majeure partie des femmes anorexiques enceintes prennent

davantage de poids⁴. Cela est un facteur de protection au regard du faible IMC pré-conceptuel (44,55,56). Quelques études mentionnent pourtant une prise de poids inférieure ou égale aux femmes témoins (57).

Le taux de fausses couches spontanées chez les femmes anorexiques a été montré comme étant plus important que dans la population générale dans une étude parue en 2005 (31). Ce constat est corroboré dans d'autres études (55,58–60).

Le déroulement de la grossesse serait plus compliqué. En effet, des études ont estimé une fréquence accrue d'infections, de pyélonéphrites, d'anémie et de vomissements (16). Le risque d'hémorragies serait aussi augmenté (61). Le taux de ferritine chez les patientes anorexiques semble être plus bas que dans la population générale (62). Des morts *in utero* ont aussi été rapportées (13, 39,40). Ce sont des grossesses qualifiées « à hauts risques » par le corps médical (65).

Micali et al ont démontré que l'anorexie mentale est associée à un Retard de Croissance Intra Utérin (RCIU). La prise de poids durant la grossesse en est le facteur déterminant. Une femme ne prenant pas de poids aura un RCIU d'autant plus important (3, 36,37).

Concernant le régime alimentaire des patientes anorexiques, les données de la littérature divergent avec parfois des résultats non significativement différents des patientes témoins (67,68).

II.2.2 L'accouchement

Une étude de Sebire et al a montré que la maigreur serait un facteur de protection vis-à-vis de la nécessité du déclenchement médical de l'accouchement. Les femmes anorexiques déclencheraient plus facilement un travail de manière spontanée (69).

Les femmes anorexiques auraient un bassin plus étroit. Cela pourrait expliquer la fréquence plus importante de recours à la césarienne qu'en population générale (24,70). Cependant, certaines d'entre elles pourront avoir un accouchement par voie

⁴ Ce gain de poids équilibrant leur IMC pourrait expliquer le peu de différence avec les femmes témoins sur certains paramètres.

basse. Dans ce cas, on note une fréquence accrue d'épisiotomie⁵ (71). La durée du travail ne semblerait pas être impactée par la présence ou non de TCA (69).

Il a pu être rapporté que les femmes anorexiques donneraient plus souvent naissance à des filles. Cela serait en lien avec un régime alimentaire délétère pour le fœtus mâle : pauvre en calories et en graisse (44,72–74).

La prématurité⁶ et la grande prématurité seraient les résultantes de l'activité physique excessive, de carences nutritionnelles, d'une cortisolémie élevée et d'une consommation tabagique plus importante que dans la population contrôle (34,75–77). Les prévalences respectives estimées étaient de 3,2 à 9,6% selon les études (55,61) et de 1% (64). A titre de comparaison, la prévalence de prématurité chez les femmes contrôles était de 4% et de 0,3% pour la grande prématurité (55,64). La diminution de la 11 bêta-HSD placentaire est en lien à la dénutrition maternelle. Cela provoquerait la dysrégulation de la production des glucocorticoïdes et induirait une hypercortisolémie. Cette dernière simulerait une réponse au stress (49,78,79). La prématurité, tout comme l'est aussi le petit poids de naissance d'ailleurs, est fonction de l'IMC et de l'état nutritionnel de la femme en pré-conception (50,80). Deux études rapportent une prévalence de menace d'accouchement prématuré (ie : avant 37 SA) accrue en lien à l'insuffisance pondérale (69,81–83). La prématurité, première cause de mortalité infantile, serait d'autant plus sévère que l'anorexie est actuelle (84).

Les bébés de femmes anorexiques présentent plus souvent un petit de poids de naissance⁷ (27,49,65,69,85–89). Ce dernier semble pouvoir être réversible à trois mois de vie (90,91). Le taux de petit poids de naissance en population générale a été estimé à 6,8% *versus* 14,5% pour les femmes anorexiques (63). L'étude de Watanabe et al précise qu'un gain pondéral inférieur à 9kg chez une femme de faible corpulence en pré-conception en est un facteur de risque (92).

L'anorexie semble souvent associée aux complications obstétricales et néonatales (93). Le périmètre crânien des bébés à la naissance est inférieur aux contrôles (31,84). Ce dernier a été mis en relation avec les carences alimentaires, le stress et

⁵ Episiotomie : acte chirurgical consistant à ouvrir le périnée au moment de l'accouchement afin de laisser passer l'enfant. Cette incision a idéalement pour but de sectionner le muscle élévateur de l'anus.

⁶ Prématurité : est définie comme un accouchement entre la 32^{ème} et la 36^{ème} semaine de grossesse. La grande prématurité comme un accouchement entre la 28^{ème} et 31^{ème} semaine de grossesse.

⁷ Poids de naissance : le faible poids de naissance correspond à un poids inférieur à 2500g.

les émotions négatives de la femme enceinte (27,62). Un périmètre crânien insuffisant est positivement corrélé au développement cognitif (94). Les anorexies très sévères durant la grossesse impactent le fœtus, ce dernier souffrant alors aussi de malnutrition. Cela induit diverses conséquences de mauvais pronostic : une hypotrophie néonatale, une hypoglycémie et une hypoxie (95–97). Les malformations seraient plus fréquentes avec notamment les fentes labio-palatines (65,98).

Le score d'APGAR du nouveau-né est source de discordances. Des études rétrospectives rapportent un score plus faible à 5 minutes par rapport à la population générale (98,99) alors que d'autres (prospectives) n'identifient aucune différence (31,44). Franko ne constatait pas non plus de différence entre les anorexies actuelles *versus* passées (65).

La maigreur serait un facteur protecteur vis-à-vis du diabète gestationnel, de l'hypertension artérielle gravidique et de la pré-éclampsie (69,83). Doherty et al ajoutent que les femmes anorexiques seraient moins touchées par les rétentions placentaires lors de la délivrance (85).

Les perturbations découlant de l'anorexie sur la grossesse ne sont pas une généralité. Diverses études rappellent que ces grossesses peuvent bien se dérouler (65,100,101). La distinction repose sur la sévérité de l'anorexie et sur sa temporalité. Une anorexie actuelle sera plus néfaste que si c'est un antécédent (15).

III. Vécu de la grossesse et image du corps vue par la patiente

Le ressenti de la patiente est une thématique peu explorée. Ce d'autant plus que ces femmes se confient peu à leur médecin à propos de leur trouble.

III.1 Résultats : Le vécu de la patiente

Le premier trimestre s'associe à la découverte de la grossesse, il est source de questionnements, notamment sur ses capacités propres à mener à terme la grossesse, et de mise en perspectives d'une nouvelle vie à venir. La grossesse implique pour les femmes souffrant de TCA une perte de maîtrise de leur poids, de leur corps et de leur alimentation (13). Cela peut être source d'angoisses et de culpabilité par rapport à l'image rapportée par nos sociétés. Cette angoisse est particulièrement notable chez les patientes anorexiques (13). Ces patientes

éprouveraient une perte de contrôle durant leur grossesse. Cela concernerait : 72,5% des femmes avec TCA actuel, 42,8% des TCA passés *versus* 36% des femmes témoins (15).

Lorsqu'il s'agit d'un antécédent de TCA, les modifications induites par la grossesse semblent être mieux acceptées. Ces craintes peuvent être à l'origine d'un sentiment de honte pour la patiente, qui, de ce fait, aura encore davantage de difficultés à aborder le sujet avec les professionnels de santé (102).

Quand on interroge les femmes souffrant de TCA sur leur vécu de grossesse, on remarque qu'elles portent des propos plus extrêmes et moins nuancés que les femmes témoins. Ainsi deux vécus distincts peuvent être notés :

- un vécu sous forme de contrainte physique, dans lequel la femme ne se retrouve pas dans l'image de la « femme enceinte épanouie » attendue dans nos sociétés
- un moment de réduction des craintes de façon temporaire sur son trouble.

L'expérience affective et les perceptions de ces femmes sont peu explorées. En effet moins de 10 études s'y rapportant ont été répertoriées. Les inquiétudes les plus souvent retrouvées dans la littérature sont (103–107) : le gain pondéral, les modifications corporelles, le dilemme entre assouvir un besoin de contrôle et le bien-être du fœtus, la transmission de leur trouble à l'enfant à naître.

Les perceptions négatives de la grossesse seraient présentes essentiellement lors des 18 premières semaines de grossesse. Au-delà, les perceptions de ces femmes ayant un TCA rejoindraient celles de la population générale (134).

Pour certaines de ces femmes, devenir mère était compliqué du fait de l'hypofertilité/aménorrhée. Pour d'autres l'envie de devenir mère a longtemps été secondaire derrière le contrôle du corps. Les propos de certaines sont rapportés dans des études : « *il était temps pour devenir mère* », témoignant d'un besoin d'accomplissement.

Une étude menée par Julie Achim et al s'est intéressée à la vision de ces femmes sur leur grossesse. Elles sont 90% à rapporter des propos très positifs voir même « magnifiés » au sujet de leur grossesse. Et 50% présentent leur maternité « comme l'expérience ultime » (« *c'est tout pour moi* »). Cette étude conclue sur le fait que la

maternité est souvent vécue comme une possibilité de « réparation de soi », *via* une revalorisation de l'individu en fournissant un statut (108,109). Certains auteurs parlent même de la grossesse en terme d'impact thérapeutique (17,110).

Une phrase issue d'une étude de M.Hubin-Gayte retrace le changement de perception qui s'opère chez certaines femmes souffrant de TCA : « contenir un enfant est possible et, par conséquent, contenir de la nourriture pour un enfant devient possible. ».

C'est au second trimestre que les modifications corporelles se remarquent réellement et accompagnent la patiente dans des réflexions sur sa vie, sur le caractère définitif du changement de génération et sur sa nouvelle identité de mère qui se concrétise.

L'accès à la maternité présente deux aspects pour ces femmes : d'une part cela peut permettre à la patiente de transcender son trouble et d'autre part cela donne accès à une nouvelle identité : « une identité maternelle » (103,111). La perception de ces patientes vis-à-vis de leur nouvelle identité de mère par l'entourage est assez négative et critique (28,106). Les patientes atteintes de TCA ne semblent pas inquiètes quant aux nouvelles responsabilités qu'implique la maternité. Les craintes émises malgré tout sont souvent exprimées à *minima* et plutôt banalisées. Cela rejoint l'idée d'une certaine idéalisation de la maternité par ces patientes (104,105).

III.2 La perception de son corps

Loin de l'image de la grossesse source de plénitude, les modifications induites mettent en péril l'image du corps des femmes ayant un TCA (112). Celles-ci sont davantage préoccupées par leur silhouette que les femmes en population générale. Ce constat est applicable durant la grossesse et durant le *post partum* (18,113). Le fait d'avoir un antécédent de TCA ou une forme actuelle est un facteur de risque d'insatisfaction corporelle durant la grossesse (15,29,32,114).

Pour certaines patientes la persistance du trouble entravera les modifications physiques de la grossesse. En effet, certaines ne porteront pas de vêtements de grossesse puisque le corps sera peu ou pas impacté. Cette perception/désir de son corps inchangé sera une gêne à l'établissement du « ventre maternel » aussi bien physique que psychique. Les femmes enceintes ayant un TCA présentent moins de

modifications corporelles que les femmes en population générale. Le ventre s'arrondit mais plus tardivement chez ces femmes (115,116).

La perception des échanges mère-fœtus se base sur une vision naïve. Pour ces femmes, le fœtus va directement puiser l'énergie dont il a besoin pour croître dans ce que beaucoup d'entre elles nomment « les réserves ». Dans le cas de l'anorexie, le fait que la mère ne présente pas « de réserve » (au regard de la dénutrition et d'un IMC insuffisant) implique que le fœtus prenne « directement la nourriture ingérée » par la mère (102). Cela est particulièrement sécurisant pour la mère souffrant de TCA. L'alimentation perd son caractère dangereux au profit d'une image de nécessité pour la survie du fœtus. Cette thématique de l'incorporation des aliments était abordée par Corcos sous le terme de « vidange » (103). Le ventre qui contenait de la nourriture responsable de la prise de poids contient maintenant un bébé (19).

L'obstacle que constituent les variations de l'image corporelle inhérentes à la grossesse est mieux accepté et surmonté *via* la projection dans le *post-partum*. En effet, c'est en se disant qu'elles retrouveront leur silhouette d'avant grossesse que ces patientes parviennent à surmonter leurs craintes (109,110).

La perception de leur propre corps aura des répercussions sur la manière dont elles vivront leur grossesse et surtout leur maternité (109,110).

III.3 Le bébé imaginé des patientes ayant un TCA

Les études dans lesquelles les femmes ayant un TCA enceintes ont été interrogées sur leur vision du futur enfant à naître sont particulièrement intéressantes. La majorité des femmes décrivent leur enfant comme étant doté des qualités auxquelles elles aspirent. Cet enfant serait dépourvu de leurs propres failles et exempt de leurs expériences malheureuses (108). Cette vision très idéalisée du bébé est nettement plus présente chez les femmes ayant un TCA que chez les femmes témoins. Les femmes souffrant de TCA ont un besoin d'ancrer la réalité du fœtus dans leur quotidien de façon nettement plus forte que les femmes témoins.

III.4 La vision de la « mère idéale »

Il existe peu de données sur la façon dont les futures mères ayant un TCA imaginent comment devenir mères. Cependant on trouve dans la littérature deux points de vue

différents : soit en correspondance, soit en opposition avec leur propre vécu. Cela est d'ailleurs retrouvé chez les femmes témoins mais d'une manière moins fortement ancrée. Les femmes enceintes ayant un TCA s'accordent sur le fait qu'il est important de mettre en place une distance adaptée avec leur enfant de façon à ne pas être envahissante ou intrusive. Ce qui les distingue des femmes témoins est l'absence de mention de l'importance de garder un espace pour le conjoint, les amis, l'entourage, le travail et la mention du rôle de l'apprentissage de l'autonomie de l'enfant. Les femmes souffrant de TCA semblent davantage s'auto-dévaloriser (108).

IV. Résultats : *Post partum*

IV.1 Les suites de couches

IV.1.1 Le choix de donner le sein par les femmes ayant un TCA

L'allaitement maternel est une pratique de plus en plus encouragée en France pour ses bienfaits. Cependant le choix d'allaiter son enfant est un choix personnel.

Les femmes qui n'allaiteront pas

C'est un choix avéré dont on trouve quatre raisons dans la littérature.

Tout d'abord les femmes ayant un TCA seraient gênées par l'absence de possibilité de contrôler les quantités têtées par le bébé. Elles éprouveraient le besoin de connaître le volume ingéré. La seconde raison concerne le rapport à leur corps. Il est fait mention d'une impossibilité pour la femme ayant un TCA de concevoir un « corps à corps » avec leur bébé (71,106). Cette proximité physique semble difficile. De plus, le regard porté sur leur corps serait source d'une gêne trop importante (117).

Les patientes ayant un TCA prioriseraient la perte du poids dans le *post partum* immédiat et ne seraient donc pas enclines à envisager l'allaitement (106).

Dans ce groupe de femmes ne donnant pas le sein on trouvera aussi celles qui ne peuvent pas allaiter. Cela peut être le fait, entre autres, d'un état de dénutrition. Elles ne parviennent pas à assurer une lactation suffisante pour nourrir leur enfant du fait d'une hypotrophie mammaire (118). Le réflexe de lactation peut être gêné par le besoin de nourrir leur enfant selon un rythme très précis. Perrin et al diront dans leur

étude « un allaitement à l'horloge » pour qualifier ce phénomène (119). Enfin, l'anxiété et la dépression sont des facteurs pouvant entraver la lactation (120).

Les femmes qui allaiteront

On rapporte celles qui allaiteront dans le but de perdre du poids. Ce constat a été fait chez les femmes anorexiques qui ne modifieront pas leur apport calorique en conséquence. Pour assurer une lactation correcte en quantité et en qualité, la femme doit augmenter ses apports nutritionnels journaliers de 500 kcal (49).

Au total

D'une manière générale, il semblerait que les patientes souffrant de TCA aient plus de difficultés à initier la mise au sein que les femmes témoins (66,115,117,121–123). Elles ont aussi plus de problèmes à s'adapter et à répondre aux besoins du nouveau-né. Une étude menée sur 11 900 femmes anglaises a estimé que les femmes n'ayant pas de préoccupation sur leur physique expriment une intention d'allaiter 1,25 fois plus grande (124). La perception de leur corps serait ainsi un facteur déterminant l'intentionnalité de mise au sein et sa poursuite dans le temps. Une image corporelle négative durant la grossesse serait associée à une crainte de dégradation du corps *via* l'allaitement (125–127).

IV.1.2 Les femmes anorexiques

Allaiter son enfant pour une patiente anorexique peut être particulièrement compliqué si cette dernière a un rapport à son propre corps difficile. C'est de ce lien que naîtrait l'intention ou non d'allaiter. Cette intention serait aussi influencée par le rapport de la mère au fœtus durant la grossesse (125).

Les études portant sur les suites de couches chez les femmes anorexiques sont peu nombreuses. L'étude de Sebire et al est une des rare retrouvée dans la littérature. Elle aboutit à la conclusion que les femmes présentant un IMC inférieur à 18,5 kg/m² allaitent moins que les autres (OR=0,93 IC99% [0,90-0,96]) (69). Et lorsqu'elles le font, elles auraient tendance à l'interrompre craignant de sous alimenter leur enfant par insuffisance lactée (117,122,128,129). Plusieurs études ont abouti au même constat : les femmes anorexiques, qui font le choix de donner le sein, le font à des fins non nutritives. Elles utiliseraient l'allaitement comme « récompense affective »,

pour apaiser les situations de conflits ressenties comme difficilement gérables et source d'inconfort (117,130,131). La mère anorexique ne semble pas parvenir à répondre autrement aux signaux de détresse du bébé. Elle confondrait les besoins physiques et psychiques de l'enfant. Elle ne saurait pas gérer les émotions négatives de ce dernier en mettant par exemple en œuvre une activité de nursing ou en cherchant à déterminer l'origine de ce mal-être. Un article mentionne cela comme une activité à « visée anxiolytique » (132).

Les mères anorexiques donneraient le sein à un rythme régulier et choisi par la patiente. Cela est en opposition aux femmes témoins qui, elles, allaiteraient à la demande de l'enfant. Les patientes adhèrent aux préconisations des puéricultrices de façon complète et rigide et ne se fient pas aux signaux de faim de leur enfant (117). Waugh et Bulik ont montré que ces femmes éprouvaient un sentiment de profonde angoisse si l'enfant réclamait à manger en dehors des horaires attendus (117). Ces femmes se sentaient coupables des difficultés présentées par le bébé pour téter, le mettant en lien avec leur pathologie et sa possible transmission.

Les mères anorexiques ont été présentées comme étant moins aptes que les témoins à analyser et à différencier chez leur enfant les signaux de faim, de satiété des autres émotions, chose qui est déjà complexe pour elles même (117,130).

IV.1.3 Le sevrage de l'allaitement tous TCA confondus

Barbosa décrit que lorsque la mise au sein a pu se mettre en place chez les patientes ayant un TCA, son sevrage est plus compliqué que pour la population générale. L'auteure met en avant que l'étape du sevrage reprend la symbolique de la séparation. Or, la femme ayant un TCA présente des difficultés dans le cadre de l'identification/séparation de son enfant (115,117).

Ce constat de difficiles initiation et sevrage de l'allaitement chez les patientes ayant un TCA est source de contradictions. Une étude de 1995 montrait que la durée d'allaitement des femmes anorexiques était similaire à la population générale. La seule distinction par rapport aux témoins était leur vécu. Ce dernier était nettement plus douloureux chez les femmes anorexiques (133). Heymann, quant à lui, concluait que le sevrage chez les femmes anorexiques se faisait de manière tardive et que c'est à ce moment-là qu'apparaissaient les difficultés pour gérer l'alimentation

diversifiée de l'enfant (134). Selon Torgersen et al ces femmes qui allaitent le font, au final, moins longtemps que dans la population générale (129).

IV.2 Le *post partum* : les interactions précoces mère-enfant

Des troubles de l'ajustement de la relation mère ayant un TCA-enfant sont retrouvés dans la littérature. Ces anomalies se retrouvent à divers niveaux d'expression.

IV.2.1 Les caractéristiques de la dyade

Winnicott décrivait « la préoccupation maternelle primaire » comme le moment allant du 3^{ème} trimestre de grossesse au 3^{ème} mois de vie de l'enfant. Cette étape est associée au développement d'une hypersensibilité de la mère à son bébé permettant l'adaptation à ses besoins. Ce processus peut avoir des difficultés à se mettre en place. Des répercussions sur le développement de l'enfant et sur le psychisme de la mère seront alors à déplorer (135). Dans le cadre des TCA, il semblerait que cette transition ne se fasse pas de manière optimale, ne permettant pas de passer de l'investissement narcissique à un investissement objectal attendu (14).

La dyade mère souffrant de TCA-bébé présente des différences vis-à-vis de celle des femmes en population générale. Dans l'imaginaire des femmes ayant un TCA le lien unissant la mère à son enfant est un élément essentiel, ce lien étant basé sur un lien exclusif. *A contrario*, les femmes témoins prônent un détachement progressif. Cela devant permettre la formation de liens familiaux avec le père de l'enfant. Les mères ayant un TCA s'inscriraient ainsi dans un mouvement régressif (136,137).

Contrairement à la vision de la « mère idéale » abordée précédemment, on constate le décalage chez ces mères souffrant de TCA entre leur analyse introspective et la réalité lorsqu'elles font face à leurs affects en situations concrètes. La distance relationnelle qu'elles souhaitaient établir pour ne pas « étouffer » leur enfant semble rester dans le domaine de l'imaginaire. La dyade dans le cadre des TCA est une dyade exclusive et fusionnelle laissant très peu d'espace pour un tiers (136,138).

Concernant les modes d'attachement, deux études ont mis en avant que ces derniers étaient plus fréquemment de type évitant et insécure (66,138–141).

Le lien qui se tisse entre la patiente et son enfant semble être influencé par l'image corporelle. Un vécu négatif de la mère des changements corporels liés à la grossesse pourra nuire à la qualité du lien d'attachement une fois l'enfant né (142).

Kouba et al ont pu estimer le taux de troubles des interactions précoces (ie : à l'âge de 3 mois) des mères souffrant de TCA avec leur enfant : 90% des femmes ayant un TCA seraient concernées pour seulement 13% chez les femmes témoins (143).

D'après Brinch, 20% des mères anorexiques auront des interactions précoces avec leur enfant altérées par leurs préoccupations excessives pour l'alimentation (63,117).

Franzen a décrit trois typologies de dyade TCA (144):

- la dyade fusionnelle avec une trop grande proximité et une mère surprotectrice
- la dyade avec inversion des rôles dans laquelle l'enfant est « parentifié » et pour lequel les besoins sont omis
- la dyade distante dans laquelle les émotions sont « contrôlées ».

La dyade est donc empreinte d'une certaine tension. Cette dernière a pu être mise en corrélation avec un plus haut risque de négligence et d'abandon (145,146).

IV.2.2 Les temps de repas

Le repas est un moment très important, reposant sur trois dimensions essentielles : biologique (apports énergétiques), psychologique (apaisement de la sensation de faim et plaisir ressenti) et socioculturelle.

C'est par cet acte chargé de sens et socialement construit que la mère assurera la survie de l'enfant. C'est aussi par ce biais que va se tisser la relation mère-enfant.

La relation à l'alimentation chez les femmes souffrant de TCA est difficile. Comme vue dans le paragraphe sur les suites de couches immédiates, l'allaitement peut être compliqué à initier. On pourrait alors se questionner sur la manière dont la patiente parviendra à gérer l'alimentation de son enfant.

Lorsque la diversification alimentaire de l'enfant débute, de nouvelles difficultés semblent faire leur apparition. Ces dernières semblent prendre le masque de besoins de maîtrise multiples.

a) Le besoin de maîtrise des quantités données

Les femmes ayant un TCA ressentent le besoin de contrôler les apports nutritionnels de leur enfant niant ses capacités d'autorégulation. C'était d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles le choix du biberon leur convenait mieux. Ce besoin de régulation des apports énergétiques a fréquemment été noté dans la littérature (16,147).

Barbosa avait mis en avant le fait que ces mères éprouvaient un réel mal-être, teinté d'angoisse, lorsque leur enfant devait manger à l'extérieur du domicile. En effet, se faisant, la patiente ne pouvait pas connaître le contenu de l'assiette de l'enfant (115).

Agras et al ont pu répertorier les méthodes utilisées par les mères anorexiques pour réduire les apports nutritionnels de leur enfant (130): diluer le lait des biberons, réduire les portions, limiter l'accès à la nourriture, prohiber les denrées sucrées.

Il a été possible de constater l'existence de carences chez ces enfants. Certains auteurs décrivent des « enfants affamés » souffrant en quelque sorte de « TCA par procuration » (123,146,148–150). Ce tableau alarmant de dénutrition n'est pas généralisable (117,130). Les formes extrêmes décrites sont l'apanage de TCA actuels, sévères, bien souvent marqués par un déni maternel du trouble.

b) Le besoin de maîtrise/suivi des préconisations

Les femmes atteintes de TCA sont particulièrement rigoureuses/rigides dans la mise en œuvre des recommandations nutritionnelles, des conseils des pédiatres, puéricultrices, des sages-femmes ou des ouvrages de référence qu'elles auraient pu lire. C'est aussi parce qu'elles ont conscience de ne pas être un bon exemple en matière d'habitudes nutritionnelles qu'elles ont tant besoin de soutien de la part du corps médical et paramédical (151). La littérature mentionne une réelle rigidité. Ces patientes auraient tendance à appliquer à la lettre ce qui leur est préconisé. Le moindre manquement serait alors vécu de manière très angoissante (133).

Malgré les conseils obtenus sur l'accompagnement des premières semaines de l'enfant, les grandes étapes symboliques suivantes sont vécues par la mère ayant un TCA comme complexes à gérer (152): le sevrage de l'allaitement/biberon marquant l'accès à l'autonomie de l'enfant et la diversification alimentaire.

Ce manque de souplesse seraient pour elles un moyen de réassurance.

c) Le besoin de maîtrise du poids de son enfant

Ce besoin de maîtrise est également retrouvé dans le « quotidien physique » de l'enfant : certaines mères les pesant de façon journalière. La nécessité de ce contrôle du poids serait fonction de la perception du corps et de l'image corporelle de la mère. Plus ces dernières seraient négatives, plus la crainte de voir son enfant être en surpoids deviendrait obsédante (103,148,153). C'est ainsi que diverses méthodes de restriction des apports et de l'application d'une surveillance des prises alimentaires viennent ponctuer le quotidien de l'enfant à son insu et à son détriment (154). Plus le repas serait conflictuel, moins l'enfant prendrait du poids (155).

Cette préoccupation pondérale excessive se décrit aussi pour l'apparence physique de l'enfant, et ce d'autant plus que l'enfant est une fille (49). Il a été montré que la croissance rapide de l'enfant pouvait être un facteur de stress pour la patiente induisant ainsi un accroissement des mesures de contrôle alimentaire.

Les patientes anorexiques auraient tendance à sous-estimer les besoins énergétiques de leur enfant. Elles sous-alimenteraient volontairement leur enfant craignant un surpoids chez ce dernier (123,145). Waugh et al ont montré que certaines d'entre elles réduisaient les apports de leur enfant après avoir découvert que leur nourrice donnait des biberons en dehors de repas (117). Les mères anorexiques ont tendance à décrire leur enfant comme « trop gros », excessivement captivé par les publicités alimentaires ou comme étant trop gourmand (156).

Les mères souffrant de TCA auraient des difficultés à distinguer ce qui relève du soi et de l'autre. Elles sont mises à mal dans l'évaluation des besoins nutritionnels de leur enfant comme elles le sont pour le leur (157,158). Pourtant, c'est précisément cette attitude qu'elles voulaient à l'origine éviter (cf : « la mère idéale »)(28).

d) La description des repas

Les mères souffrant de TCA ont des soucis à analyser les affects de leur enfant. Elles se sentent démunies face aux pleurs sans pouvoir en déterminer les causes. Ces patientes auraient recours à l'alimentation pour apaiser les pleurs et les angoisses de leur enfant (115). D'autres études aboutissaient au fait que certaines mères sont au contraire permissives et laissent l'enfant choisir les aliments qu'il souhaite. Cela serait corrélé à un degré d'insatisfaction du corps maternel (154).

Les signaux de faim et de satiété émis par l'enfant ne sont pas correctement perçus ni interprétés à leur juste valeur (49). La place de l'alimentation dans la vie de ces mères est centrale et omniprésente. Cet envahissement de leur quotidien peut être source de ruminations. Les repas préparés par ces patientes TCA sont en général décrits comme (65,159–161) : de courte durée, avec une attention particulière sur le choix de produits jugés sains et équilibrés (149), dépourvus de notion de convivialité, marqués par la présence spécifique lors du repas d'émotions négatives (117,162), laissant peu de place au plaisir et au ludisme.

Les repas sont synonymes de tension et de réprobations. La mère anorexique ne partage pas de façon positive l'expérience du repas, ne s'exprime pas sur les saveurs et textures que découvre l'enfant. Les mères ayant un TCA cuisineraient peu et ne partageraient pas souvent le temps du repas avec l'enfant (161). Le caractère de la mère est décrit comme intrusif et peu tolérant par rapport aux mères en population générale. De par son contrôle omniprésent, la mère ayant un TCA ne laisse pas place à l'expérimentation culinaire ni aucune autonomie à l'enfant (163).

Stein a estimé qu'il existait une relation de proportionnalité entre l'IMC de la mère et le degré de conflit associé au repas. En effet, plus l'IMC de la mère était bas, plus le moment du repas avec son enfant était conflictuel (155).

Woodside et Shekter-Wolfson se sont intéressés plus aux mères anorexiques. Ces dernières éviteraient de faire le repas pour rester à distance de la nourriture. Ce constat est d'autant plus inquiétant sachant la proportion de temps allouée aux repas durant les premiers temps de la vie d'un enfant. L'alimentation de leur enfant a donc souvent été qualifiée comme étant inadaptée (164). Les moments de repas seraient donc plus difficiles à gérer pour les mères souffrant de TCA (149,165).

e) Le rôle psychique de la nutrition

Les travaux de Jeammet reprennent la place essentielle des échanges mère-enfant durant les repas. Ces échanges vont permettre la mise en place de ce que Jeammet nomme « la continuité de l'être ». C'est ainsi que l'enfant va parvenir à s'approprier diverses notions capitales : plaisir/déplaisir, dedans/dehors et soi/autre (166).

L'enfant apprend du comportement alimentaire parental. Cela lui permettra de savoir différencier la faim des autres sensations. C'est aussi ainsi qu'il va apprendre à se nourrir correctement et à déterminer ses goûts (49).

L'existence de ces interactions alimentaires défaillantes et du discours dichotomique de la mère (sain *versus* malsain) entravent chez l'enfant l'acquisition d'une autonomie, l'élaboration de la conscience de soi mais aussi la création des interactions sociales (161,167).

f) Un cas particulier dans le cadre de l'anorexie

En 1995 Griffiths et al ont réalisé la description d'un cas très rare « d'anorexie à deux ». Cette dernière appellation fait écho à « la folie à deux » : processus psychiatrique dans lequel un individu psychotique adopte la thématique délirante et le mode de vie qui y est rattaché d'un autre individu aussi psychotique qui lui est proche. Dans ce cas exceptionnel « d'anorexie à deux », l'enfant se soumet au modèle alimentaire de sa mère. Cette dernière est présentée comme « modelant l'enfant dans des comportements anorexiques comme une manière d'affronter l'adversité ». Les auteurs précisent qu'un sentiment de compétition s'installait entre mère et enfant pour déterminer qui aurait le plus haut « degré d'anorexie » (168).

IV.2.3 Les temps ludiques

a) Le contact physique : les jeux et les câlins

Ces moments de complicités sont importants. Ils permettent de créer un espace de régression à deux avec l'enfant.

Les échanges spontanés durant lesquels la mère prend son enfant dans ses bras peuvent être complexes à gérer pour ces femmes souffrant de TCA. Divers articles mentionnent le contact physique corps à corps comme étant source de gênes. La mère est décrite comme étant émotionnellement indisponible. Cependant, comme a pu le décrire Barbosa, les mères ayant un TCA auraient tendance à vouloir maintenir leur enfant en action, à toujours le stimuler. Cela a pour conséquences de réduire les temps d'échange peau à peau et ceux de « holding⁸ », « handling⁹ » maternel (115).

⁸ « Holding » de Winnicott : « Holding » ou la manière de tenir son bébé, précurseur de l'intégration de soi.

b) Le choix des jeux

Les patientes ayant un TCA choisiraient préférentiellement des jeux éducatifs et ce dès les premières semaines de vie de leur enfant. La littérature fait mention d'une réelle sur-stimulation qui s'exprime à la fois au niveau éducatif, sensoriel et intellectuel (6). Les mères anorexiques sembleraient tout particulièrement concernées, avec pour certaines l'absence totale de ludisme (ie : plaisir, affects, échanges...) au profit de jeux purement éducatifs (144).

Ces mères ayant un TCA qui cherchent en permanence à stimuler leur enfant sont aussi celles qui leur mettront en place des emplois du temps extra-scolaire extrêmement chargés. Planning dans lequel l'ennui est littéralement banni.

c) Les émotions associées aux temps ludiques

Des émotions négatives émergeraient durant les repas chez les mères souffrant de TCA. Elles seraient absentes des temps de jeux. Les affects négatifs semblent spécifiques à l'alimentation, ce qui n'est pas le cas pour le caractère intrusif de la mère (117,162). Ces mères auraient tendance à juger leur enfant « plus difficile et turbulent » que ne le feraient les femmes témoins (169).

Le jeu est également touché par les distorsions des relations précoces. La mère étant dans un besoin de maîtrise, elle ferait moins preuve de spontanéité et d'initiative (32). Les mères souffrant de TCA seraient lors des moments ludiques par rapport aux femmes témoins (154,155) : autoritaires, intrusives, exclusives et peu sensibles aux émotions de leur enfant. D'après Koubaa et al, 92% des mères atteintes de TCA présente des difficultés d'interaction avec leur enfant à 3 mois. Ce taux n'est que de 13% pour les femmes témoins (143).

IV.2.4 Les temps de sommeil

Le dysfonctionnement des interactions précoces impacte le sommeil de l'enfant (170). Le besoin de contrôle a aussi été retrouvé dans les temps de sommeil.

⁹ « Handling » de Winnicott : « Handling » ou manipulation physique du bébé, précurseur de l'instauration des limites corporelles de l'enfant et de son intériorité.

Une corrélation a été faite entre les troubles du sommeil de l'enfant et le fait que leur besoin d'individuation et de séparation ne pouvait correctement se mettre en place. Les mères atteintes de TCA feraient plus dormir leur enfant dans leur lit et auraient des difficultés à établir un rythme de régulation des heures de sommeil (132).

L'ensemble des domaines se rapportant aux soins portés au jeune semble être touché. Les mères souffrant de TCA sont en quête d'informations et de conseils issus de tous horizons que ce soit des médecins, des sages-femmes, des ami(e)s ou internet. Cette pluralité de sources de données contribue à accroître la distorsion des interactions précoces avec leur enfant (6).

IV.3 De la grossesse au *post partum* : l'évolution, l'entourage et ses troubles

IV.3.1 L'évolution de la symptomatologie alimentaire et ses impacts.

Deux études de cohorte longitudinales de grande ampleur ont été faites : la « Norwegian Mother and Child Cohort Study », ou MoBa¹⁰ (15) et la cohorte « Avon Longitudinal Study of Parents and Children » ou ALSPAC¹¹ (171).

Deux grandes voies de réorganisation du trouble sont retrouvées durant la grossesse (15,17,29,37,103,121,128,172–176).

a) Une amélioration globale du trouble durant la grossesse au *post partum*

Pour certaines femmes souffrant de TCA la grossesse est synonyme d'accalmie (29,32,104,128,175–179). Cet « assouplissement » serait en lien avec l'investissement du fœtus par la patiente dans une optique de protection de celui-ci.

L'amélioration dans le cadre de la symptomatologie alimentaire

Les conduites restrictives et les comportements compensatoires (activité physique intensive, prise de laxatif, vomissements auto-induits) baisseraient en fréquences. Les périodes de crises s'atténueraient aussi (15,32,111,175,180). Cette amélioration serait plus marquée à partir du second trimestre de grossesse (29,103,181) et serait

¹⁰ MoBa est une étude prospective, à grande échelle, comportant une cohorte de 100 000 femmes enceintes/futures mères et leur enfant.

¹¹ ALSPAC est une étude longitudinale ayant recruté initialement 15 247 femmes enceintes et s'étant aussi intéressé à leur famille.

à son *optimum* au dernier trimestre. « Période d'indulgence » est une dénomination employée par certains pour qualifier le troisième trimestre de grossesse.

Le fait de porter un enfant et d'être responsable de sa vie justifierait chez ces femmes le fait de se nourrir correctement (109).

L'étude de cohorte prospective MoBa a montré un taux de rémission tous TCA confondus compris entre 29 et 78% (42). Malgré cette amélioration des symptômes, le besoin de maîtrise semble persister.

L'amélioration dans le cadre du poids et des cognitions

La prise de poids induite, extrêmement anxiogène hors grossesse, serait vécue comme transitoire, bénéfique pour le bébé et donc mieux acceptée (28,42). 15% des femmes enceintes ayant un TCA poursuivent à *minima* des stratégies de contrôle du poids (182). Parmi les méthodes de maîtrise mentionnées dans la littérature on citera (183,184): les pesées, les objectifs et seuils pondéraux à respecter, la tenue de carnet alimentaire, la poursuite d'une activité physique.

Bien que les femmes ayant un TCA soient moins focalisées sur leur apparence, elles le sont davantage par rapport à la population générale (15,122). L'importance de l'image corporelle semble passer au second plan durant la grossesse (11). Cependant les patientes émettent dès le début de grossesse le souhait de perdre, lors du *post partum*, le poids pris (110). L'amélioration de la symptomatologie alimentaire ne va pas nécessairement de pair avec celle de l'image corporelle.

Namir et al précisaient qu'un des objectifs principaux des patientes anorexiques était de retrouver leur corps d'avant grossesse (110). Encourager les femmes anorexiques durant leur grossesse à normaliser leur IMC serait associé pour certaines au maintien d'un poids normal après l'accouchement et à un changement des habitudes nutritionnelles pérennes (175).

Le vécu de la grossesse des femmes ayant un TCA serait très positif voire idéalisé. La grossesse serait source d'épanouissement et de plénitude. Certaines patientes éprouvent un sentiment de protection, de réparation narcissique *via* la grossesse. D'après Lemberg et al, un tiers des patientes ayant un TCA pensent que la grossesse pourrait les aider à dépasser leur trouble (104).

b) Une altération du trouble de la patiente durant la grossesse

Contrairement au groupe précédent, certaines patientes ayant un TCA aggraveront leur trouble et ce parfois dès l'annonce de la grossesse.

L'altération de la symptomatologie alimentaire

Les patientes souffrant d'un trouble actuel lors de la conception semblent être celles chez qui une majoration du trouble est à déplorer. Ce serait chez ces femmes que la morbidité foetale et obstétricale serait la plus importante (31,37,71,185,186).

Un facteur de risque de décompensation serait d'avoir un antécédent d'anorexie durant l'adolescence. La grossesse réactiverait le trouble (31).

Une étude a été menée chez 49 patientes nullipares souffrant de TCA parmi lesquelles on dénombre : 24 femmes anorexiques, 20 femmes boulimiques, 5 femmes avec TCA non spécifiés. Cette étude conclue que 22% des patientes ont fait une rechute de leur trouble durant la grossesse (31).

L'altération du trouble dans le cadre du poids et des cognitions

Les patientes souffrant de TCA peuvent voir leurs préoccupations alimentaires devenir très envahissantes lors de la grossesse (187). Même parmi celles dont la symptomatologie s'était améliorée durant la grossesse, une proportion non négligeable (80%) d'entre elles rechuteront au *post partum* (104).

Le recours aux laxatifs et aux vomissements auto-induits par les femmes anorexiques à des fins d'amaigrissement ne seraient pas privilégiés durant la grossesse. Elles auraient plutôt tendance à accroître leur activité physique (à savoir plus de une heure d'activité modérée à intense par jour)(57). Ces patientes perdraient plus facilement le poids pris durant la grossesse. Cela suggère la mise en place de conduites de restrictions et de stratégies de contrôle du poids (188).

Certaines patientes, notamment celles présentant un contexte somatique préoccupant, vivront particulièrement mal leur grossesse (15).

Bien que ces femmes centrent leur attention en premier lieu sur leur trouble, elles n'oublient pas totalement le foetus. En effet, elles craignent malgré tout de le léser.

Ce sentiment pourrait être un outil motivationnel pour refreiner les conduites compensatoires et les pensées négatives durant la grossesse (28).

La symptomatologie psychiatrique associée

La grossesse, associée à l'apparition de nouvelles angoisses, serait pour certaines patientes synonyme de résurgence/apparition de troubles obsessionnels compulsifs principalement à expression comportementale (hygiène par exemple) (121).

Kaplan et al ont montré que l'impact des modifications de la grossesse pouvait induire une rupture du fonctionnement psychique se manifestant par exemple par des états psychotiques (33).

c) Une période de grande vulnérabilité : « l'après accouchement »

Après l'accouchement le statut « protecteur » de la grossesse disparaît, laissant place au poids de la pression sociale.

La symptomatologie alimentaire

Le début du *post partum* s'accompagne du déclin de l'apaisement de la symptomatologie alimentaire que certaines ont pu éprouver durant la grossesse. Un certain consensus tend à préciser que les symptômes du TCA réapparaissent de façon amplifiée au *post partum* (57,66,103,105,189,190).

Micali et al ont montré que le *post partum* est associé à la résurgence des préoccupations nutritionnelles. Les patientes seraient alors autant, voire davantage, angoissées par l'alimentation qu'elles ne l'étaient avant la grossesse. Ce constat est retrouvé aussi bien pour les TCA actuels que passés (24).

Les hypothèses pour expliquer ces rechutes sont diverses (66) :

- Une plus grande sensibilité aux variations hormonales du *post partum*
- Une vulnérabilité aux troubles thymiques, avec parfois une comorbidité préexistante
- Une baisse de la motivation pour faire face au trouble (17), notamment du fait de l'absence du fœtus dans l'organisme (153)
- Un stress par la présence de l'enfant, les modifications du rythme de vie (153)
- Un moindre support familial ou amical.

Le risque de récurrence durant le *post partum* des femmes anorexiques stabilisées s'élèverait à 50% (51).

Le besoin de maîtrise

Les angoisses éprouvées par la patiente se font plus générales. Celles-ci peuvent contribuer à l'apparition d'un sentiment de perte de contrôle. Cela a pu être mis en corrélation avec l'ensemble des bouleversements induits par la naissance de l'enfant : nouveau statut : la patiente devient mère, modification globale du rythme de vie (repas, sommeil, organisation).

Le poids

Une des principales angoisses éprouvée par les femmes ayant un TCA durant le *post partum* est de ne pas parvenir à retrouver le poids qu'elles avaient avant la conception. L'étude de Takimoto précise qu'elles sont 85,9% à exprimer cette peur (191). Et selon Fairburn, elles seraient 72% à craindre de ne pas y parvenir (19).

Les femmes ayant un TCA se fixeraient durant leur grossesse des objectifs drastiques de perte de poids à atteindre après l'accouchement. Ces attentes sont souvent décrites dans les articles comme non réalisables et seraient source de mésestime d'elles même et d'altération de l'humeur (19).

Micali et al ont mis en avant que les patientes anorexiques perdent plus vite le poids pris durant la grossesse que les femmes témoins (147).

Les conséquences somatiques

Certaines études font référence à des atteintes somatiques se révélant au cours du *post partum*. Parmi ces atteintes on notera la mention de fractures multiples du bassin sur ostéoporose sévère dans les suites de l'accouchement (192). Ce genre de tableau clinique est la conséquence sur le long terme de TCA sévères et anciens.

IV.3.2 La place du tiers

a) Le conjoint lors de la conception

Corcos a étudié la stérilité des patientes souffrant de TCA. Il a pu montrer que le fait d'être mariée ou en couple en est un facteur protecteur. Le statut marital témoigne

d'une stabilité affective et serait ainsi plus fréquemment associé à des patientes dont le trouble est peu sévère (193,194).

La conception serait souvent planifiée par le couple. Lachcar précise que le désir d'enfant éprouvé par les patientes ayant un TCA serait davantage un désir de grossesse (195). Ce dernier serait corrélé au souhait de la patiente de se prouver la capacité à donner la vie et à affirmer leur féminité (196).

Pour l'ensemble des patientes, avoir une relation affective stable avec le conjoint semble être un point essentiel pour fonder une famille (197).

b) Le conjoint durant la grossesse et le *post partum*

Une étude s'est intéressée à l'avis des patientes ayant un TCA sur la place du père une fois l'enfant né. Comme pour les femmes témoins, les patientes atteintes de TCA présentent le père comme étant capable d'assumer : son rôle auprès de l'enfant, ses responsabilités à la fois paternelles et conjugales. Ce qui distingue les patientes ayant un TCA des femmes témoins concernant la place du père est que les patientes n'abordent pas de façon spontanée le rôle du père et le font de manière plus tardive dans la discussion (229). Les patientes ayant un TCA auraient aussi tendance à avoir une vision idéalisée « du père parfait ». Confrontée à la réalité, la patiente aurait des difficultés à pouvoir s'appuyer sur le conjoint en tant que soutien, il ne pourrait pas représenter le tiers séparateur dont elle aurait besoin (229).

Le regard du conjoint sur la patiente est un paramètre important dans le vécu de la grossesse. Cela est retrouvé à la fois chez les patientes et chez les femmes témoins. Un regard positif est corrélé à une meilleure acceptation d'elles-mêmes (28,210).

Les patientes souffrant de TCA semblent exclure le père de la relation avec l'enfant, entravant ainsi la triangulation œdipienne qui devrait pourtant s'établir (149).

La survenue d'une dépression du *post partum* altère le lien conjugal, ce qui dégrade encore la relation triadique familiale déjà précaire dans ces couples (230).

La patiente ayant un TCA ne laisse que très peu d'espace à la famille, aux ami(e)s ou encore à son environnement professionnel. Seul compte le « noyau » constitué par le bébé et la patiente (197).

c) Le corps médical et paramédical

Des patientes très à l'écoute

Les patientes souffrant de TCA sont « avides » de conseils et de recommandations de la part du corps médical et paramédical, recommandations qu'elles ont tendance à vouloir appliquer à la lettre (110,198).

Des patientes qui masquent leurs ressentis

La relation avec le monde de la santé n'est pas pour autant facile et aisée. Les patientes ayant un TCA ont tendance à dissimuler leur trouble. Un sentiment de honte et le déni ont pu être remis en cause dans ce phénomène (31,34,199,200).

Tuval et al ont décrit dans leur étude qualitative que les patientes ayant un TCA présentaient certaines craintes dont elles n'osaient pas aborder le sujet de façon spontanée. Ces angoisses sont (201) : la peur de ne pas être une mère à la hauteur, la crainte que l'enfant ne découvre le trouble de sa mère, l'angoisse que l'enfant ne décèle les stratégies mises en place par la mère pour amoindrir les impacts du trouble sur son quotidien.

Plusieurs études ont mis en exergue que ces patientes éprouvaient beaucoup de stress lors de la pesée à l'occasion des visites prénatales. Schaffer qualifie même cela comme étant un réel traumatisme (107). Les patientes pourraient ainsi devenir anxieuses à l'approche des rendez-vous.

IV.3.3 La dépression

La dépression maternelle regroupe deux grandes entités : la dépression prénatale et la dépression du *post partum*. La prévalence en population générale est de 10% pour ce qui est de la dépression prénatale et de 15% pour le post-natal. La période faisant suite à l'accouchement est une période difficile, d'autant plus chez les patientes ayant un TCA rendues vulnérables par leur trouble (202,203).

a) Distinction entre dépression et « *post partum blues* »

Il est important de bien différencier le « *post partum blues* », phénomène fréquent et physiologique survenant entre le 3^{eme} et le 5^{eme} jour du *post partum* lors de la montée laiteuse, de la dépression du *post partum*.

Après l'accouchement, 50 à 80% des femmes présenteront un « *post partum blues* » se caractérisant par les signes suivants : hyperesthésie affective avec pleurs et irritabilité, dépressivité, labilité émotionnelle, trouble de la concentration et du sommeil. Ces manifestations émotionnelles sont temporaires (de quelques heures à quelques jours) et sous-tendues par les modifications hormonales.

Dès lors que les symptômes du « *post partum blues* » vont perdurer dans le temps et accroître en intensité, la sémiologie devient celle de la dépression du *post partum*. Cette dernière peut être de durée importante, plusieurs mois, et nécessite une prise en charge adéquate et rapide (202).

b) Chiffres clés et sémiologie

Les symptômes anxio-dépressifs sont plus fréquents chez les patientes ayant un TCA qu'en population générale, notamment chez les sujets anorexiques (204–209). La prévalence vie entière de la dépression de la femme en population générale serait de 17% alors qu'elle serait de 64 et 96% chez la patiente anorexique (210).

Il semblerait que ces symptômes soient particulièrement comorbides en période périnatale chez ces patientes ayant un TCA (37,42,44,112,117,143,211,212). Celles-ci pourraient présenter des symptômes

→ dépressifs dont le risque serait par rapport aux témoins doublé dans le cas où le TCA serait actif sans autre comorbidité ; multiplié par 6 si un antécédent de dépression est présent, avec un TCA actif ou ancien.

→ anxieux dont le risque serait multiplié par un facteur 10 si la patiente a un antécédent de dépression.

Koubaa et al estiment que plus de la moitié des patientes atteintes de TCA ont été suivies durant le *post partum* en centre spécialisé pour prise en charge d'une dépression ou d'un trouble psychiatrique (143).

D'un point de vue nosographique, la dépression du *post partum* correspond à un épisode dépressif caractérisé survenant dans les suites de l'accouchement. Le délai d'apparition est fixé au-delà des 4 à 6 semaines du *post partum*, permettant de le distinguer du « *post partum blues* ».

L'épisode dépressif caractérisé

Le DSM-5 décrit l'épisode dépressif caractérisé de la manière suivante (1): la présence de un ou des épisodes d'au moins 2 semaines se démarquant du fonctionnement habituel du sujet avec au moins 5 des 9 symptômes présentés dans le tableau ci-dessous dont nécessairement les symptômes : humeur dépressive et une perte d'intérêt ou de plaisir.

Tableau 3 : Episode dépressif caractérisé DSM-5

Symptômes possibles
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

Les épisodes peuvent être d'intensité variable : légère, modérée ou sévère.

La dépression prénatale

D'un point de vue sémiologique, la dépression prénatale a pu être associée, en plus des signes propres à l'épisode dépressif caractérisé, aux signes suivants : une humeur dépressive avec des périodes d'agressivité imprévisibles, marquée par un sentiment de culpabilité de la patiente, un ralentissement psychomoteur associé ou non à une hyper vigilance anxieuse, des manifestations somatiques multiples dont des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, sans réveil matinal précoce).

La présence d'un TCA est un facteur de risque de dépression prénatale (211). La prévalence de cette dernière en population générale est comprise entre 10 et 20% (213). Cette prévalence chez les femmes anorexiques serait de 36,1% (212).

La dépression post natale

Deux pics de fréquences ont été décrits durant le *post partum*: vers la 10^{ème} semaine et au 9^{ème} mois (214,215).

Au sujet des prévalences de dépression post natale, les études estiment (24):

- une prévalence en population générale de 10 à 15% (216–218)
- une prévalence chez les patientes ayant un TCA de 33% (219,220)
- une prévalence parmi les patientes anorexiques de 45,5% (212).

Barbosa ainsi que Mazzeo corroborent ces résultats. Ils précisent respectivement que cela est d'autant plus vrai que les patientes sont boulimiques (115) et que 50% des patientes souffrant de TCA actuel auront des symptômes dépressifs après l'accouchement (212). La vulnérabilité des femmes ayant un TCA à la dépression du *post partum* est bien démontrée (32,37,49,65,212,221).

D'après Meltzer-Brody, 10% des femmes admises en clinique de soins tertiaires pour dépression du *post partum* seraient anorexiques (222).

La dépression post natale peut être précoce (1^{er} mois) ou tardive (du 2^{ème} au 12^{ème} mois).

c) Les facteurs de risques de dépression du *post partum*

Les patientes souffrant de TCA seraient plus susceptibles de développer une dépression du *post partum* (188,212,221). Les facteurs de risques des femmes ayant un TCA sont regroupés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4 : Facteurs de risque de dépression du *post partum*

Facteurs de risque de dépression du <i>post partum</i>	Auteurs
Antécédent de TCA, dont anorexie	Fairburn et al (93), Mazzeo (212), Franko (65), Andersen (121), Morgan (37), « The ESHRE Capri Workshop Group »(172), Lai et al (32), Abraham (159), Harris (223)

Antécédents ¹² de dépression ou de troubles anxieux associés	Micali et al (57), Dayan et al (146)
Antécédents de difficultés obstétricales, avortements ou accouchements prématurés	Dayan et al (224)
Antécédent de dépression prénatale	Gotlib et al (203)
Sentiment d'incompétence maternelle ressenti	Bydlowski (14), Astrancahn-Fletcher et al (153)
Insatisfaction de l'image corporelle	Clark et al (180), Duncombe e al (225), Rauff et Down (226), Sweeney et al (227)
Maltraitance dans l'enfance, relations conjugales conflictuelles, isolement socio-affectif, bas niveau social	Dayan et al (228)
Primiparité	Dayan et al (228)

L'accumulation de facteurs de risques précipiterait la pathologie. Cependant il est intéressant de noter que (65):

- une femme sur deux atteinte de TCA actif aura une dépression du *post partum*.
- Dans le cas des femmes souffrant de TCA dont la rémission serait survenue durant la grossesse, celles-ci auraient un risque de 29% de faire une dépression du *post partum*.

Le tableau ci-dessous reprend les études portant spécifiquement sur l'anorexie.

¹² Antécédents dans le contexte puerpéral ou de façon indépendante.

Tableau 5 : La dépression dans l'anorexie

Types	Symptômes	Commentaires	Auteurs
Anorexie	Au moins un antécédent d'épisode dépressif majeur durant leur vie	75,25% des patientes	Godart (229)
Anorexie passée	Survenue d'une dépression du <i>post partum</i>	2/3 des patientes	Stein et al (155)

Le rapport des patientes ayant un TCA à la grossesse idéalisée a pu être remis en question comme pouvant être un facteur de risque supplémentaire (188,212,221). Cependant aucune étude n'a encore vérifié cette hypothèse.

d) Les facteurs pronostics et les facteurs protecteurs

La littérature cite peu les facteurs pronostics dans le cadre de la dépression du *post partum*. Cependant, la présence d'une dépression en période prénatale est un facteur pronostic de survenue d'une dépression en post natal. La littérature mentionne en effet un taux de 20 à 50% de femmes touchées (203,230).

Le pronostic de la dépression du *post partum* n'est pas bon. Les données de la littérature le concernant sont défavorables : à 1 an, 50% des patientes maintiennent une symptomatologie résiduelle, les autres auront une rémission en 3 à 6 mois (231). Cooper et al ont précisé que le risque de récurrence lors d'une prochaine grossesse est compris entre 25 et 30% (232).

Un facteur protecteur pour ces femmes souffrant de TCA serait la présence aidante d'un tiers (ie : le conjoint, l'entourage ou encore le corps professionnel).

e) Les impacts et l'évolution

La dépression du *post partum* aura un impact sur la mère mais aussi sur l'enfant (170). Les interactions entre la mère et son enfant sont altérées par la présence de la symptomatologie dépressive maternelle (170). Un cercle vicieux s'installerait : être

déprimée renforcerait l'insatisfaction corporelle qui elle-même impacterait la dépression (180,233,234). A court terme, il existerait un risque de raptus anxieux et de passage à l'acte. Ce dernier pouvant porter à la fois sur la patiente ou sur le bébé. D'après Micali et al et Morgan et al une dégradation progressive de la symptomatologie anxio-dépressive serait visualisable entre le *pré-partum* et le *post partum* (15,37). A long terme, diverses conséquences néfastes seront à déplorer sur l'enfant. Elles seront décrites plus précisément dans la partie qui suit (170).

V. Résultats : Le devenir des enfants de patientes atteintes de TCA

Le devenir des enfants de mères souffrant de TCA n'est pas un sujet de prédilection en recherche. De plus, les sources sont parfois contradictoires. Pour certains auteurs les TCA maternels actifs ou passés ont un retentissement sur les enfants (65,235). D'autres n'ont pas mis en évidence d'impact sur leur développement (63,236).

V.1 Le devenir physique et cognitif

Globalement, il a été estimé que $\frac{1}{4}$ des enfants de mères ayant eu une dépression du *post partum* présenteront des troubles du développement (220,237–239).

V.1.1 Le développement moteur

Barona et al ont comparé les développements des enfants de mères ayant un TCA *versus* ceux de mères témoins. Les enfants de mères atteintes de TCA présenteraient plus de (240): troubles neurocomportementaux, troubles moteurs et psychomoteurs et de troubles du langage (ie : moindre richesse du langage) à 1 an.

V.1.2 La croissance

Les mères ayant un TCA éprouvent des difficultés lors des repas de leur enfant. La conséquence directe est l'apparition d'un retard staturo-pondéral à 1 an.

Croissance à la naissance

L'étude rétrospective de Brinch et al a estimé que 17% des enfants de mères anorexiques présentaient un retard de croissance. Retard corrélé à une sous-alimentation qui a pu être démontrée en séparant l'enfant de la mère durant une hospitalisation et en constatant une reprise pondérale (63,117,160).

Croissance pondérale suivie de la naissance à 1 an

Plusieurs articles ont traité de l'indice pondéral des enfants de mères ayant un TCA et les ont suivi à 1 an.

→ Tenconi et al n'ont pas mis de différence en évidence par rapport aux témoins (97).

→ D'après Brinch et al, à 1 an les enfants de mères ayant un TCA ont un retard pondéral supérieur à deux déviations standards par rapport aux enfants du même âge en population générale (63).

→ Micali et al ont montré que les enfants de mères anorexiques avaient un poids plus faible par rapport aux témoins. Cela était aussi noté lorsque l'on comparait les anorexies actives *versus* passées (84).

→ Perrin et al ont abouti à la même conclusion que Micali et al : les enfants de mères anorexiques avaient une courbe de croissance significativement inférieure aux enfants du groupe contrôle jusqu'à 1 an. Cette étude est intéressante car l'auteur a procédé à un ajustement selon le sexe de l'enfant, l'âge gestationnel et la consommation tabagique durant la grossesse (119).

Peu d'auteurs ont fait la distinction pour l'indice pondéral selon le sexe de l'enfant. Les résultats de ceux l'ayant fait sont présentés dans le tableau ci-dessous (241) :

Tableau 6 : Récapitulatif de l'évolution de l'indice pondéral des enfants à la naissance et à 1 an selon le sexe de l'enfant

Mère TCA	Sexe	Indice pondéral à la naissance	Indice pondéral à 1 an
Anorexie	Masculin	Inférieur/contrôles	Inférieur/contrôle
Anorexie	Féminin		Supérieur/contrôles
Anorexie+boulimie	Féminin		
Anorexie + boulimie	Masculin	Supérieur/ contrôles	

Les seuls éléments significatifs étaient pour les filles de mères anorexiques à 1 an.

Hodes et Elfhag corroborent ces résultats dans leur article respectif dans lesquels ils précisent que les filles de mère ayant un TCA présentent un poids inférieur aux garçons (en terme de delta). Ce poids est moindre qu'en population générale rapporté selon l'âge (123,131). Les filles seraient donc plus à risque que les garçons.

Croissance staturo-pondérale à 10 ans des enfants de mères anorexiques

Easter a également décrit l'évolution de la croissance des enfants de mères anorexiques jusqu'à leur 10 ans. C'est la seule analyse ayant considéré cette tranche d'âge et ayant réalisé un ajustement des résultats selon l'âge gestationnel, l'âge et l'éducation maternels, la parité, l'IMC avant grossesse et la consommation tabagique *per partum*. Les données obtenues sont les suivantes (241):

- La taille des filles de mères anorexiques était inférieure par rapport aux filles de mères contrôles à 10 ans (non significatif cependant).
- La taille des garçons de mères anorexiques était supérieure de 0 à 5 ans (significatif à 1 et 2 ans) et inférieure de 6 à 10 ans (non significatif).
- Le poids des garçons de mères anorexiques était inférieur à 1 an puis supérieur de 1 an à 10 ans (uniquement significatif à l'âge de 5 ans).

Des courbes représentant ces données sont disponibles en annexe 2. Les courbes obtenues ne sont linéaires ni pour le poids ni pour la taille. Il semblerait qu'un « rattrapage » soit possible quand l'environnement serait favorable (123,156,165).

V.1.3 Le développement cognitif

L'étude de Kothari et al s'est centrée sur les capacités cognitives des enfants âgés de 8 ans ayant une mère atteinte de TCA. Les résultats obtenus retrouvent une fréquence plus importante de difficultés sociales, d'altération des capacités visuo-motrices et d'une moindre capacité de raisonnement abstrait (242).

Tarantal et Berglund, ainsi que Babenko et al ont précisé dans leur étude respective que les enfants de mères ayant un TCA développaient davantage de troubles neurologiques durant leur croissance que les enfants témoins (243,244). Le développement cérébral serait retardé (94,139,245).

Les compétences cognitives de l'enfant âgé de 2 ans qui seraient impactées par le stress prénatal de la mère ayant un TCA seraient (246) : le quotient intellectuel, le langage et l'attention. L'altération de ces capacités serait proportionnelle au degré de stress ressenti par la mère durant la grossesse (247).

V.1.4 Les autres atteintes somatiques

Un facteur pronostic important pour le développement des enfants de mères atteintes de TCA une fois adulte est la présence d'un retard de croissance intra utérin. Ce dernier semble être corrélé à un risque à l'âge adulte de (84,170,239,241,248–251): maladies métaboliques, résistance à l'insuline, troubles cardio-vasculaires, troubles neurologiques dont accidents vasculaires cérébraux, troubles psycho-fonctionnels (régurgitations, vomissements, pleurs inconsolables, troubles du sommeil).

Les enfants dont le gain pondéral a été rapide durant les premières années de vie seraient plus enclins à développer un surpoids ou une obésité (123,147,252,253).

V.1.5 Les hypothèses explicatives

Le retard de croissance staturo-pondéral

Les diverses études mettent en avant un retard de croissance staturo-pondéral des enfants de mères souffrant de TCA. Deux grandes hypothèses ont pu être proposées pour expliquer ce constat.

→La première hypothèse est que ces enfants possèdent plus fréquemment une alimentation inadéquate pour assurer correctement leur croissance durant les premières années de vie (254,255). En ce qui concerne plus particulièrement le surpoids et l'obésité de l'enfant, l'alimentation émotionnelle et le surpoids de la mère ont pu être remis en cause (119,123,147,152,155,241). Certaines études précisent que l'alimentation restrictive de la mère serait un facteur de risque de surpoids ou d'obésité. La mère craignant de transmettre son trouble à son enfant le nourrirait davantage et le pousserait à manger plus (154).

→La seconde explication concerne l'allaitement, avec la plus grande difficulté présentée par les mères ayant un TCA à initier/poursuivre une mise au sein (119).

Les autres troubles associés (physiques, somatiques, développementaux)

Des études proposent des hypothèses quant aux causes potentielles de troubles somatiques développés par ces enfants de mères ayant un TCA. Parmi celles-ci on retrouvera le terrain génétique familial, l'environnement mais aussi l'épigénétique¹³.

L'épigénétique a été de nombreuses fois citée dans les études (244,256–259). Ce serait dès la vie *in utero* que tout se jouerait pour le devenir de l'enfant. Le stress vécu par la mère atteinte de TCA ainsi que son alimentation carencée induiraient des modifications de l'ADN (acide désoxyribonucléique) pouvant s'avérer ensuite délétères. Les premières années de la vie de l'enfant seraient des périodes sensibles durant lesquelles des modifications du matériel génétique pourraient survenir. Ces dernières sont par exemple : la méthylation de l'ADN, la méthylation des histones, l'expression de miARN¹⁴ (micro-ARN).

Les modifications épigénétiques influenceraient le développement foetal endocrinien. Ce faisant, la croissance cérébrale serait altérée (244). On citera, à titre illustratif, l'impact de l'hypercortisolémie sur le développement cognitif futur de l'enfant (48).

Van den Bergh et al précisaient que les troubles cognitifs étaient présents chez les enfants dont la mère avait éprouvé un stress entre la 12^{ème} et 22^{ème} semaine de grossesse. Ces atteintes n'étaient pas retrouvées si l'agent stressant survenait après la 32^{ème} semaine (260,261). L'effet du stress sur le développement cérébral, et notamment la modification de l'activité dopaminergique au niveau du striatum, a aussi été montré par l'équipe de Converse en 2013 (262).

L'effet délétère lié au stress prénatal pourrait être atténué par une relation d'attachement adéquate à la mère (263). Cela rejoint ce qui a pu être dit sur l'épigénétique. Cependant, chez les mères atteintes de TCA cette relation est, elle aussi, altérée.

Bien que certaines de ces modifications du matériel génétique soit temporaires, d'autres seront permanentes et donc transmissibles aux générations suivantes. Babenko décrit le stress prénatal comme étant l'un des paramètres les plus puissants dans l'impact qu'il aurait sur la santé mentale par le biais de l'épigénétique (244).

¹³ Epigénétique : discipline de la biologie qui étudie la nature des mécanismes modifiant de manière réversible, transmissible (lors des divisions cellulaires) et adaptative l'expression des gènes sans en changer la séquence nucléotidique (ADN).

¹⁴ miARN : régulateurs traductionnels capables d'extinction de l'expression d'un gène.

V.2 Le devenir psychique

C'est à Winnicott que l'on doit l'idée d'une continuité entre le prénatal et le *post partum*. Les bases de la santé mentale de l'enfant seraient posées dès la grossesse par la mère *via* les soins qu'elle lui portera (264). On en déduit le lien fort unissant le bien-être physique et psychique de la mère, son vécu de grossesse et les interactions précoces avec son enfant.

V.2.1 La souffrance psychique

Winnicott a décrit deux temps dans la mise en place du psychisme de l'enfant : le holding¹⁵ et le handling¹⁶ (135,265). Tous deux peuvent être entravés par des interactions précoces inadéquates comme c'est le cas dans les dyades TCA (135).

Hodes, Evans et leur équipe respective décrivent une plus grande vulnérabilité à la détresse psychologique des enfants de mères ayant un TCA que dans la population générale (123,133). Micali et al mettaient en avant l'effet synergique, sur le bien-être à long terme de l'enfant de mère anorexique, de la dénutrition maternelle et de l'anxiété (49). Lessana décrivait au sein des dyades mère TCA-fille une relation marquée par les liens douloureux et violents, parfois même destructeurs (266).

Il semblerait aussi que les enfants prennent conscience avec l'âge du trouble dont souffre leur mère. Cela aurait pour conséquences de générer davantage de stress au sein de la dyade puisque les mères souhaiteraient maintenir leur trouble secret. L'ouverture au dialogue sur ce sujet serait source d'apaisement mutuel (201).

V.2.2 Les troubles psychiatriques

a) Description des troubles

L'étude de Micali et al présente le devenir des enfants à différents âges (ie : 7, 10 et 13 ans). Les résultats issus de cette cohorte ALSPAC sont les suivants (245):

→ En ce qui concerne les filles de mères anorexiques : elles auraient un risque plus important de développer par rapport aux filles de mères sans TCA des troubles

¹⁵ Holding ou la manière de tenir son bébé précurseur de l'intégration de soi.

¹⁶ Handling ou manipulation physique du bébé, précurseur de l'instauration des limites corporelles de l'enfant et de son intériorité.

émotionnels dont des troubles anxieux (risque multiplié par 2), des troubles des conduites et une hyperactivité.

→ Pour ce qui est des garçons de mères anorexiques : seuls les troubles émotionnels seraient plus fréquents.

Une étude danoise a elle aussi abouti aux mêmes conclusions (267). D'autres études ont mis en évidence les troubles répertoriés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : troubles observés chez les enfants de mère ayant un TCA

Trouble constaté chez l'enfant	Sexe de l'enfant en fréquence	Auteur
Dépression	Fille > garçon	Leinonen (268), Haycraft (269), Murray (237)
Trouble de l'attachement notamment de type insécure		
Trouble de la socialisation		
Trouble du comportement		
Trouble émotionnel	Fille = garçon	Micali et al (245)

Ce tableau met en exergue une plus grande vulnérabilité des filles.

Diverses études ont mis en corrélation le fait d'avoir une mère présentant un TCA et le développement chez l'enfant d'un trouble similaire. Ce dernier regroupe les entités suivantes (155,163,270,271): Dysrégulation des rythmes des repas, anorexie, attitude d'opposition durant les repas.

b) La transmission du trouble du comportement alimentaire

La notion de transgénérationnel et les facteurs de risques pour l'enfant

Les notions de transmission transgénérationnelle et intergénérationnelle ont été proposées par Lebovici (1983). La première s'effectuerait entre générations successives, sans contact direct. La seconde se ferait de façon directe entre parents et enfants. Les voies de communications sont du registre du non verbal.

La transmission intergénérationnelle du trouble semble être un sujet source de craintes pour les mères atteintes de TCA (115,184).

On peut constater la répétition de TCA au sein d'une même famille, faisant émerger l'idée d'une transmission intergénérationnelle. A cette dernière on associe des facteurs de risques génétiques, socio-culturels, et environnementaux (160,161,257,272,273). Ce dernier concernant l'environnement regroupe notamment le rythme et le degré de permissivité des repas mis en place par la mère (227).

L'étude de Krug et al fait mention du « fetal programming » (la programmation foétale). Cela désigne l'influence des troubles foeto-obstétricaux comme facteur de risque de développer des pathologies psychiatriques et plus particulièrement un TCA chez l'enfant de mère elle-même atteinte (274,275). L'association des retentissements durant la vie foétale, de la génétique et de l'environnement dans lequel naîtra l'enfant de mère ayant un TCA serait déterminante dans la survenue d'une anorexie (91,256,276). L'étude de Chmurzynska traite de l'épigénétique. Les carences nutritionnelles, notamment en vitamines B6, B12, B9 et en méthionine, durant la grossesse induiraient des méthylations de l'ADN qui impacteraient l'organogenèse et la différenciation cellulaire du fœtus (256).

Avoir un parent souffrant de TCA accroît le risque d'en être soi-même atteint (161,277–279). Plusieurs hypothèses expliquant les potentiels mécanismes en cause dans la transmission des troubles à l'enfant ont été avancées. Parmi celles-ci on note : l'anxiété de la mère, la dépression durant la grossesse, les manifestations actuelles du TCA et leur aggravation après l'accouchement (6).

Stein définissait le risque qu'un enfant de mère ayant un TCA ne développe pas à son tour à l'âge de 10 ans un TCA selon les paramètres suivants (280):

- La durée durant laquelle il a été exposé au trouble de sa mère
- La sévérité des conflits lors des repas quand il avait 5 ans.

Taborelli et al ont montré que les mères ayant un TCA stressées durant leur grossesse avaient un taux de glucocorticoïdes plus élevé que la population générale. Cette élévation était corrélée à une plus grande fréquence d'anorexie chez les enfants de sexe féminin (281).

Il semblerait aussi que l'attitude de la mère, en « caregiver » extrêmement contrôlant, vis-à-vis de l'alimentation de son enfant entrave son apprentissage de la distinction de la faim et de la satiété. Ce faisant l'enfant ne pourrait acquérir les automatismes

d'autorégulation nutritionnels. Cela pourrait aboutir à l'apparition d'un trouble du comportement alimentaire (155,160,163). C'est ce que Hilde Bruch appelle « la théorie du learning¹⁷ » dans laquelle on trouve une confusion des sensations (perceptions proprioceptives) et des besoins (perceptions intéroceptives) de la mère par rapport à son enfant (282).

Diverses études ont pu démontrer l'existence d'une transmission transgénérationnelle ou intergénérationnelle.

- Ammaniti et al ont montré, par leur étude comparative de dyades avec et sans TCA, la transmission intergénérationnelle de la psychopathologie maternelle (167).
- Une étude scandinave, basée sur l'usage de registre de santé, a démontré l'existence d'une transmission transgénérationnelle entre mère souffrant de TCA et fille (239).
- L'étude de Lindberg arrivait au même résultat que l'étude précédente (283).

Les mères semblent s'inquiéter de la transmission de leur trouble à leur enfant (284). Cependant, malgré leurs craintes, les études précisent que leurs enfants développent davantage de TCA à l'âge de 6 mois que la population générale (147).

La notion de transgénérationnelle et la perception du corps de son enfant

Park et Waugh se sont interrogés sur la dysmorphophobie des mères atteintes de TCA. Leur but de recherche était de déterminer si la perception du corps de leur enfant était altérée comme elle pouvait l'être pour la leur. Tous deux ont abouti aux conclusions suivantes (117,160):

- Les mères ayant un TCA ne semblaient pas préférer les nourrissons maigres par rapport aux biens portants. Cependant, elles étaient plus précises dans l'appréciation des mensurations que les mères témoins.
- Les patientes dont le TCA était léger à modéré jugeaient de façon adaptée le corps de leur enfant de 1 an.
- Les patientes souffrant de TCA graves présentaient une perception altérée du corps de leur enfant.

¹⁷ « Théorie du learning » dans laquelle la mère procure une réponse alimentaire systématique aux besoins de l'enfant.

De la même manière Stein et al décrivent également la présence de cette distorsion de l'apparence du corps de leur enfant. Ils précisent que malgré cela ces mères ne le rejettent pas pour autant (271).

La répétition du modèle maternel

Les enfants de mères ayant un TCA auraient 2 fois plus de risque de développer un TCA à leur tour par rapport à la population générale (277).

Des études ont mis en avant que les enfants reproduiraient le modèle maternel. Ces enfants auraient tendance à imiter leur mère que ce soit pour les préoccupations physiques, pour le poids ou pour leurs symptômes (vomissements par exemple)(149). Ce lien pourrait être dû à la surprotection pratiquée par la mère durant l'enfance. Cette attitude aurait ainsi entravé l'autonomisation de l'enfant. Elfhag et Linné précisait que cette « connivence » au sien du trouble de l'alimentation était spécifique à la relation mère-fille (131).

D'après Hill et al, les inquiétudes alimentaires retrouvées chez les jeunes filles de 9-10 ans sont directement proportionnelles à celles de la mère (285). En effet, mère ayant un TCA et fille partageraient les mêmes préoccupations nutritionnelles (286).

Les adolescentes de mères anorexiques mettraient en place les mêmes restrictions. Elles se fixeraient un idéal de minceur similaire à leur mère (116,149,287). Evans et Le Grange ont montré que les enfants de 7 ans de mères anorexiques étaient davantage insatisfaits de leur apparence. Il y aurait une corrélation directement proportionnelle entre l'appréciation de la mère sur son corps et celle de l'enfant sur le sien. L'enfant se baserait sur le ressenti maternel pour se créer le sien propre (133).

V.3 Les facteurs pronostics et l'évolution

O'Connor, Heron et Glover ont émis l'hypothèse suivante : la période durant laquelle la mère est soumise au stress impacterait différemment l'enfant. Un stress lors du premier trimestre de grossesse aurait une valeur pronostic sur la constitution des organes du fœtus. Si cela survenait en fin de grossesse, les conséquences seraient d'ordre neurologique et comportemental (288). Cette hypothèse de « programmation fœtale » est retrouvée chez plusieurs auteurs (275,289). L'anxiété durant la grossesse serait prédictive de complications foeto-obstétricales, d'une attitude

surprotectrice de la mère anorexique, d'angoisses chez l'enfant de 8 à 9 ans (261,281,290) et de troubles émotionnels variés (291). Cela serait un facteur de risque d'impulsivité chez l'adolescent de 14 ans (260).

D'après Kotler et al, plus les troubles constatés chez les enfants de mères ayant un TCA sont précoces, plus le risque de les voir perdurer à l'âge adulte est grand. L'âge de début des atteintes chez l'enfant est donc un facteur pronostic essentiel. Les manifestations alimentaires auraient notamment tendance à se chroniciser (292).

Les troubles développés chez ces enfants finiraient dans la grande majorité par disparaître après plusieurs années d'évolution (292).

Partie 4 : Discussion et perspectives de prise en charge

L'annexe 4, faite dans le cadre de cette thèse, retrace l'ensemble des données des études abordées qui permettent de structurer la réflexion.

I. Les notions et les chiffres clés du dépistage

La grossesse est devenue l'une des périodes les plus médicalisée de la vie de la femme. C'est donc une période propice au dépistage du trouble du comportement alimentaire. L'importance des retentissements font de cet axe de prévention-prise en charge un réel enjeu de santé public (293). Il serait intéressant de mettre en place une éducation thérapeutique auprès des patientes ayant un TCA désireuses ou allant de devenir mère. Les consultations régulières de la grossesse sont favorables à la mise en place du suivi. Cependant, de nombreux obstacles sont à déplorer :

- La moitié de ces patientes auront une grossesse non planifiée. Ce faisant, le praticien ne pourra pas intervenir de façon précoce (44,294). A titre illustratif, seules 29% des femmes anorexiques prendront des vitamines avant conception (295).
- A ce constat on ajoute les patientes qui n'oseront pas aborder le sujet avec le praticien, par honte ou déni. Pourtant les femmes atteintes de TCA consulteraient plus fréquemment leur médecin généraliste que la population générale. Ce praticien pourrait ainsi être un interlocuteur privilégié (267).

- Une troisième entrave au dépistage a pu être mentionnée dans la littérature : le manque de connaissance et d'aisance au diagnostic/dépistage du trouble par les praticiens. Le tableau suivant reprend quelques chiffres à ce propos.

Tableau 8 : Etude portant sur les praticiens et le dépistage des TCA durant la grossesse

Auteurs	Résultats
Morgan ; Bansil (296,297)	20% des gynécologues se disaient à l'aise dans le dépistage.
Leddy et al (298)	90,8% des gynécologues-obstétriciens connaissent les conséquences du TCA sur la grossesse et ses suites 88,5% estiment leur formation à la détection des TCA « à peine suffisante ». Seuls 54% d'entre eux estiment qu'il est de leur responsabilité de réaliser le dépistage du TCA en début de prise en charge.
Abraham et Llewelyn-Jones (299)	Sur 67 obstétriciens interrogés, 18% disent poser des questions relatives aux troubles alimentaires durant leur consultation prénatale.
Seiden (300)	Sur 97 gynécologues-obstétriciens, la majorité se disait en manque de connaissance pour bien dépister les TCA. Les praticiens femmes semblent dépister davantage le trouble chez les patientes.
Abraham (159)	La majorité des praticiens interrogent les patientes sur l'alcool et le tabac, mais moins de 50% explorent les antécédents de dépression, le contrôle du poids et une histoire de TCA passée.

Les prévalences des divers TCA durant la grossesse et une formation à leur dépistage manquent pour améliorer la prévention. Cela pourrait en partie expliquer les difficultés actuelles à mettre en place un système qui soit efficient.

II. Les outils de dépistage à disposition

Divers outils de dépistage des TCA sont à la disposition des praticiens. Cependant aucun outil n'est validé pour la population spécifique des femmes enceintes. L'annexe 7 reprend les outils disponibles selon les étiologies ciblées.

→ Pour le dépistage du TCA et de ces impacts : le SCOFF, la version francophone du EDE-Q5, le Body Shape Questionnaire de Cooper et al, le Pictural Body Image Scale Test des silhouettes de Stunkard et al, le Eating Disorders Questionnaire, le Eating Attitude Test -26.

Au niveau international le SCOFF est le plus utilisé, il est disponible en annexe 3 (4,221,301). Il a été reconnu comme « outil standard » de dépistage au Royaume Uni selon les recommandations du National Institute for Clinical Excellence (NICE)(302,303). Bien qu'il ait été étalonné dans divers pays (Espagne, Chine, Japon (304,305)), son étalonnage en France n'a pas été fait.

→ Au sujet du dépistage de la dépression du *post partum* la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) pourra être utilisée.

→ Les interactions dyadiques seront explorées grâce à la Mother-Daughter Relationship Inventory.

Le dépistage des TCA se fait aussi par la clinique ou sur les propos de la patiente.

→ Franko et son équipe ont décrit une triade de signes permettant de dépister à titre préventif un TCA chez la femme enceinte. Ces signes sont (102): l'incapacité à prendre du poids entre deux consultations consécutives, la présence d'une hyperémèse gravidique ou la présence d'un antécédent personnel de TCA.

→ Newton et Zerbe ont proposé de se concentrer sur les éléments suivants de la patientes enceintes (306,307) : la régularité des cycles et la présence d'une aménorrhée, le suivi régulier du gain pondéral et le vécu de la prise de poids.

Une fois le TCA dépisté, le praticien orientera la patiente vers un psychiatre pour confirmer le diagnostic¹⁸ ou pour explorer les représentations¹⁹ de la mère ayant un TCA vis-à-vis de sa grossesse ou maternité.

III. La prise en charge

¹⁸ Des outils de diagnostic existent : le BULIT-R, Eating Disorder Examination (gold standard), Diagnostic Interview Schedule, MINI International Neuropsychiatric Interview.

¹⁹ L'interview pour les Représentations Maternelles pendant la Grossesse (IRMAG) dont le descriptif est en annexe 5.

Les femmes enceintes souffrant de TCA sembleraient percevoir leur corps d'une manière moins négative qu'avant la conception. Elles se soucieraient de l'impact de leur trouble sur leur enfant. Ce sont deux points créant les conditions favorables à la mise en place d'une prise en charge efficace. Ces patientes seraient ainsi plus sensibles aux messages de santé que les professionnels pourraient diffuser.

L'organisation des soins

Le maillage du système de soins pour les patientes atteintes de TCA enceintes ou non n'est pas optimal: lacune de politique de prévention validée par les pouvoirs publics et disparité sur le territoire de structures de prise en charge spécialisées²⁰ et manque d'identification claire (308).

Les retentissements multiples et néfastes du TCA de la mère sur son enfant incitent fortement à la prudence. Il semble nécessaire d'agir le plus précocement possible auprès de ces futures mères pour réduire les risques. La grossesse a pu être considérée comme une période propice à la prévention (167,309–311).

La prise en charge des femmes ayant un TCA prévoyant une grossesse ou déjà enceintes pourrait être multidisciplinaire. Les diverses compétences de soins requises, dont l'articulation en réseau est essentielle, sont (272,312) :

- Un accompagnement psychologique (avec l'encouragement à participer à des groupes d'entraide et soutien de patients).
- Un suivi diététique avec des explications sur le rôle d'un bon équilibre nutritionnel.
- Une information claire et intelligible sur la croissance du fœtus.
- Un suivi et une information sur les modifications physiologiques grossesse.

La prise en charge des patientes souffrant ou ayant souffert de TCA pourrait être faite à la fois en prénatal, en périnatal et durant le *post partum* (71,211,313).

Le rôle du psychiatre

L'intervention psychiatrique devrait débuter dès le début de la grossesse, voire même avant la conception. Cette prise en charge recouvre diverses modalités : la

²⁰ D'après l'HAS il y aurait moins de 30 structures clairement identifiées en France pour les soins spécifiques des TCA.

psychiatrie de liaison, les unités de soins mère-bébé, les diverses thérapies ou encore les consultations spécialisées (en intra-hospitalier, cabinet ou à domicile) (161,287). La période faisant suite à l'accouchement est importante. L'intervention d'un psychiatre spécialisé en périnatalité serait utile pour détecter rapidement les manifestations de résurgence du TCA et ses impacts sur l'enfant (314). Cette prise en charge n'a pas pour but d'accroître le sentiment de culpabilité de ces mères ayant un TCA ni de les convaincre que leurs comportements sont préjudiciables pour leur enfant. Au contraire, l'objectif est d'essayer de faire émerger une prise de conscience. Les messages de prévention seraient d'autant mieux acceptés et appliqués que l'investissement du fœtus est suffisant (65).

Le déroulement de la prise en charge

D'une manière générale, il est indispensable que les professionnels travaillant auprès des femmes enceintes atteintes de TCA aient été formés à leur prise en charge. Cette dernière est double puisqu'elle allie les caractéristiques des patientes ayant un TCA mais aussi celles propres à la grossesse et la maternité. Il est aussi nécessaire qu'une bonne communication entre les équipes se fasse (102).

Quand vaut-il mieux agir ? Cette question est débattue dans la littérature, les auteurs n'étant pas tous du même avis. Pour certains il faut attendre la fin de grossesse et le *post partum* (179). Pour les autres, l'intervention doit débuter le plus tôt possible de façon à « profiter » de la préoccupation maternelle primaire pour sensibiliser la future mère (264). Le début de grossesse serait le moment le plus propice pour les actions de prévention car la motivation au changement serait alors importante (27,177).

→ Avant conception : rares sont les patientes ayant un TCA qui consulteront avant de débuter une grossesse, notamment du fait de grossesses non planifiées au regard de cycles très irréguliers voire absents. Les praticiens devraient avertir ces patientes que les grossesses restent pourtant possibles. La prévention devrait commencer dès le désir de grossesse afin de corriger les carences et d'essayer d'aider la patiente à atteindre un poids adéquat. L'accompagnement hygiéno-diététique est très peu suivi par ces patientes et l'impact nutritionnel est souvent mal connu. Il semble essentiel de parvenir à mettre en place une alliance thérapeutique avec la patiente le plus tôt possible (315). La première consultation devrait être l'occasion pour le praticien de

rechercher si la patiente présente un faible IMC et d'en déterminer l'étiologie (maigre constitutionnelle, anorexie, dénutrition ou comorbidités).

→Durant la grossesse (211):

Dès les prémices de la grossesse il est nécessaire de faire un bilan physique et psychique. Le dépistage du TCA et/ou de son intensité pourrait être systématique. Des signes évocateurs ont été décrits dans la partie précédente (ie : IMC bas, faible prise de poids, inquiétudes sur le gain pondéral et la silhouette, carences nutritionnelles et hyperémèse gravidique). La première consultation prénatale (vers la 10^{ème} semaine) pourrait être l'occasion de réaliser un questionnaire de dépistage SCOFF. L'entretien prénatal précoce se déroule au 4^{ème} mois de la grossesse. Il a été décrit comme étant un moment propice au dépistage, au suivi du trouble et au dialogue sur les inquiétudes de la patiente.

Le dépistage devrait se faire à chaque « temps forts » de la grossesse (les consultations prénatales, les cours de préparation à l'accouchement, une hospitalisation ou encore un passage aux urgences) (116).

Le suivi de ces patientes passe par la mesure du poids. Plusieurs études ont mentionné que cela pouvait présenter un caractère angoissant (151,316,317). Il serait intéressant de repenser l'abord de ce paramètre d'une manière moins contraignante. Andersen et Ryan proposaient de demander à la patiente comment vivrait-elle le fait d'être pesée à chaque visite (121).

→Au retour au domicile puis durant le *post partum* : le suivi doit être poursuivi de façon à détecter la survenue d'une dépression du *post partum*. Des conseils en matière de puériculture pourraient éviter/amoindrir les troubles de mise en place des interactions précoces (179).

L'accompagnement des patientes anorexiques dès la naissance de l'enfant serait essentiel pour prévenir la résurgence des craintes liées au poids et assurer le maintien dans le temps d'un IMC adéquat (103,221).

Le suivi de l'enfant devrait aussi être systématique sachant l'impact du TCA sur leur développement actuel et à venir.

Les recommandations disponibles

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de recommandations standardisées validées pour la prise en charge des femmes enceintes souffrant de TCA. Les praticiens doivent se baser sur les recommandations sur les TCA, celles sur la grossesse et les compiler.

→ Les TCA : La Haute Autorité de Santé propose des recommandations de bonne pratique sur la prise en charge selon le type de TCA. Dans les recommandations de 2010 faites pour l'anorexie mentale, l'HAS fait malgré tout mention d'une préconisation au sujet du désir de grossesse chez ces patientes. L'HAS recommande d'avertir la patiente des risques potentiels pour elle et son enfant que pourrait induire le TCA. Elle recommande de l'encourager à participer à un suivi spécialisé durant la grossesse et le *post partum* (313,318).

L'Association Française pour le Développement des Approches Spécialisées des troubles du comportement alimentaire (AFDAS) et la Fédération Française Anorexie Boulimie proposent des conseils aux professionnels et aux particuliers (319,320).

A l'échelle internationale, diverses recommandations sont disponibles. Celles-ci sont répertoriées dans le tableau proposé en annexe 8.

→ La grossesse et la nutrition : L'Organisation Mondiale pour la Santé a mis en place ses recommandations concernant la grossesse et la périnatalité (321), de même que l'HAS (322).

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) recommande que les femmes ayant un TCA désireuses de grossesse parviennent à un IMC minimal de 18 kg/m² (323).

Le Plan National de Nutrition Santé (PNNS) met à disposition des professionnels et des patientes un guide nutritionnel pour la femme enceinte et le *post partum* (324).

En ce qui concerne les recommandations faites par les auteurs :

- L'étude de Linna et al, portant sur 2257 femmes enceintes souffrant de TCA actuel ou passé, recommande de mettre en place un suivi spécifique régulier et rapproché (64). Ce qui est confirmé dans divers articles (65,102,188,221,314).
- Peipert et al préconisaient d'agir de façon globale : auprès des femmes enceintes et des femmes en âges de procréer (294).

- Morrill et al conseillent la mise en place d'un environnement, lors des visites prénatales, qui soit accueillant et qui puisse répondre aux attentes des patientes (325).
- Fairburn et Beglin proposent de dépister le TCA par une série de questions simples durant la consultation sur : l'évolution pondérale, les inquiétudes sur les modifications corporelles à venir, la prise de poids durant la grossesse, les activités physiques et l'alimentation (326).
- Fornari et al ont mis à la disposition des gynécologues-obstétriciens un guide de bonne pratique pour la prise en charge des patientes ayant un TCA et enceintes. L'annexe 6 reprend leurs recommandations (327).
- Les outils de dépistage mis en avant sont essentiellement : le questionnaire auto-rapporté Eating Disorders Examination Questionnaire et le SCOFF (102,121,301,326).

Ouverture sur les prises en charge non francophones

S'inspirer de ce qui se fait dans d'autres pays pourrait être une des pistes possibles pour améliorer la prise en charge faite en France pour ces patientes.

Les Etats Unis sont les plus performants en matière de proposition de prise en charge durant la grossesse et le *post partum* (328) (329).

La littérature américaine propose une démarche systématique de dépistage débutant par (102,327):

- La recherche des antécédents.
- Le calcul de l'IMC avant conception.
- Le suivi tout au long de la grossesse de la prise pondérale.
- L'évaluation de la symptomatologie comme la présence de vomissements.
- La recherche de signes évocateurs de TCA : une obsession sur le poids ou l'alimentation, une dysmorphophobie, un gain de poids inadéquat pendant la grossesse, une anxiété, des compulsions alimentaires, des stratégies de contrôle du poids (exercice excessif, vomissements auto-induits, utilisation de laxatifs ou diurétiques).

Et préconise les psychothérapies telles que les thérapies cognitivo-comportementales ou interpersonnelles.

Une étude australienne proposait d'évaluer la nécessité de la pesée selon la patiente lors des consultations prénatales. Leurs recommandations portaient sur le renforcement de l'éducation thérapeutique sur l'alimentation. Cela permettrait de réduire l'angoisse des patientes et d'améliorer l'alliance thérapeutique (330). Une autre étude mettait en avant l'intérêt de dépister systématiquement parmi ces patientes la dépression et les troubles psychosociaux (331).

Au Japon, des études préconisent la mise en œuvre de programmes de visites à domicile faites par des infirmières. Ces dernières permettent un soutien nutritionnel, psychologique et éducatif pour ces patientes TCA durant le *post partum* (332).

IV. Les limites de l'étude

Au terme de cette revue de la littérature diverses limites sont retrouvées :

- La grande majorité des études portent sur l'anorexie et de façon plus récente sur la boulimie, très peu sur les hyperphagies boulimiques et les EDNOS.
- Les études sont essentiellement rétrospectives, peu d'études sont contrôlées.
- Les questionnaires auto-rapportés sont malgré tout sources de biais, peu d'études se basent sur des analyses neuro-physiologiques et neuro-biologiques (magnéto-encéphalographie par exemple (333)).
- Relativement peu de recherches sont faites sur la relation dyadique elle-même en tenant compte de l'impact du stress maternel.
- Aucune étude portant sur un TCA paternel et son influence sur l'enfant ni sur la période avant conception de ces femmes n'ont pu être répertoriées.
- Il serait intéressant d'étudier l'impact du stress et des émotions sur le retentissement de la relation dyadique et le développement de l'enfant.
- Les ajustements dont font preuve les patientes face aux modifications induites par la grossesse ont peu été explorés tout comme leur vécu.

Conclusion.

La grossesse semble être un moment propice au dépistage, période durant laquelle la patiente serait davantage compliant.

L'absence de recommandations validées pour les patientes ayant un TCA durant la grossesse et le *post partum* ne facilite pas leur dépistage et leur prise en charge. Cette dernière se doit cependant d'être pluridisciplinaire. En effet, les pathologies touchant la périnatalité font appel aux diverses compétences : la psychiatrie, la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie, la nutrition, la médecine générale et la psychologie. La dépression du *post partum* est, non seulement, l'affection la plus fréquente chez la femme venant d'accoucher mais elle est aussi plus fréquente chez les patientes ayant un TCA. Connaissant les retentissements du TCA sur la maternité (dépression, angoisses, émotions négatives) et le développement de l'enfant (prématurité, retard de croissance intra-utérin, troubles moteurs et cognitifs, risque de transmission du trouble à l'enfant...) il semble primordial d'améliorer : le dépistage, et ce dès le stade préconceptionnel, la prévention faite auprès de ces patientes et de développer des réseaux spécialisés pour assurer l'accompagnement de la mère et ensuite de la dyade.

La poursuite d'études longitudinales prospectives portant sur les différents temps de la grossesse et l'approfondissement des connaissances alliant TCA et grossesse devraient permettre de réaliser des recommandations officielles facilitant le dépistage et la prise en charge. D'autres études semblent nécessaires pour parfaire nos connaissances et méthodes de soins. Le recours à ce qui se fait à l'international pourrait aussi être considéré.

Bibliographie

1. American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed .
2. Becker D. Final Report, November 200. :263.
3. Speranza M, Revah-Levy A, Giquel L, Loas G, Venisse J-L, Jeammet P, et al. An investigation of Goodman's addictive disorder criteria in eating disorders. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* mai 2012;20(3):182-9.
4. Luck AJ, Morgan JF, Reid F, O'Brien A, Brunton J, Price C, et al. The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study. *BMJ.* 5 oct 2002;325(7367):755-6.
5. Godart N, Blanchet C, Lyon I, Wallier J, Corcos M. Troubles du comportement alimentaire à l'adolescence. *Datatraitesgn10-50111* [Internet]. 16 janv 2009 [cité 15 avr 2019]; Disponible sur: <http://emvmsa1a.jouve-hdi.com/article/198682>
6. Pham-Scottet A. Maternité et anorexie mentale : confrontation des données de la littérature internationale et de l'expérience de terrain. *Carnet PSY.* 7 déc 2017;N° 212(9):25-31.
7. Hermont AP, Oliveira PAD, Martins CC, Paiva SM, Pordeus IA, Auad SM. Tooth erosion and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *PloS One.* 2014;9(11):e111123.
8. Gonçalves J de A, Moreira EAM, Trindade EBS de M, Fiates GMR. Eating disorders in childhood and adolescence. *Rev Paul Pediatr Orgao Of Soc Pediatr Sao Paulo.* mars 2013;31(1):96-103.
9. Lock J, La Via MC. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Eating Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* mai 2015;54(5):412-25.
10. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* janv 2015;24(1):177-96.
11. Chang S-R, Chao Y-MY, Kenney NJ. I am a woman and i'm pregnant: body image of women in Taiwan during the third trimester of pregnancy. *Birth Berkeley Calif.* juin 2006;33(2):147-53.
12. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 4 sept 2018;169(7):467-73.
13. Peolidis M. La maternalité chez des femmes ayant été anorexiques mentales à l'adolescence. *Carnet PSY.* 2004;n° 90(4):26-30.
14. Bydlowski M, Golse B. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Carnet PSY.* 2001;n° 63(3):30-3.
15. 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.* sept 2007;63(3):297-303.

16. Abraham S, King W, Llewellyn-Jones D. Attitudes to body weight, weight gain and eating behavior in pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* déc 1994;15(4):189-95.
17. Fairburn CG, Stein A, Jones R. Eating habits and eating disorders during pregnancy. *Psychosom Med.* déc 1992;54(6):665-72.
18. Hubin-Gayte M, Squires C. Étude de l'impact de la grossesse sur les comportements alimentaires à travers l'utilisation du questionnaire SCOFF. *L'Évolution Psychiatr.* 1 avr 2012;77(2):201-12.
19. Fairburn CG, Welch SL. The impact of pregnancy on eating habits and attitudes to shape and weight. *Int J Eat Disord.* 1990;9(2):153-60.
20. Augustine R, R Ladyman S, Grattan D. From feeding one to feeding many: Hormone-induced changes in bodyweight homeostasis during pregnancy. Vol. 586. 2008. 387 p.
21. Abduljalil K, Furness P, Johnson TN, Rostami-Hodjegan A, Soltani H. Anatomical, physiological and metabolic changes with gestational age during normal pregnancy: a database for parameters required in physiologically based pharmacokinetic modelling. *Clin Pharmacokinet.* 1 juin 2012;51(6):365-96.
22. Mathieu J. What Is Pregorexia? *J Am Diet Assoc.* 1 juill 2009;109:976-9.
23. Easter A, Bye A, Taborrelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J, et al. Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy? *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* juill 2013;21(4):340-4.
24. Micali N. Eating disorders and pregnancy. *Psychiatry.* 1 avr 2008;7(4):191-3.
25. Chassevent-Pajot A, Guillou-Landr at M, Grall-Bronnec M, Wainstein L, Philippe H-J, Lombrail P, et al.  tude de pr evalence des conduites addictives chez les femmes enceintes dans une maternit  universitaire. *Rev Sage-Femme.* 1 nov 2011;10(5):221-9.
26. Turton P, Hughes P, Bolton H, Sedgwick P. Incidence and demographic correlates of eating disorder symptoms in a pregnant population. *Int J Eat Disord.* d c 1999;26(4):448-52.
27. Guerdat KC, Othenin-Girard M, Carrard I. Les impacts d'un trouble du comportement alimentaire maternel sur le f etus et l'enfant en bas- ge. *Nutr Clin M tabolisme.* 1 nov 2018;32(4):331.
28. Tierney S, McGlone C, Furber C. What can qualitative studies tell us about the experiences of women who are pregnant that have an eating disorder? *Midwifery.* mai 2013;29(5):542-9.
29. Rocco PL, Orbitello B, Perini L, Pera V, Ciano RP, Balestrieri M. Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: a prospective study. *J Psychosom Res.* sept 2005;59(3):175-9.
30. Hill, BC. Eating disorders in pregnancy. Unpublished Master's thesis, University of Alberta, Edmonton, Alberta, British Columbia; 1997.
31. Koubaa S, Kouba S, H allstr m T, Lindholm C, Hirschberg AL. Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstet Gynecol.* f vr 2005;105(2):255-60.

32. Lai BP, Tang CS, Tse WK. A longitudinal study investigating disordered eating during the transition to motherhood among Chinese women in Hong Kong. *Int J Eat Disord.* mai 2006;39(4):303-11.
33. Kaplan R. Anorexia nervosa, infertility and pregnancy. *Med J Aust.* 4 oct 1999;171(7):391-2.
34. Freizinger M, Franko DL, Dacey M, Okun B, Domar AD. The prevalence of eating disorders in infertile women. *Fertil Steril.* janv 2010;93(1):72-8.
35. Sbaragli C, Morgante G, Goracci A, Hofkens T, De Leo V, Castrogiovanni P. Infertility and psychiatric morbidity. *Fertil Steril.* déc 2008;90(6):2107-11.
36. Bulik CM, Hoffman ER, Von Holle A, Torgersen L, Stoltenberg C, Reichborn-Kjennerud T. Unplanned pregnancy in women with anorexia nervosa. *Obstet Gynecol.* nov 2010;116(5):1136-40.
37. Morgan JF, Lacey JH, Chung E. Risk of postnatal depression, miscarriage, and preterm birth in bulimia nervosa: retrospective controlled study. *Psychosom Med.* juin 2006;68(3):487-92.
38. Grady-Weliky, T. A. *Eating disorders and hyperemesis gravidarum.* K. Y onkers&B. Little (Éds). London: Arnold; 2001. 164-172 p. (Management of psychiatric disorders in pregnancy).
39. Goodman A. Addiction: definition and implications. *Addiction.* nov 1990;85(11):1403-8.
40. Krug I, Treasure J, Anderluh M, Bellodi L, Cellini E, di Bernardo M, et al. Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: a European multicenter study. *Drug Alcohol Depend.* 1 sept 2008;97(1-2):169-79.
41. Anzengruber D, Klump KL, Thornton L, Brandt H, Crawford S, Fichter MM, et al. Smoking in eating disorders. *Eat Behav.* nov 2006;7(4):291-9.
42. Bulik CM, Von Holle A, Hamer R, Knoph Berg C, Torgersen L, Magnus P, et al. Patterns of remission, continuation and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Psychol Med.* août 2007;37(8):1109-18.
43. Houdebine E, Guillaumin C, Rouquette A, Dagonne C, Madzou S, Fournie A, et al. Le tabagisme gravidique. Étude descriptive et facteurs pronostiques d'arrêt du tabac pendant la grossesse. /data/revues/03682315/v38i2/S0368231508003207/ [Internet]. 30 mars 2009 [cité 17 avr 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/206856>
44. Bulik CM, Von Holle A, Siega-Riz AM, Torgersen L, Lie KK, Hamer RM, et al. Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa). *Int J Eat Disord.* janv 2009;42(1):9-18.
45. Gadalla T, Piran N. Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: a meta analysis. *Arch Womens Ment Health.* 2007;10(4):133-40.
46. Bulik CM, Klump KL, Thornton L, Kaplan AS, Devlin B, Fichter MM, et al. Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *J Clin Psychiatry.* juill 2004;65(7):1000-6.

47. Houet T, Vabret F, Herlicoviez M, Dreyfus M. Comparaison de la consommation d'alcool avant et pendant la grossesse. *Datarevues0368231500347-C1687* [Internet]. 10 avr 2008 [cité 17 avr 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/138419>
48. Pinto SM, Dodd S, Walkinshaw SA, Siney C, Kakkar P, Mousa HA. Substance abuse during pregnancy: effect on pregnancy outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* juin 2010;150(2):137-41.
49. Micali N, Treasure J. Biological effects of a maternal ED on pregnancy and foetal development: a review. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* nov 2009;17(6):448-54.
50. Carmichael SL, Abrams B. A critical review of the relationship between gestational weight gain and preterm delivery. *Obstet Gynecol.* mai 1997;89(5 Pt 2):865-73.
51. Frise C, Noori M, Williamson C. Severe metabolic alkalosis in pregnancy. *Obstet Med.* sept 2013;6(3):138-40.
52. Schimert P, Bernet-Buettiker V, Rutishauser C, Schams M, Frey B. Transplacental metabolic alkalosis. *J Paediatr Child Health.* déc 2007;43(12):851-3.
53. Cardwell MS. Eating disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* avr 2013;68(4):312-23.
54. Goodheart K, Clopton JR, Robert-McComb JJ, Clopton JR, Robert-McComb JJ. *Eating Disorders in Women and Children : Prevention, Stress Management, and Treatment, Second Edition* [Internet]. CRC Press; 2011 [cité 14 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.taylorfrancis.com/books/9780429104275>
55. Micali N, De Stavola B, dos-Santos-Silva I, Steenweg-de Graaff J, Jansen PW, Jaddoe VWV, et al. Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: a population-based cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* nov 2012;119(12):1493-502.
56. Zerwas SC, Von Holle A, Perrin EM, Cockrell Skinner A, Reba-Harrelson L, Hamer RM, et al. Gestational and postpartum weight change patterns in mothers with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* nov 2014;22(6):397-404.
57. Micali N, Northstone K, Emmett P, Naumann U, Treasure JL. Nutritional intake and dietary patterns in pregnancy: a longitudinal study of women with lifetime eating disorders. *Br J Nutr.* 14 déc 2012;108(11):2093-9.
58. Conti J, Abraham S, Taylor A. Eating behavior and pregnancy outcome. *J Psychosom Res.* avr 1998;44(3-4):465-77.
59. Pasternak Y, Weintraub AY, Shoham-Vardi I, Sergienko R, Guez J, Wiznitzer A, et al. Obstetric and perinatal outcomes in women with eating disorders. *J Womens Health* 2002. janv 2012;21(1):61-5.
60. Beaumont, P., & Tarn, P. Anorexia nervosa, infertility and pregnancy. *J74(3). Medical Journal of Australia.* 2001;155-6.
61. Eagles JM, Lee AJ, Raja EA, Millar HR, Bhattacharya S. Pregnancy outcomes of women with and without a history of anorexia nervosa. *Psychol Med.* déc 2012;42(12):2651-60.

62. Koubaa S, Hällström T, Brismar K, Hellström PM, Hirschberg AL. Biomarkers of nutrition and stress in pregnant women with a history of eating disorders in relation to head circumference and neurocognitive function of the offspring. *BMC Pregnancy Childbirth*. 27 nov 2015;15:318.
63. Brinch M, Isager T, Tolstrup K. Anorexia nervosa and motherhood: reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. *Acta Psychiatr Scand*. mai 1988;77(5):611-7.
64. Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M. Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *Am J Obstet Gynecol*. oct 2014;211(4):392.e1-8.
65. Franko DL, Blais MA, Becker AE, Delinsky SS, Greenwood DN, Flores AT, et al. Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am J Psychiatry*. sept 2001;158(9):1461-6.
66. LAMAS, C., SHANKLAND, R., NICOLAS, I., Guelfi, JD. *Les Troubles des conduites alimentaires*. In Paris; (MASSON).
67. Berti C, Biesalski HK, Gärtner R, Lapillonne A, Pietrzik K, Poston L, et al. Micronutrients in pregnancy: current knowledge and unresolved questions. *Clin Nutr Edinb Scotl*. déc 2011;30(6):689-701.
68. Dörsam AF, Preißl H, Micali N, Lörcher SB, Zipfel S, Giel KE. The Impact of Maternal Eating Disorders on Dietary Intake and Eating Patterns during Pregnancy: A Systematic Review. *Nutrients*. avr 2019;11(4):840.
69. Abenhaim HA, Kinch RA, Morin L, Benjamin A, Usher R. Effect of prepregnancy body mass index categories on obstetrical and neonatal outcomes. *Arch Gynecol Obstet*. janv 2007;275(1):39-43.
70. Hofberg, K., & Ward, M. R. Fear of pregnancy and childbirth. 2003;(79):505-10.
71. Ward VB. Eating disorders in pregnancy. *BMJ*. 12 janv 2008;336(7635):93-6.
72. Bulik CM, Holle AV, Gendall K, Lie KK, Hoffman E, Mo X, et al. Maternal eating disorders influence sex ratio at birth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87(9):979-81.
73. Williams RJ, Gloster SP. Human sex ratio as it relates to caloric availability. *Soc Biol*. Fall-Winter 1992;39(3-4):285-91.
74. Rosenfeld CS, Grimm KM, Livingston KA, Brokman AM, Lamberson WE, Roberts RM. Striking variation in the sex ratio of pups born to mice according to whether maternal diet is high in fat or carbohydrate. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 15 avr 2003;100(8):4628-32.
75. Schieve LA, Cogswell ME, Scanlon KS, Perry G, Ferre C, Blackmore-Prince C, et al. Prepregnancy body mass index and pregnancy weight gain: associations with preterm delivery. The NMIHS Collaborative Study Group. *Obstet Gynecol*. août 2000;96(2):194-200.
76. Sollid CP, Wisborg K, Hjort J, Secher NJ. Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol*. janv 2004;190(1):206-10.
77. Brugere, S., Dallay, D., Horovitz, 1., Coppin, M., Riviere, 1., Gonnet, J. M., & Dubecq,, J. P. Anorexie nerveuse et grossesse. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*,. 1988;85-8.

78. Favaro A, Tenconi E, Santonastaso P. The relationship between obstetric complications and temperament in eating disorders: a mediation hypothesis. *Psychosom Med.* avr 2008;70(3):372-7.
79. Easter A, Taborelli E, Bye A, Zunszain PA, Pariante CM, Treasure J, et al. Perinatal hypothalamic-pituitary-adrenal axis regulation among women with eating disorders and their infants. *Psychoneuroendocrinology.* 2017;76:127-34.
80. Han Z, Lutsiv O, Mulla S, Rosen A, Beyene J, McDonald SD, et al. Low gestational weight gain and the risk of preterm birth and low birthweight: a systematic review and meta-analyses. *Acta Obstet Gynecol Scand.* sept 2011;90(9):935-54.
81. Ehrenberg HM, Dierker L, Milluzzi C, Mercer BM. Low maternal weight, failure to thrive in pregnancy, and adverse pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* déc 2003;189(6):1726-30.
82. Grande prématurité : faut-il s'intéresser à la corpulence maternelle ? - PDF Free Download [Internet]. kundoc.com. [cité 18 avr 2019]. Disponible sur: <https://kundoc.com/pdf-grande-prematurite-faut-il-sinteresser-a-la-corpulence-maternelle-.html>
83. Sebire NJ, Jolly M, Harris J, Regan L, Robinson S. Is maternal underweight really a risk factor for adverse pregnancy outcome? A population-based study in London. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* janv 2001;108(1):61-6.
84. Micali N, Stemann Larsen P, Strandberg-Larsen K, Nybo Andersen A-M. Size at birth and preterm birth in women with lifetime eating disorders: a prospective population-based study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* juill 2016;123(8):1301-10.
85. Doherty DA, Magann EF, Francis J, Morrison JC, Newnham JP. Pre-pregnancy body mass index and pregnancy outcomes. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* déc 2006;95(3):242-7.
86. La Merrill MA, Stein CR, Landrigan P, Engel SM, Savitz DA. Prepregnancy body mass index, smoking during pregnancy, and infant birth weight. *Ann Epidemiol.* juin 2011;21(6):413-20.
87. Abraham S, Mira M, Llewellyn-Jones D. Should ovulation be induced in women recovering from an eating disorder or who are compulsive exercisers? *Fertil Steril.* mars 1990;53(3):566-8.
88. James DC. Eating disorders, fertility, and pregnancy: relationships and complications. *J Perinat Neonatal Nurs.* sept 2001;15(2):36-48; quiz 2 p following 82.
89. Schneider L, Heard I, Bréart G, et al. Maigreur maternelle et grossesse. 1979;(36):1068-74.
90. Les troubles des conduites alimentaires - Anorexie, boulimie, obésité [Internet]. [cité 18 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.livres-medicaux.com/les-troubles-des-conduites-alimentaires-anorexie-boulimie-obesite.html>
91. Han Z, Mulla S, Beyene J, Liao G, McDonald SD, Knowledge Synthesis Group. Maternal underweight and the risk of preterm birth and low birth weight: a systematic review and meta-analyses. *Int J Epidemiol.* févr 2011;40(1):65-101.
92. Boriboonthirunsarn D. Prevalence and risk factors for inappropriate birth weight for gestational age. *Asian Biomed.* 1 oct 2015;9:637-42.

93. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet Lond Engl.* 1 févr 2003;361(9355):407-16.
94. Koubaa S, Hällström T, Hagenäs L, Hirschberg AL. Retarded head growth and neurocognitive development in infants of mothers with a history of eating disorders: longitudinal cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* oct 2013;120(11):1413-22.
95. Roseboom TJ, Painter RC, van Abeelen AFM, Veenendaal MVE, de Rooij SR. Hungry in the womb: what are the consequences? Lessons from the Dutch famine. *Maturitas.* oct 2011;70(2):141-5.
96. Goodman A, Heshmati A, Malki N, Koupil I. Associations between birth characteristics and eating disorders across the life course: findings from 2 million males and females born in Sweden, 1975-1998. *Am J Epidemiol.* 1 avr 2014;179(7):852-63.
97. Tenconi E, Santonastaso P, Monaco F, Favaro A. Obstetric complications and eating disorders: a replication study. *Int J Eat Disord.* mai 2015;48(4):424-30.
98. Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité - 9782294710247 | Elsevier Masson - Livres, ebooks, revues et traités EMC pour toutes spécialités médicales et paramédicales [Internet]. [cité 18 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/psychopathologie-de-la-perinatalite-et-de-la-parentalite-9782294710247.html>
99. Stewart DE, Raskin J, Garfinkel PE, MacDonald OL, Robinson GE. Anorexia nervosa, bulimia, and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* nov 1987;157(5):1194-8.
100. Infant of a Pregnancy Complicated by Anorexia Nervosa | JAMA Pediatrics | JAMA Network [Internet]. [cité 18 avr 2019]. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/511298>
101. Rand CS, Willis DC, Kuldau JM. Pregnancy after anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 1987;6(5):671-4.
102. Franko DL, Spurrell EB. Detection and management of eating disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol.* juin 2000;95(6 Pt 1):942-6.
103. Lacey JH, Smith G. Bulimia nervosa. The impact of pregnancy on mother and baby. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* juin 1987;150:777-81.
104. The impact of pregnancy on anorexia nervosa and bulimia - Lemberg - 1989 - International Journal of Eating Disorders - Wiley Online Library [Internet]. [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1098-108X%28198905%298%3A3%3C285%3A%3AAID-EAT2260080304%3E3.0.CO%3B2-P>
105. Lewis L, Grange D le. The experience and impact of pregnancy in bulimia nervosa: A series of case studies. *Eur Eat Disord Rev.* 1 juin 1994;2(2):93-105.
106. Patel P, Lee J, Wheatcroft R, Barnes J, Stein A. Concerns about body shape and weight in the postpartum period and their relation to women's self-identification. *J Reprod INFANT Psychol* [Internet]. 2005 [cité 22 avr 2019];23(4). Disponible sur: <https://ora.ox.ac.uk/objects/uuid:94e605c7-a720-4248-83fb-ceb43a3a676a>

107. Sara E. Shaffer, RN, MSN, Lauren P Hunter, CNM, PhD, FACNM, Gwen Anderson, RN, PhD. The Experience of Pregnancy for Women With a History of Anorexia or Bulimia Nervosa. *Can J Midwifery Res Pract.* 2008;Volume 7(1):17-30.
108. Achim J, Lafortune D, Laurier C, Jeamment P, Corcos M. Perspective de la maternité et troubles des conduites alimentaires : une exploration de l'univers de « l'avant-conception ». [/data/revues/00143855/v77i2/S0014385510000411/](#) [Internet]. 12 mai 2012 [cité 23 avr 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/713101>
109. Tierney S, Fox JRE, Butterfield C, Stringer E, Furber C. Treading the tightrope between motherhood and an eating disorder: A qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 1 oct 2011;48(10):1223-33.
110. Namir S, Melman KN, Yager J. Pregnancy in restrictor-type anorexia nervosa: A study of six women. *Int J Eat Disord.* 1986;5(5):837-45.
111. Delos-Santos DA. The experience of pregnancy and the development of maternal identity in women recovering from bulimia nervosa. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering.* 2005;
112. Abraham S, Taylor A, Conti J. Postnatal depression, eating, exercise, and vomiting before and during pregnancy. *Int J Eat Disord.* mai 2001;29(4):482-7.
113. Attitudes toward weight, body image, eating, menstruation, pregnancy, and sexuality in 81 cases of anorexia compared with 288 normal control school girls - Buvat-Herbaut - 1983 - *International Journal of Eating Disorders - Wiley Online Library* [Internet]. [cité 23 avr 2019]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1098-108X%28198322%292%3A4%3C45%3A%3AAID-EAT2260020409%3E3.0.CO%3B2-1>
114. Fuller-Tyszkiewicz M, Skouteris H, Watson BE, Hill B. Body dissatisfaction during pregnancy: a systematic review of cross-sectional and prospective correlates. *J Health Psychol.* nov 2013;18(11):1411-21.
115. Barbosa I. "Groupe poussette" : un espace d'écoute, de parole et d'échange dédié aux mères et femmes enceintes souffrant d'un TCA. *Carnet PSY.* 31 janv 2018;N° 213(1):23-7.
116. Vignalou J, Guédeney N. Quand les mères sont anorexiques. *Enfances Psy.* 19 nov 2007;n° 37(4):71-80.
117. Waugh E, Bulik CM. Offspring of women with eating disorders. *Int J Eat Disord.* mars 1999;25(2):123-33.
118. *Le corps insoumis - 2e édition* [Internet]. 2019 [cité 26 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/corps-insoumis-2e-edition-psychopathologie-troubles-conduites>
119. Perrin EM, Von Holle A, Zerwas S, Skinner AC, Reba-Harrelson L, Hamer RM, et al. Weight-for-length trajectories in the first year of life in children of mothers with eating disorders in a large Norwegian Cohort. *Int J Eat Disord.* mai 2015;48(4):406-14.
120. Micali N, Simonoff E, Stahl D, Treasure J. Maternal eating disorders and infant feeding difficulties: maternal and child mediators in a longitudinal general population study. *J Child Psychol Psychiatry.* juill 2011;52(7):800-7.

121. Andersen AE, Ryan GL. Eating disorders in the obstetric and gynecologic patient population. *Obstet Gynecol.* déc 2009;114(6):1353-67.
122. Larsson G, Andersson-Ellström A. Experiences of pregnancy-related body shape changes and of breast-feeding in women with a history of eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2003;11(2):116-24.
123. Hodes M, Timimi S, Robinson P. Children of Mothers with Eating Disorders: A Preliminary Study. *Eur Eat Disord Rev.* 1 mars 1997;5:11-24.
124. Barnes J, Stein A, Smith T, Pollock JI. Extreme attitudes to body shape, social and psychological factors and a reluctance to breast feed. ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. *J R Soc Med.* oct 1997;90(10):551-9.
125. Foster SF, Slade P, Wilson K. Body image, maternal fetal attachment, and breast feeding. *J Psychosom Res.* août 1996;41(2):181-4.
126. Brown A, Rance J, Warren L. Body image concerns during pregnancy are associated with a shorter breast feeding duration. *Midwifery.* janv 2015;31(1):80-9.
127. Johnston-Robledo I, Fred V. Self-Objectification and Lower Income Pregnant Women's Breastfeeding Attitudes1. *J Appl Soc Psychol.* 2008;38(1):1-21.
128. Blais MA, Becker AE, Burwell RA, Flores AT, Nussbaum KM, Greenwood DN, et al. Pregnancy: outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. *Int J Eat Disord.* mars 2000;27(2):140-9.
129. Torgersen L, Ystrom E, Haugen M, Meltzer HM, Holle AV, Berg CK, et al. Breastfeeding practice in mothers with eating disorders. *Matern Child Nutr.* 1 juill 2010;6(3):243-52.
130. Agras S, Hammer L, McNicholas F. A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *Int J Eat Disord.* 1999;25(3):253-62.
131. Elfhag K, Linné Y. Gender differences in associations of eating pathology between mothers and their adolescent offspring. *Obes Res.* juin 2005;13(6):1070-6.
132. Dugravier R. Dispositifs de soins en psychiatrie périnatale et troubles du comportement alimentaire. *Carnet PSY.* 31 janv 2018;N° 213(1):34-7.
133. Evans J, Le Grange D. Body size and parenting in eating disorders: A comparative study of the attitudes of mothers towards their children. *Int J Eat Disord.* 1 août 1995;18:39-48.
134. C H, JP K, C V, Michel L, HEYMANN C. Quel devenir pour les anorexiques mentales et leurs enfants? *Neuropsychiatr ENFANCE Adolesc.* 1993;5-6 vol 41:303-8.
135. Winnicott D-G. La préoccupation maternelle primaire (1956). De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot, Paris, 1969 : 285-291. Payot. Paris; 1969. 285-291 p.
136. Corcos M. Approche psychosomatique des conduites addictives alimentaires. *Dialogue.* 2005;no 169(3):97-109.

137. Ambivalence du désir d'enfant chez l'adolescente [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/292797940_Ambivalence_du_desir_d%27enfant_chez_l%27adolescente
138. Ward A, Ramsay R, Treasure J. Attachment research in eating disorders. *Br J Med Psychol.* mars 2000;73 (Pt 1):35-51.
139. Watson HJ, Torgersen L, Zerwas S, Reichborn-Kjennerud T, Knoph C, Stoltenberg C, et al. Eating Disorders, Pregnancy, and the Postpartum Period: Findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Nor Epidemiol Nor J Epidemiol.* 1 janv 2014;24(1-2):51-62.
140. Zachrisson HD, Skårderud F. Feelings of insecurity: review of attachment and eating disorders. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* mars 2010;18(2):97-106.
141. O'Shaughnessy R, Dallos R. Attachment research and eating disorders: a review of the literature. *Clin Child Psychol Psychiatry.* oct 2009;14(4):559-74.
142. Haedt A, Keel P. Maternal attachment, depression, and body dissatisfaction in pregnant women. *J Reprod Infant Psychol.* 1 nov 2007;25(4):285-95.
143. Koubaa S, Hällström T, Hirschberg AL. Early maternal adjustment in women with eating disorders. *Int J Eat Disord.* juill 2008;41(5):405-10.
144. FRANZEN, U. ; GERLINGHOFF, M. « Parenting by patients with eating disorders : experiences with a mother-child group », *Eat Disord.* 1997;5(1).
145. Fahy T, Treasure J. Children of mothers with bulimia nervosa. *BMJ.* 21 oct 1989;299(6706):1031.
146. Dayan J, Gérardin P, Rosenblum O. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. *EMC Obstétrique* [Internet]. 2014 [cité 1 mai 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/878315/troubles-psychiques-de-la-grossesse-et-du-post-par>
147. Micali N, Simonoff E, Treasure J. Infant feeding and weight in the first year of life in babies of women with eating disorders. *J Pediatr.* janv 2009;154(1):55-60.e1.
148. Scourfield J. Anorexia by proxy: Are the children of anorexic mothers an at-risk group? *Int J Eat Disord.* 1995;18(4):371-4.
149. Russell GFM, Treasure J, Eisler I. Mothers with anorexia nervosa who underfeed their children: their recognition and management. *Psychol Med.* janv 1998;28(1):93-108.
150. Honjo S. A mother's complaints of overeating by her 25-month-old daughter: A proposal of anorexia nervosa by proxy. *Int J Eat Disord.* 1996;20(4):433-7.
151. Stitt N, Reupert A. Mothers with an eating disorder: « food comes before anything ». *J Psychiatr Ment Health Nurs.* août 2014;21(6):509-17.
152. Reba-Harrelson L, Von Holle A, Hamer RM, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM. Patterns of maternal feeding and child eating associated with eating disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Eat Behav.* janv 2010;11(1):54-61.

153. Astrachan-Fletcher E, Veldhuis C, Lively N, Fowler C, Marcks B. The reciprocal effects of eating disorders and the postpartum period: a review of the literature and recommendations for clinical care. *J Womens Health* 2002. mars 2008;17(2):227-39.
154. Blissett J, Haycraft E. Parental eating disorder symptoms and observations of mealtime interactions with children. *J Psychosom Res.* avr 2011;70(4):368-71.
155. Stein A, Woolley H, McPherson K. Conflict between mothers with eating disorders and their infants during mealtimes. *Br J Psychiatry.* nov 1999;175(5):455-61.
156. Timimi S, Robinson P. Disturbances in Children of Patients with Eating Disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 1996;4(3):183-8.
157. Park S, M Sappenfield W, Bish C, Salihu H, Goodman D, M Bensyl D. Assessment of the Institute of Medicine Recommendations for Weight Gain During Pregnancy: Florida, 2004–2007. *Matern Child Health J.* 1 mars 2010;15:289-301.
158. Stein A, Woolley H, Cooper SD, Fairburn CG. An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *J Child Psychol Psychiatry.* mai 1994;35(4):733-48.
159. Abraham S. Obstetricians and maternal body weight and eating disorders during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* sept 2001;22(3):159-63.
160. Park RJ, Senior R, Stein A. The offspring of mothers with eating disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2003;12 Suppl 1:110-119.
161. Patel P, Wheatcroft R, Park RJ, Stein A. The children of mothers with eating disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev.* mars 2002;5(1):1-19.
162. Meads C, Gold L, Burls A. How effective is outpatient care compared to inpatient care for the treatment of anorexia nervosa? a systematic review. *Eur Eat Disord Rev.* 2001;9(4):229-41.
163. Stein A, Woolley H, Murray L, Cooper P, Cooper S, Noble F, et al. Influence of psychiatric disorder on the controlling behaviour of mothers with 1-year-old infants. A study of women with maternal eating disorder, postnatal depression and a healthy comparison group. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* août 2001;179:157-62.
164. Woodside DB, Shekter-Wolfson LF. Parenting by patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 1990;9(3):303-9.
165. van Wezel-Meijler G, Wit JM. The offspring of mothers with anorexia nervosa: a high-risk group for undernutrition and stunting? *Eur J Pediatr.* nov 1989;149(2):130-5.
166. HUERRE P, RENARD L. Parents et adolescents : des interactions au fil du temps [Internet]. Toulouse: *Ã©rÃ©s*; 2001. 164 p. Disponible sur: http://bsf.spp.asso.fr/index.php?lvl=notice_display&id=76602
167. Ammaniti M, Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F. Transmission intergénérationnelle : troubles alimentaires de l'enfance et psychopathologie maternelle. *Devenir.* 2004;Vol. 16(3):173-98.
168. Griffiths RA, Beumont PJV, Beumont D, Touyz SW, Williams H, Lowinger K. Anorexia à deux: An ominous sign for recovery. *Eur Eat Disord Rev.* 1 mars 1995;3(1):2-14.

169. Zerwas S, Von Holle A, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Stoltenberg C, Bulik CM. Maternal Eating Disorders and Infant Temperament: Findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Int J Eat Disord*. mai 2012;45(4):546-55.
170. Agbokou C, Ferreri F, Nuss P, Peretti C-S. Clinique des dépressions maternelles postnatales. *Datatraitesps37-56087* [Internet]. 19 juill 2011 [cité 4 mai 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/299633#>
171. Easter A, Treasure J, Micali N. Fertility and prenatal attitudes towards pregnancy in women with eating disorders: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. nov 2011;118(12):1491-8.
172. ESHRE Capri Workshop Group. Nutrition and reproduction in women. *Hum Reprod Update*. juin 2006;12(3):193-207.
173. Management of eating disorders during pregnancy - Micali - 2010 - Progress in Neurology and Psychiatry - Wiley Online Library [Internet]. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pnp.158>
174. Davies K, Wardle J. Body image and dieting in pregnancy. *J Psychosom Res*. nov 1994;38(8):787-99.
175. Crow SJ, Keel PK, Thuras P, Mitchell JE. Bulimia symptoms and other risk behaviors during pregnancy in women with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. sept 2004;36(2):220-3.
176. Carter FA, McIntosh VVW, Joyce PR, Frampton CM, Bulik CM. Bulimia nervosa, childbirth, and psychopathology. *J Psychosom Res*. oct 2003;55(4):357-61.
177. Stein A, Fairburn CG. Eating habits and attitudes in the postpartum period. *Psychosom Med*. août 1996;58(4):321-5.
178. von Soest T, Wichstrøm L. The impact of becoming a mother on eating problems. *Int J Eat Disord*. avr 2008;41(3):215-23.
179. Fogarty S, Elmir R, Hay P, Schmied V. The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: a meta-ethnographic study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2 mai 2018;18(1):121.
180. Clark A, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: a prospective study. *J Health Psychol*. janv 2009;14(1):27-35.
181. Clark M, Ogden J. The impact of pregnancy on eating behaviour and aspects of weight concern. *Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes*. janv 1999;23(1):18-24.
182. Mitchell JE, Seim HC, Glotter D, Soll EA, Pyle RL. A retrospective study of pregnancy in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 1 mars 1991;10(2):209-14.
183. Hollifield J, Hobdy J. The course of pregnancy complicated by bulimia. *Psychother Theory Res Pract Train*. 1990;27(2):249-55.

184. Claydon EA, Davidov DM, Zullig KJ, Lilly CL, Cottrell L, Zerwas SC. Waking up every day in a body that is not yours: a qualitative research inquiry into the intersection between eating disorders and pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 29 nov 2018;18(1):463.
185. Stringer E, Tierney S, Fox JR, Butterfield C, Furber C. Pregnancy, motherhood and eating disorders: A qualitative study describing women's views of maternity care. *Evid-Based Midwifery*. nov 2010;8(4):112-21.
186. Balsan G, van Effenterre A, Corcos M. La femme, les troubles des conduites alimentaires et le gynécologue. :4.
187. Conrad R, Schablewski J, Schilling G, Liedtke R. Worsening of symptoms of bulimia nervosa during pregnancy. *Psychosomatics*. févr 2003;44(1):76-8.
188. Abraham S. Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years. *J Psychosom Res*. avr 1998;44(3-4):491-502.
189. Crow SJ, Agras WS, Crosby R, Halmi K, Mitchell JE. Eating disorder symptoms in pregnancy: a prospective study. *Int J Eat Disord*. avr 2008;41(3):277-9.
190. The obstetric experience in primigravida anorexic and bulimic women - Some preliminary observations | Request PDF [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/232600158_The_obstetric_experience_in_primigravida_anorexic_and_bulimic_women_-_Some_preliminary_observations
191. Takimoto H, Mitsuishui C. Attitudes toward pregnancy related changes and self-judged dieting behavior. *Asia Pac J Clin Nutr*. 1 janv 2011;20(2):212-9.
192. Balsan G, Milan C, Mutel-Laporte N. Les fruits de la liaison maternité-psy. Prémises d'une psychiatrie périnatale auprès des femmes enceintes souffrant de TCA. *Carnet PSY*. 31 janv 2018;N° 213(1):27-34.
193. Corcos M, Cayol V. L'aménorrhée dans les troubles des conduites alimentaires : réalité et fantasmes. *Real Gynecol Obstet*. 2000;(48):34-7.
194. Corcos M. Le féminin et le maternel dans l'anorexie mentale, une passivité créatrice : ceci n'est pas une femme. *L'Évolution Psychiatr*. 1 avr 2003;68(2):233-47.
195. Lachcar P. Ambivalence du désir d'enfant chez l'adolescente. *Gynecol Psychosom*. 1991;5-8.
196. Corcos M. Le corps absent : approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires. In Paris: Dunod; 2000.
197. Achim J, Lafortune D, Laurier C, Jeammet P, Corcos M. Perspective de la maternité et troubles des conduites alimentaires : une exploration de l'univers de « l'avant-conception ». *L'Évolution Psychiatr*. 1 avr 2012;77(2):247-64.
198. Picard A. De l'expérience subjective de la maternité dans les troubles du comportement alimentaire: une étude qualitative. 2012.
199. Swan S, Andrews B. The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment. *Br J Clin Psychol*. nov 2003;42(Pt 4):367-78.

200. Stewart DE, Robinson E, Goldbloom DS, Wright C. Infertility and eating disorders. *Am J Obstet Gynecol.* oct 1990;163(4 Pt 1):1196-9.
201. Tuval-Mashiach R, Ram A, Shapiro T, Shenhav S, Gur E. Negotiating maternal identity: mothers with eating disorders discuss their coping. *Eat Disord.* 2013;21(1):37-52.
202. Ferreri M, Ferreri F, Nuss P. *La dépression au féminin.* John Libbey Eurotext; 2003. 156 p.
203. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol.* avr 1989;57(2):269-74.
204. Godart NT, Flament MF, Perdereau F, Jeammet P. Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. *Int J Eat Disord.* nov 2002;32(3):253-70.
205. Godart N, Berthoz S, Rein Z, Perdereau F, Lang F, Venisse J-L, et al. Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of anorexia nervosa and bulimia? *Int J Eat Disord.* déc 2006;39(8):772-8.
206. Keel PK, Klump KL, Miller KB, McGue M, Iacono WG. Shared transmission of eating disorders and anxiety disorders. *Int J Eat Disord.* sept 2005;38(2):99-105.
207. Wade TD, Bulik CM, Neale M, Kendler KS. Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors. *Am J Psychiatry.* mars 2000;157(3):469-71.
208. Green MA, Scott NA, Hallengren J, Davids C. Depression as a Function of Eating Disorder Diagnostic Status and Gender. *Eat Disord.* 29 sept 2009;17(5):409-21.
209. Masson E. La comorbidité psychiatrique de l'anorexie mentale : une étude comparative chez une population de patients anorexiques français et grecs [Internet]. EM-Consulte. [cité 26 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1255251/article/la-comorbidite-psychiatrique-de-l-anorexie-mentale>
210. Valentin M, Radon L, Duclos J, Curt F, Godart N. Troubles bipolaires et anorexie mentale : une étude clinique. /data/revues/00137006/unassign/S0013700617302233/ [Internet]. 22 juin 2018 [cité 26 mai 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/1223193>
211. 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.* 1 juin 2011;131(1):150-7.
212. Mazzeo SE, Slof-Op't Landt MCT, Jones I, Mitchell K, Kendler KS, Neale MC, et al. Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *Int J Eat Disord.* avr 2006;39(3):202-11.
213. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol.* avr 2004;103(4):698-709.
214. Holt WJ. The detection of postnatal depression in general practice using the Edinburgh postnatal depression scale. *N Z Med J.* 22 févr 1995;108(994):57-9.

215. Pop VJ, Essed GG, de Geus CA, van Son MM, Komproe IH. Prevalence of post partum depression--or is it post-puerperium depression? *Acta Obstet Gynecol Scand.* juill 1993;72(5):354-8.
216. Pitt B. « Atypical » depression following childbirth. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* nov 1968;114(516):1325-35.
217. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ.* 4 août 2001;323(7307):257-60.
218. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis: *International Review of Psychiatry: Vol 8, No 1* [Internet]. [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09540269609037816>
219. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* juin 1987;150:782-6.
220. Dayan J, Creveuil C, Dreyfus M, Herlicoviez M, Baleyte J-M, O'Keane V. Developmental model of depression applied to prenatal depression: role of present and past life events, past emotional disorders and pregnancy stress. *PloS One.* 22 sept 2010;5(9):e12942.
221. Morgan JF, Lacey JH, Sedgwick PM. Impact of pregnancy on bulimia nervosa. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* févr 1999;174:135-40.
222. Meltzer-Brody S, Zerwas S, Leserman J, Holle AV, Regis T, Bulik C. Eating Disorders and Trauma History in Women with Perinatal Depression. *J Womens Health.* juin 2011;20(6):863-70.
223. Harris AA. Practical advice for caring for women with eating disorders during the perinatal period. *J Midwifery Womens Health.* déc 2010;55(6):579-86.
224. Dayan J, Creveuil C, Marks MN, Conroy S, Herlicoviez M, Dreyfus M, et al. Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosom Med.* déc 2006;68(6):938-46.
225. Duncombe D, Wertheim EH, Skouteris H, Paxton SJ, Kelly L. How well do women adapt to changes in their body size and shape across the course of pregnancy? *J Health Psychol.* mai 2008;13(4):503-15.
226. Rauff EL, Downs DS. Mediating effects of body image satisfaction on exercise behavior, depressive symptoms, and gestational weight gain in pregnancy. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med.* déc 2011;42(3):381-90.
227. Sweeney AC, Fingerhut R. Examining relationships between body dissatisfaction, maladaptive perfectionism, and postpartum depression symptoms. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN.* oct 2013;42(5):551-61.
228. Dayan J, Baleyte J M. Les dépressions périnatales : évaluer et traiter,. In: éd. Masson. Paris; 2008. p. 21-43.
229. Godart NT, Perdereau F, Curt F, Rein Z, Lang F, Venisse JL, et al. Is major depressive episode related to anxiety disorders in anorexics and bulimics? *Compr Psychiatry.* avr 2006;47(2):91-8.

230. Lemperière T, Rouillon F, Lepine JD,. Troubles psychiques liés à la puerpéralité,. In: [Article 37-600-A-10]. 1984. (EMC-Psychiatrie; vol. 7).
231. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* janv 1984;144:35-47.
232. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* févr 1995;166(2):191-5.
233. Gjerdingen D, Fontaine P, Crow S, McGovern P, Center B, Miner M. Predictors of Mothers' Postpartum Body Dissatisfaction. *Women Health.* sept 2009;49(6):491-504.
234. Silveira ML, Ertel KA, Dole N, Chasan-Taber L. The role of body image in prenatal and postpartum depression: a critical review of the literature. *Arch Womens Ment Health.* juin 2015;18(3):409-21.
235. Dr Amanda Tetley*, Dr Nima G. Moghaddam, Dr David L. Dawson & Dr Mike Rennoldson. Parental bonding and eating disorders: A systematic review.
236. Barbin JM, Williamson DA, Stewart TM, Reas DL, Thaw JM, Guarda AS. Psychological adjustment in the children of mothers with a history of eating disorders. *Eat Weight Disord EWD.* mars 2002;7(1):32-8.
237. Murray L. The Impact of Postnatal Depression on Infant Development. *J Child Psychol Psychiatry.* 1992;33(3):543-61.
238. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Rådestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Women's Ment Health.* 1 juin 2005;8(2):97-104.
239. Gerardin P, Wendland J, Bodeau N, Galin A, Bialobos S, Tordjman S, et al. Depression during pregnancy: is the developmental impact earlier in boys? A prospective case-control study. *J Clin Psychiatry.* mars 2011;72(3):378-87.
240. Barona M, Taborelli E, Corfield F, Pawlby S, Easter A, Schmidt U, et al. Neurobehavioural and cognitive development in infants born to mothers with eating disorders. *J Child Psychol Psychiatry.* août 2017;58(8):931-8.
241. Easter A, Howe LD, Tilling K, Schmidt U, Treasure J, Micali N. Growth trajectories in the children of mothers with eating disorders: a longitudinal study. *BMJ Open.* 27 mars 2014;4(3):e004453.
242. Kothari R, Rosinska M, Treasure J, Micali N. The early cognitive development of children at high risk of developing an eating disorder. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* mars 2014;22(2):152-6.
243. Tarantal AF, Berglund L. Obesity and Lifespan Health—Importance of the Fetal Environment. *Nutrients.* 24 avr 2014;6(4):1725-36.
244. Babenko O, Kovalchuk I, Metz GAS. Stress-induced perinatal and transgenerational epigenetic programming of brain development and mental health. *Neurosci Biobehav Rev.* janv 2015;48:70-91.

245. Micali N, De Stavola B, Ploubidis GB, Simonoff E, Treasure J. The effects of maternal eating disorders on offspring childhood and early adolescent psychiatric disorders. *Int J Eat Disord.* mai 2014;47(4):385-93.
246. Brouwers EPM, van Baar AL, Pop VJM. Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. *Infant Behav Dev.* 2001;24(1):95-106.
247. Laplante DP, Barr RG, Brunet A, Galbaud du Fort G, Meaney ML, Saucier J-F, et al. Stress during pregnancy affects general intellectual and language functioning in human toddlers. *Pediatr Res.* sept 2004;56(3):400-10.
248. GUEDENEY, N. ; JEAMMET, P. « Les nourrissons de mères anorexiques », In: Prisme. 2000.
249. Gluckman PD, Hanson MA. Living with the past: evolution, development, and patterns of disease. *Science.* 17 sept 2004;305(5691):1733-6.
250. Seckl JR. Glucocorticoids, developmental « programming » and the risk of affective dysfunction. *Prog Brain Res.* 2008;167:17-34.
251. O'Connor TG, Ben-Shlomo Y, Heron J, Golding J, Adams D, Glover V. Prenatal anxiety predicts individual differences in cortisol in pre-adolescent children. *Biol Psychiatry.* 1 août 2005;58(3):211-7.
252. Micali N, Al Essimii H, Field AE, Treasure J. Pregnancy loss of control over eating: a longitudinal study of maternal and child outcomes. *Am J Clin Nutr.* 1 juill 2018;108(1):101-7.
253. Kolko RP, Salk RH, Sweeny GM, Marcus MD, Levine MD. Mothers' loss of control over eating during pregnancy in relation to their infants' appetitive traits. *Appetite.* 01 2018;120:1-5.
254. Jr CHZ. *Handbook of Infant Mental Health.* Guilford Press; 2012. 642 p.
255. CHATOOR I.: « Feeding and other disorders of infancy or early childhood », In: in *Psychiatry* WB Saunders. Philadelphia,; 1996. p. p.638-701.
256. Chmurzynska A. Fetal programming: link between early nutrition, DNA methylation, and complex diseases. *Nutr Rev.* févr 2010;68(2):87-98.
257. Culbert KM, Racine SE, Klump KL. Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *J Child Psychol Psychiatry.* nov 2015;56(11):1141-64.
258. Waterland RA, Michels KB. Epigenetic epidemiology of the developmental origins hypothesis. *Annu Rev Nutr.* 2007;27:363-88.
259. Heijmans BT, Tobi EW, Stein AD, Putter H, Blauw GJ, Susser ES, et al. Persistent epigenetic differences associated with prenatal exposure to famine in humans. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 4 nov 2008;105(44):17046-9.
260. Van den Bergh BRH, Mulder EJH, Mennes M, Glover V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neurosci Biobehav Rev.* avr 2005;29(2):237-58.

261. Van den Bergh BRH, Marcoen A. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds. *Child Dev.* août 2004;75(4):1085-97.
262. Converse AK, Moore CF, Moirano JM, Ahlers EO, Larson JA, Engle JW, et al. Prenatal stress induces increased striatal dopamine transporter binding in adult nonhuman primates. *Biol Psychiatry.* 1 oct 2013;74(7):502-10.
263. Bergman K, Sarkar P, Glover V, O'Connor TG. Maternal Prenatal Cortisol and Infant Cognitive Development: Moderation by Infant-Mother Attachment. *Biol Psychiatry.* 1 juin 2010;67(11):1026-32.
264. Winnicott D-W. *Psychose et soins maternels* (1952). De la pédiatrie à la psychanalyse,. In: Payot,. Paris,; 1969. p. 187-97.
265. Winnicott D-W. *Jeu et réalité*,. Gallimard,. Paris; 1975. 154 p.
266. Lessana. *Entre mère et fille : Un ravage* [Internet]. Hachette. [cité 11 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.babelio.com/livres/Lessana-Entre-mere-et-fille--Un-ravage/9666>
267. Barona M, Nybo Andersen A-M, Micali N. Childhood psychopathology in children of women with eating disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2016;134(4):295-304.
268. Leinonen JA, Solantaus TS, Punamäki R-L. Parental mental health and children's adjustment: the quality of marital interaction and parenting as mediating factors. *J Child Psychol Psychiatry.* févr 2003;44(2):227-41.
269. Haycraft E, Blissett J. Eating disorder symptoms and parenting styles. *Appetite.* févr 2010;54(1):221-4.
270. *Maternal Characteristics and Toddler Temperament in Infantile Anorexia - Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* [Internet]. [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(09\)66244-4/abstract](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(09)66244-4/abstract)
271. Stein A, Murray L, Cooper P, Fairburn CG. Infant growth in the context of maternal eating disorders and maternal depression: a comparative study. *Psychol Med.* mai 1996;26(3):569-74.
272. Lamas C, Nicolas I, Alvarez L, Hofmann M, Buisson G, Gerardin P, et al. Troubles des conduites alimentaires maternels en période périnatale : un enjeu de prévention des troubles précoces du développement et de la parentalité. *Datatraitesps37-64660* [Internet]. 27 juin 2014 [cité 9 mai 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/905301>
273. Léonard T, Foulon C, Guelfi J-D. Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. *EMC - Psychiatr.* 1 avr 2005;2(2):96-127.
274. Krug I, Taborelli E, Sallis H, Treasure J, Micali N. A systematic review of obstetric complications as risk factors for eating disorder and a meta-analysis of delivery method and prematurity. *Physiol Behav.* 17 janv 2013;109:51-62.
275. Davis EP, Sandman CA. The Timing of Prenatal Exposure to Maternal Cortisol and Psychosocial Stress is Associated with Human Infant Cognitive Development. *Child Dev.* janv 2010;81(1):131-48.

276. Ornoy A. Prenatal origin of obesity and their complications: Gestational diabetes, maternal overweight and the paradoxical effects of fetal growth restriction and macrosomia. *Reprod Toxicol Elmsford N.* sept 2011;32(2):205-12.
277. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am J Psychiatry.* mars 2000;157(3):393-401.
278. Little L, Lowkes E. Critical issues in the care of pregnant women with eating disorders and the impact on their children. *J Midwifery Womens Health.* août 2000;45(4):301-7.
279. Cooper PJ, Whelan E, Woolgar M, Morrell J, Murray L. Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: role of the family environment. *Br J Psychiatry.* mars 2004;184(3):210-5.
280. Stein A, Woolley H, Cooper S, Winterbottom J, Fairburn CG, Cortina-Borja M. Eating habits and attitudes among 10-year-old children of mothers with eating disorders: longitudinal study. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* oct 2006;189:324-9.
281. Taborelli E, Krug I, Karwautz A, Wagner G, Haidvogel M, Fernandez-Aranda F, et al. Maternal Anxiety, Overprotection and Anxious Personality as Risk Factors for Eating Disorder: A Sister Pair Study. *Cogn Ther Res.* août 2013;37(4):820-8.
282. Bruch H. *Les yeux et le ventre.* Payot. Paris; 1973.
283. Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B. Early feeding problems in a normal population. *Int J Eat Disord.* 1991;10(4):395-405.
284. Hubin-Gayte M. Troubles des conduites alimentaires et maternité : analyse de forums sur Internet. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 déc 2011;169(10):615-20.
285. Hill AJ, Weaver C, Blundell JE. Dieting concerns of 10-year-old girls and their mothers. *Br J Clin Psychol.* 1 sept 1990;29(3):346-8.
286. Steiger H, Stotland S, Trottier J, Ghadirian AM. Familial eating concerns and psychopathological traits: causal implications of transgenerational effects. *Int J Eat Disord.* mars 1996;19(2):147-57.
287. Coulthard H, Blissett J, Harris G. The relationship between parental eating problems and children's feeding behavior: a selective review of the literature. *Eat Behav.* mai 2004;5(2):103-15.
288. O'Connor TG, Heron J, Glover V, Alspac Study Team. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* déc 2002;41(12):1470-7.
289. Kapoor A, Dunn E, Kostaki A, Andrews MH, Matthews SG. Fetal programming of hypothalamo-pituitary-adrenal function: prenatal stress and glucocorticoids. *J Physiol.* 1 avr 2006;572(Pt 1):31-44.
290. Shoebridge PJ, Gowers SG. Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa: A case-control study to investigate direction of causality. *Br J Psychiatry.* 2000;176(2):132-7.

291. Blair MM, Glynn LM, Sandman CA, Davis EP. Prenatal maternal anxiety and early childhood temperament. *Stress Amst Neth.* nov 2011;14(6):644-51.
292. Kotler LA, Cohen P, Davies M, Pine DS, Walsh BT. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* déc 2001;40(12):1434-40.
293. Bye A, Mackintosh N, Sandall J, Easter A, Walker M. Supporting women with eating disorders during pregnancy and the postnatal period. *J Health Visit [Internet].* 14 mai 2018 [cité 27 mai 2019]; Disponible sur: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/johv.2018.6.5.224>
294. Peipert JF . . Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23168752>
295. Dellava JE, Von Holle A, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Haugen M, Meltzer HM, et al. Dietary supplement use immediately before and during pregnancy in Norwegian women with eating disorders. *Int J Eat Disord.* mai 2011;44(4):325-32.
296. Morgan J. Eating disorders and gynecology, knowledge and attitudes among clinicians. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1 janv 1999;78(3):233-9.
297. Bansil P, Kuklina EV, Whiteman MK, Kourtis AP, Posner SF, Johnson CH, et al. Eating disorders among delivery hospitalizations: Prevalence and outcomes. *J Womens Health.* 2008;17(9):1523-8.
298. Leddy MA, Jones C, Morgan MA, Schulkin J. Eating disorders and obstetric-gynecologic care. *J Womens Health* 2002. sept 2009;18(9):1395-401.
299. Abraham S, Llewellyn-Jones D. *Eating Disorders: The Facts.* Oxford University Press; 2001. 332 p.
300. Knowledge, attitudes, and intervention for pregnant women with eating disorders: A survey of obstetrician -gynecologists - ProQuest [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <https://search.proquest.com/openview/e19cc296d7b0c27e77c7a924866206df/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
301. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ.* 4 déc 1999;319(7223):1467-8.
302. Muro-Sans P, Amador-Campos JA, Morgan JF. The SCOFF-c: psychometric properties of the Catalan version in a Spanish adolescent sample. *J Psychosom Res.* janv 2008;64(1):81-6.
303. Hill LS, Reid F, Morgan JF, Lacey JH. SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. *Int J Eat Disord.* mai 2010;43(4):344-51.
304. Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Solano V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res.* août 2005;59(2):51-5.

305. Noma S, Nakai Y, Hamagaki S, Uehara M, Hayashi A, Hayashi T. Comparison between the SCOFF Questionnaire and the Eating Attitudes Test in patients with eating disorders. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2006;10(1):27-32.
306. Newton MS, Chizawsky LLK. Treating vulnerable populations: the case of eating disorders during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* mars 2006;27(1):5-7.
307. Zerbe KJ. Eating disorders in the 21st century: identification, management, and prevention in obstetrics and gynecology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* avr 2007;21(2):331-43.
308. La Santé de l'homme n° 394- Anorexie, boulimie : prévenir, éduquer, soigner" [Internet]. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/394/01.htm>
309. BADER M, MAZET P, PIERREHUMBERT B, et al. Composantes transgénérationnelles dans les toxicomanies et les troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. *Psychiatr Enf.* 2004;XLVII:393-441.
310. Franko DL, Walton BE. Pregnancy and eating disorders: a review and clinical implications. *Int J Eat Disord.* janv 1993;13(1):41-7.
311. Whitehouse PJ, Harris G. The inter-generational transmission of eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 1 déc 1998;6(4):238-54.
312. Stringer EC, Furber C. Eating disorders in pregnancy: practical considerations for the midwife. *Br J Midwifery.* 2 mars 2019;27(3):146-50.
313. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de santé. Boulimie et hyperphagie boulimique :Repérage et éléments généraux de prise en charge en vue d'une recommandation de bonne pratique [Brochure]. [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/rbp_cadrage_boulimie_mel.pdf
314. Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A, Dawn A, McCullin M. Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: a controlled study. *J Clin Psychiatry.* févr 1999;60(2):130-5; quiz 135-7.
315. Szwajcer EM, Hiddink GJ, Koelen MA, van Woerkum CMJ. Nutrition-related information-seeking behaviours before and throughout the course of pregnancy: consequences for nutrition communication. *Eur J Clin Nutr.* août 2005;59 Suppl 1:S57-65.
316. Mitchell AM, Bulik CM. Eating Disorders and Women's Health: An Update. *J Midwifery Womens Health.* 1 mai 2006;51(3):193-201.
317. Mitchell-Gielegem A, Mittelstaedt ME, Bulik CM. Eating disorders and childbearing: concealment and consequences. *Birth Berkeley Calif.* sept 2002;29(3):182-91.
318. Haute Autorité de Santé - Anorexie mentale : prise en charge [Internet]. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge
319. AFDAS-TCA. LIVRE BLANC Des professionnels (AFDAS-TCA) et des usagers (FNA-TCA) confrontés aux troubles des conduites alimentaires. Les troubles des conduites alimentaires : un problème de santé publique. 2013.

320. FFAB - Les TCA ? [Internet]. [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ffab.fr/>
321. OMS | Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive [Internet]. [cité 11 mai 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/fr/
322. Haute Autorité de Santé - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. [cité 16 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
323. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2005;34(5):513.
324. La nutrition avant et pendant la grossesse - Ressources pour les professionnels de santé - Manger Bouger Professionnel [Internet]. [cité 16 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.mangerbouger.fr/pro/sante/alimentation-19/informer-et-accompagner-ses-patients/la-nutrition-avant-et-pendant-la-grossesse.html>
325. Morrill ES, Nickols-Richardson HM. Bulimia nervosa during pregnancy: a review. J Am Diet Assoc. avr 2001;101(4):448-54.
326. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? Int J Eat Disord. déc 1994;16(4):363-70.
327. Fornari V, Dancyger I, Renz J, Skolnick R, Rochelson B. Eating disorders and pregnancy: Proposed treatment guidelines for obstetricians and gynecologists. Open J Obstet Gynecol. 2014;04(02):90-4.
328. DeWeese RS, Todd M, Karpyn A, Yedidia MJ, Kennedy M, Bruening M, et al. Healthy store programs and the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC), but not the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), are associated with corner store healthfulness. Prev Med Rep. 29 juin 2016;4:256-61.
329. Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) | USDA-FNS [Internet]. [cité 16 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.fns.usda.gov/wic/women-infants-and-children>
330. Mollart L. A weight off my mind: the abandonment of routine antenatal weighing a change of practice research. Aust Coll Midwives Inc J. sept 1999;12(3):26-31.
331. Rollans M, Schmied V, Kemp L, Meade T. Digging over that old ground: an Australian perspective of women's experience of psychosocial assessment and depression screening in pregnancy and following birth. BMC Womens Health. 9 avr 2013;13:18.
332. Ichikawa K, Fujiwara T, Nakayama T. Effectiveness of Home Visits in Pregnancy as a Public Health Measure to Improve Birth Outcomes. PloS One. 2015;10(9):e0137307.
333. Site internet du CERMEP / Plateaux techniques / MEG / Pour en savoir plus... [Internet]. [cité 28 mai 2019]. Disponible sur: https://www.cermep.fr/ged.php?login=vvv&catagenda=678404593d4722c&pk_organ=9&pkcat=eg=302

334. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 1 févr 2007;61(3):348-58.
335. Preti A, Girolamo G de, Vilagut G, Alonso J, Graaf R de, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res*. sept 2009;43(14):1125-32.
336. Machado PPP, Machado BC, Gonçalves S, Hoek HW. The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord*. avr 2007;40(3):212-7.
337. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*. juill 2011;68(7):714-23.
338. Stice E, Marti CN, Shaw H, Jaconis M. An 8-Year Longitudinal Study of the Natural History of Threshold, Subthreshold, and Partial Eating Disorders from a Community Sample of Adolescents. *J Abnorm Psychol*. août 2009;118(3):587-97.
339. Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *J Abnorm Psychol*. mai 2013;122(2):445-57.
340. Aardoom JJ, Dingemans AE, Slof Op't Landt MCT, Van Furth EF. Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eat Behav*. déc 2012;13(4):305-9.
341. Pettersson CB, Zandian M, Clinton D. Eating disorder symptoms pre- and postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(4):675-80.
342. The development and validation of the body shape questionnaire - Cooper - 1987 - *International Journal of Eating Disorders* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 14 mai 2019]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1098-108X%28198707%296%3A4%3C485%3A%3AAID-EAT2260060405%3E3.0.CO%3B2-O>
343. Stunkard AJ, Sørensen T, Schulsinger F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. *Res Publ - Assoc Res Nerv Ment Dis*. 1983;60:115-20.
344. Cooper Z, Fairburn C. Eating Disorder Examination [Internet]. *American Psychological Association*; 2011 [cité 14 mai 2019]. Disponible sur: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/t03975-000>
345. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders* [Internet]. Leicester (UK): British Psychological Society (UK); 2004 [cité 18 mai 2019]. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49304/>
346. Wilson GT, Shafran R. Eating disorders guidelines from NICE. *Lancet Lond Engl*. 1 janv 2005;365(9453):79-81.
347. Overview | Eating disorders: recognition and treatment | Guidance | NICE [Internet]. [cité 26 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>

348. Royal College of Psychiatrists. "Eating disorders in the UK: service distribution, service development and training. Report from the Royal College of Psychiatrists "Section of Eating Disorders" 2012; 2012.
349. Eating Disorders in Scotland - A Patient's Guide [Internet]. [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: http://www.healthcareimprovementscotland.org/previous_resources/best_practice_statement/eating_disorders_-_guide.aspx
350. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet Lond Engl*. 13 févr 2010;375(9714):583-93.
351. Herpertz S, Hagenah U, Vocks S, von Wietersheim J, Cuntz U, Zeeck A. The Diagnosis and Treatment of Eating Disorders. *Dtsch Ärztebl Int*. oct 2011;108(40):678-85.
352. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Espanya, Ministerio de Sanidad y Consumo, Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria: versión resumida. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009.
353. AMA [Internet]. American Medical Association. [cité 18 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ama-assn.org/search>
354. American Psychiatric Association. Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. juill 2006;163(7 Suppl):4-54.
355. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, Herzog DB, Mitchell JE, Powers P, et al. Guideline Watch (August 2012): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders, 3rd Edition. *FOCUS*. janv 2014;12(4):416-31.
356. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. 2014;48:62.

Annexes

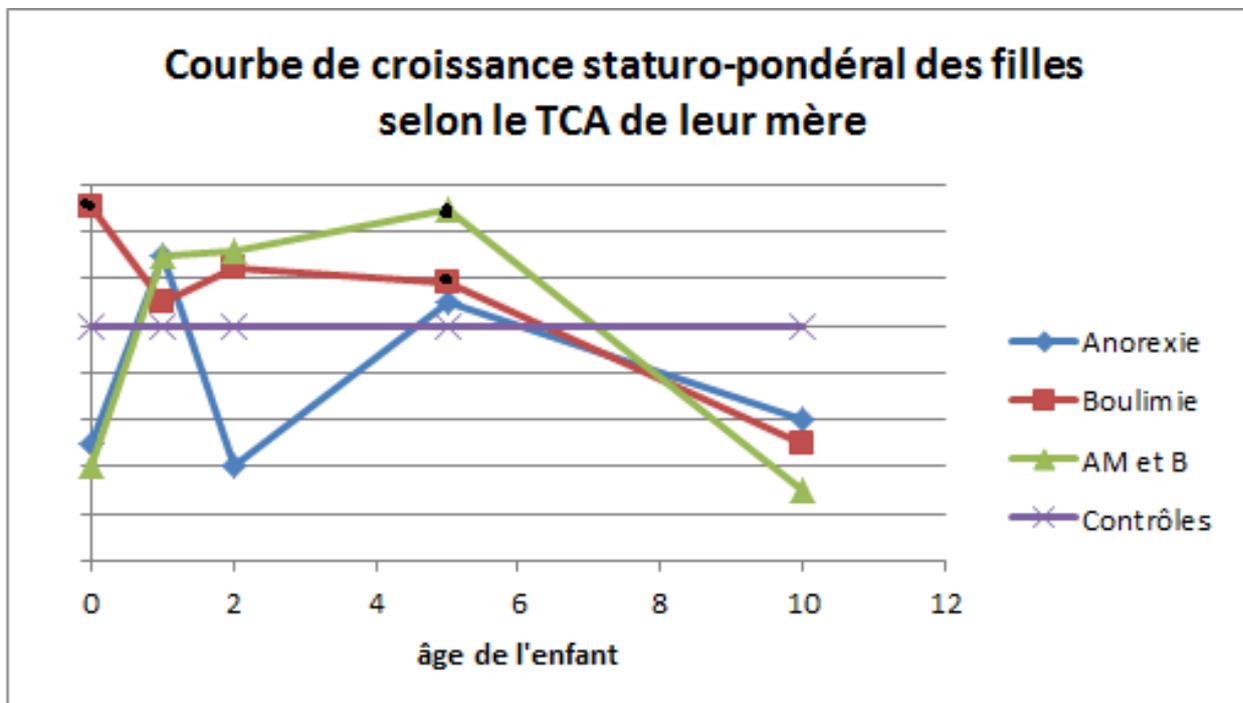
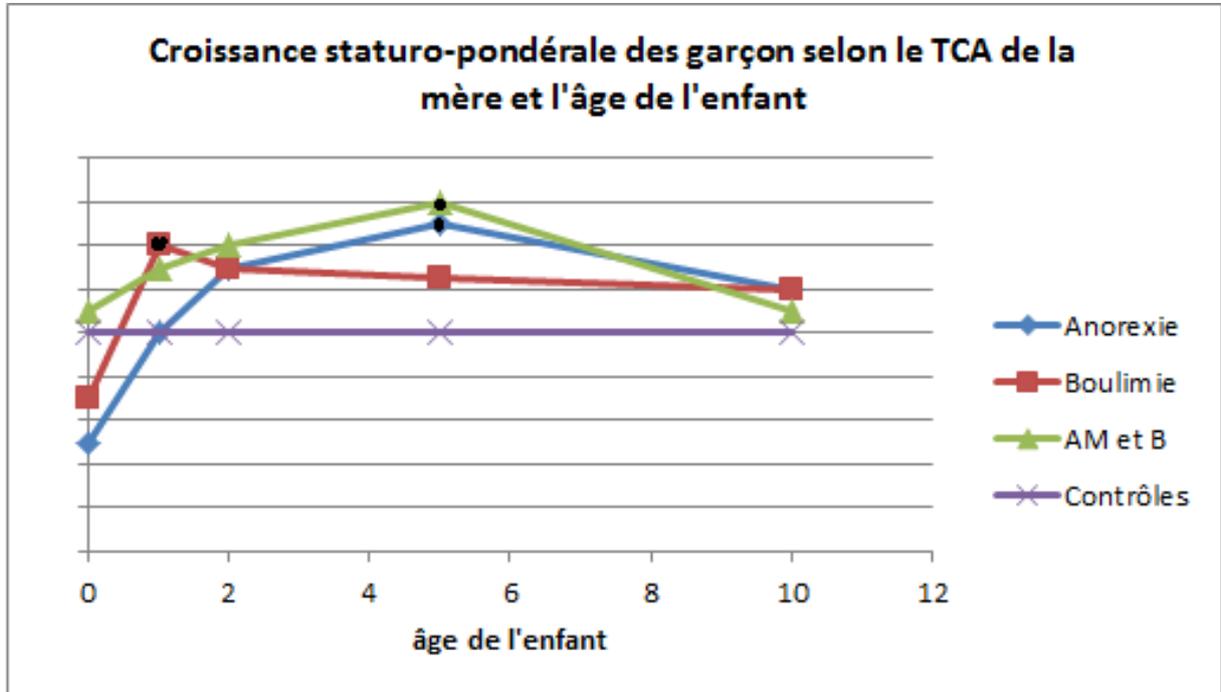
Annexe 1: Tableau récapitulatif des prévalences des divers TCA selon les auteurs

Tableau 9: Récapitulatif des prévalences des TCA

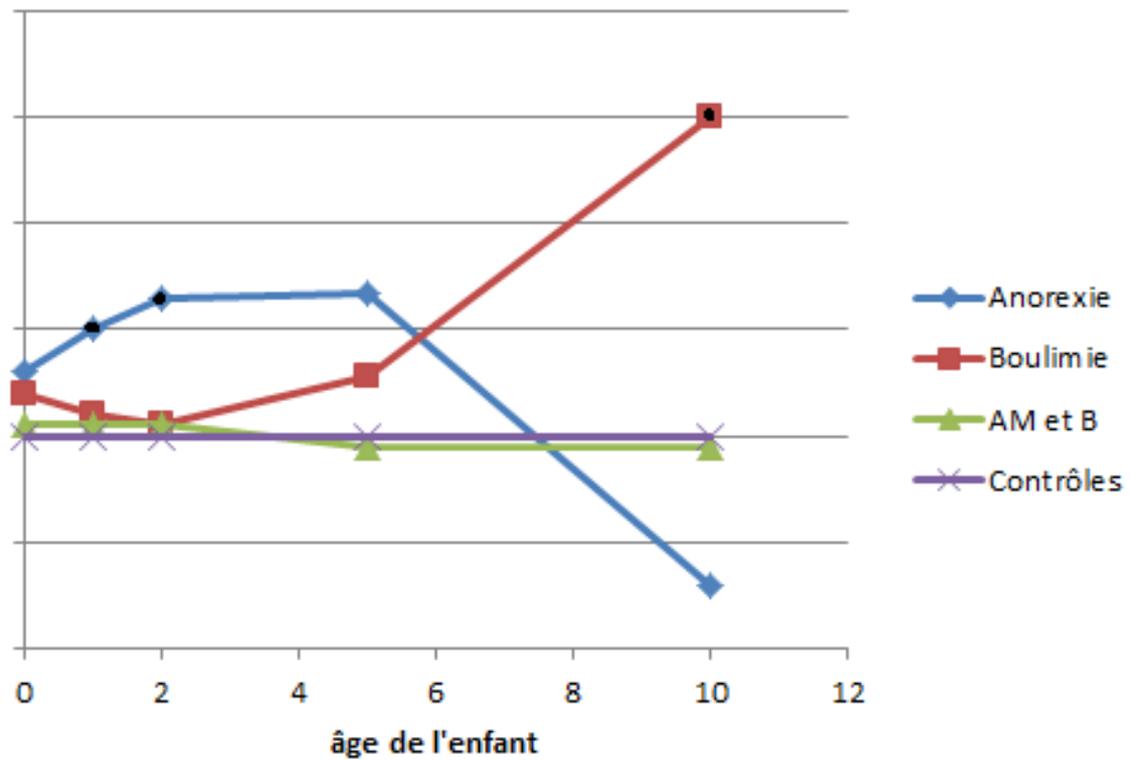
	Anorexie	Boulimie	Hyperphagie boulimique	EDNOS	
				Anorexie Sub- syndromique	Boulimie Sub- syndromique
Hudson JI, et al, USA, 2007 (334)	0,9 % femmes 0,3 %hommes	0,9-1,5 % femmes 0,1-0,5 % hommes	adultes : 3,5 % femmes 2 % hommes 13-18 ans : 2,3 % filles 0,8 % garçons		
Preti A, et al, Europe, 2009 (335)	0,9 % femmes 0 homme		1,9 % femmes 0,3 % hommes		
Machado PP, et al. 2007 (336)				2,40%	
Swanson SA, et al, USA, 2011 (337)	0,3 % chez les 13-18 ans (filles et garçons)				
Stice et al. 2009 (338)	0,60%	1,60%	1%	0,60%	6,10%
Stice et al. 2012 (DSM- 5) (339)	0,80%	2,60%	3%	2,80%	4,40%

Annexe 2: Courbes de tendances faites pour la thèse d'après les données de la littérature, les valeurs précises ne sont pas reprises (juste courbes de tendance).

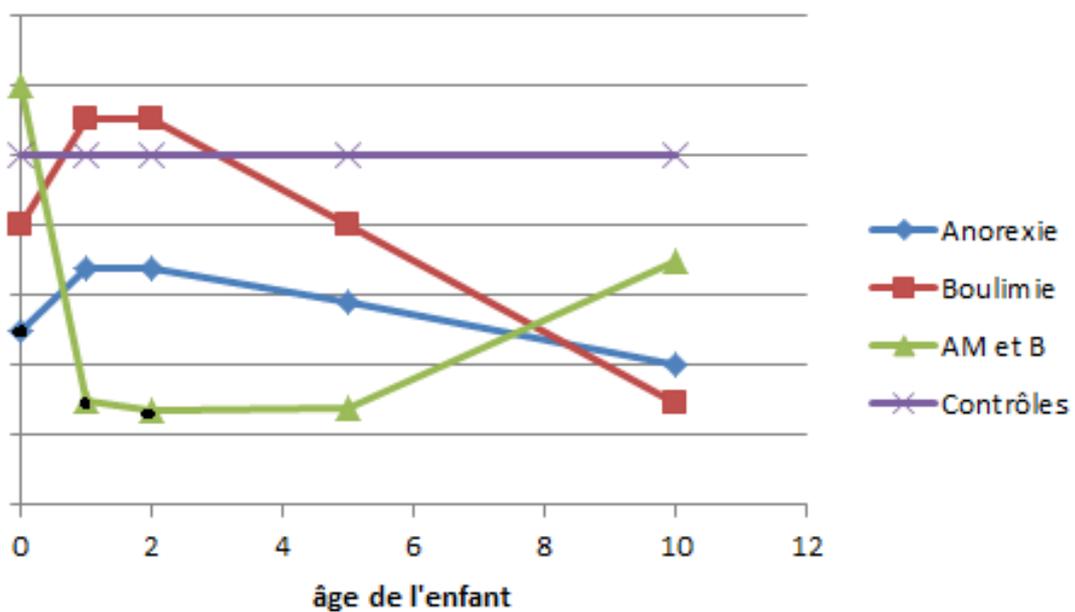
Les points noirs représentent la significativité du résultat.



Evolution de la taille des garçon selon le TCA de la mère



Evolution de la taille des filles selon le TCA de la mère



Annexe 3: Le SCOFF

Item 1

Do you make yourself Sick because you feel uncomfortably full?

Item 2

Do you worry you have lost Control over how much you eat?

Item 3

Have you recently lost more than One stone in a 3-month period?

Item 4

Do you believe yourself to be Fat when others say you are too thin?

Item 5

Would You say that Food dominates your life?

Annexe 4: Tableaux résumés des études abordées dans cette thèse et réalisés spécifiquement dans ce cadre

Auteurs	Date	Pays	Type étude	Population	âge	Paramètres étudiés sur l'enfant	Complications chez l'enfant	période de recrutement et durée de suivi	Commentaires
Strimling	1984		Etude de cas	1 anorexique chronique et son enfant			Naissance de l'enfant sans complication	Suivi durant la grossesse et le <i>post partum</i>	-Déroulement de grossesse difficile
Namir, Melman, & Yager	1986		Longitudinale	6 anorexiques enceintes				Suivi durant la grossesse et le <i>post partum</i>	-Amélioration durant la grossesse -Détérioration au <i>post partum</i>
Rand, Willis, & Kuldau	1987		Etude de cas	2 anorexiques enceintes					-Diminution des symptômes pendant la grossesse - Crainte de devenir obèse -Aggravation du trouble à la 6 ^{ème} semaine du <i>post partum</i>
Lacey, & Smith	1987		Longitudinale	20 boulimiques enceintes et leur enfant			-Complications obstétricales -Malformations congénitales	Suivi durant la grossesse et le <i>post partum</i>	-Diminution des accès boulimiques -Absence de conduite boulimique chez 75% au 3 ^{ème} trimestre -Aggravation des symptômes au <i>post partum</i> - 5 rémissions complètes

Brinch, Isager, & Tolstrup	1988	Longitudinale	- 140 anorexiques passées -11 hommes anorexiques passés Et leur enfant			-2X plus de prématurés -6X plus morts fœtales -Développement normal	- Aucun homme n'a eu d'enfants -50 femmes ont eu des enfants -Les mères vont mieux que les non- mères -Allaitement normal
Willis, & Rand	1988	Etude de cas	4 boulimiques primipares				-Amélioration du trouble durant la grossesse -3/4 rechutent au <i>post partum</i>
Rarnchandani, & Whedon	1988	Etude de cas	2 boulimiques enceintes	22 et 29 ans			- Absence d'accès boulimiques pendant la grossesse -prise de poids importante durant la grossesse -Aggravation au <i>post partum</i>
Brugere, Dallay, Horovitz, Coppin, Riviere, Gonnet, & Dubecq	1988	Etude de cas	1 anorexique sévère et son enfant			-Prématurité -Petit poids de naissance	Perte de poids durant la grossesse

Van Wezel-Meijler, & Wit	1989		Etude de cas	3 mères anorexiques passées et leur enfant avec un rapport poids/taille très faible			Enfants insuffisamment nourris		
Lemberg, & Phillips	1989		Longitudinale	43 femmes TCA actuel et leur enfant			Absence de complication	-Suivi durant la grossesse et durant le <i>post partum</i>	-Impact positif transitoire de la grossesse sur le trouble -Craintes
Abraham, Mira, & Llewellyn-Jones	1990		Descriptive	14 femmes TCA passés et leur enfant			4 bébés de petit poids sur 12 grossesses à terme		3 avortements spontanés
Hollifield, & Hobby	1990		Etude de cas	3 boulimiques enceintes				Suivi durant la grossesse	Amélioration du trouble
Mitchell, Seim, Glotter, Soli, & Pyle	1991		Comparative transversale	-20 mères boulimiques actuelles -31 mères contrôles					-Pas de différence pour les complications obstétricales -2X plus de risques d'avortement spontanés chez les femmes boulimiques

Fairbum, Stein, & Jones	1992	Longitudinale	100 femmes enceintes primipares							-Amélioration durant la grossesse - « Cravings » et aversions alimentaires surtout en début de grossesse - Présentation des complications associées aux TCA -Recommandations: • Dépistage des TCA • Report d'une grossesse • Suivi multidisciplinaire ensuite, de leurs enfants
Stewart	1992	Méta analyse Femmes enceintes TCA	42 sources							
Abraham, King, & Llewellyn-Jones	1994	Descriptive	100 femmes primipares							-Problème de contrôle du poids -Problème autour de l'alimentation
Stein, Woolley, Cooper, & Fairburn	1994	Comparative transversale	-34 mères primipares TCA -34 mères primipares contrôles			Interactions précoces				Comportement des mères durant les repas, attitudes, interactions dyadiques
Lewis, & le Grange	1994	Etude de cas	6 boulimiques enceintes							Identification des craintes, de l'évolution du trouble

Evans, & le Grange	1995	Comparative transversale	-10 mères TCA et leur enfant, -10 mères témoins et leur enfant	Développement des enfants	50% des enfants de mères TCA avec difficultés affectives		Impact du TCA sur les compétences parentales
Honjo	1996	Etude de cas	1 mère anorexique et son bébé	Développement de l'enfant			Anorexie « by proxy » : restrictions alimentaires imposées par la mère à son bébé
Stein, Murray, Cooper, & Fairbum	1996	Comparative transversale	-34 mères TCA et leur enfant -39 mères en dépression du <i>post partum</i> et leur enfant -61 mères contrôles et leur enfant	Développement des nourrissons			-Impact sur l'évaluation de l'enfant par la mère -Impact sur l'image corporelle
Stein, & Fairbum	1996	Longitudinale	97 femmes TCA primipares			Suivi de grossesse et durant le <i>post partum</i>	Evolution du TCA à 3 mois, 6 mois du <i>post partum</i>
Rodes, Timimi, & Robinson	1997	Descriptive	13 mères TCA et leur enfant				-Difficultés au sein du couple -Sous-évaluation des besoins nutritionnels -Difficulté à allaiter

Russell, & Treasure, & Eister	1998	Longitudinale	8 mères anorexiques et leur enfant				-Dénutrition -Retard de croissance		Evolution des préoccupations alimentaires et de la réalisation des repas avant et après psychothérapie -Recours à la PMA -Evolution du trouble durant la grossesse et le <i>post partum</i>
Abraham	1998	Longitudinale	43 femmes boulimiques en rémission					Suivi du TCA, conception	-Avortement spontanée -Décompensation psychotique <i>post</i> grossesse -Dépression -Préparation des repas -Attitude lors des repas -Accès à l'allaitement -Appréciation de l'image corporelle des enfants
Kaplan	1999	Etude de cas	1 anorexique passée					Souhait de grossesse	
Waugh, & Bulik	1999	Comparative transversale	-10 mères TCA et leur enfant -10 mères témoins et leur enfant				-Poids -Taille		
Morgan, Lacey, & Sedgwick	1999	Longitudinale	94 boulimiques enceintes					Suivi durant la grossesse et le <i>post partum</i>	Evolution du trouble
Bulik, Sullivan, Fear, Pickering, Dawn, & McCullin	1999	Comparative transversale	66 femmes avec antécédent d'anorexie 98 femmes témoins					Suivi lors de la conception	-Nombre de grossesse -Age de première grossesse -Complications foeto obstétricales

Blais, Becker, Burwell, Flores, Nussbaum, Greenwood, Ekeblad, & Herzog	2000		Longitudinale	54 mères TCA					Suivi durant la grossesse et le <i>post partum</i>	-Evolution du trouble -Avortement volontaire
Little, & Lowkes	2000		Etude de cas	3 femmes enceintes TCA et leur enfant				-Conséquences physiologiques et psychologiques -100% ont eu des troubles alimentaires		
Kye, Mason, & Bolton	2000	Angleterre	Méta analyse Femmes TCA enceintes	34 sources						-Complication durant la grossesse et au <i>post partum</i>
Franko, & Spurrel	2000		Méta analyse Femmes TCA enceintes	39 sources						-Complications obstétricales -Abord du trouble par la patiente auprès des professionnels
Franko, Blais, Becker, Delinsky, Greenwood, Flores, Ekeblad, Eddy, & Herzog	2001		Longitudinale	246 femmes TCA et leur enfant				6% de bébés avec problèmes de santé		-TCA actuel plus à risque de complications - 35% de dépression du <i>post partum</i> -27% de complications obstétricales
Grady-Welliky	2001		Méta analyse Femmes TCA enceintes	19 sources						-Complications foeto obstétricales - <i>hyperemesis gravidarum</i>

Morrill, & Nickols Richardson	2001		Méta analyse boulimiques enceintes	30 sources					Impact du trouble sur la mère et l'enfant
James	2001		Méta analyse Femmes TCA enceintes	35 sources					- Complications obstétricales - Trouble de la fertilité
Beaumont, & Tam	2001	Australie	Etude de cas	1 femme anorexique suivie pour trouble de fertilité			Anorexie		- Avortement spontané - 3 naissances prématurées - Hospitalisation en psychiatrie au <i>post partum</i>
Stein, Wolley, Murray, Cooper, Cooper, Noble, Affonso, & Fairburn	2001		Comparative transversale	- 34 mères TCA et leurs bébés - 39 mères en dépression du <i>post partum</i> et leurs bébés - 61 mères témoins et leurs bébés					- Fort contrôle verbal des mères TCA - Restrictions alimentaires imposées au bébé
Abraham	2001		Descriptive	67 obstétriciens				Dépistage des TCA par les obstétriciens	- Aucun ne calcul l'IMC - Moins de 50% investiguent la dépression, TCA
Barbin, Williamson, Stewart, Reas, Thaw, & Guarda	2002		Comparative transversale	- 22 mères TCA et enfants - 20 mères déprimées et enfants - 23 mères témoins et enfants			Capacité adaptative moindre chez les enfants de mères déprimées		- Mères TCA : plus difficultés néonatales, stress parental et symptômes dépressifs que témoins

Carter, McIntosh, Joyce, Frampton, & Bulik	2003	Longitudinale	109 boulimiques enceintes					Suivi post thérapie cognitivo comportementale	Pas d'accroissement des symptômes du trouble à 1 an du post partum
Hofberg, & Ward	2003	Méta analyse femmes enceintes TCA	91 sources				Plus de prématurés et de petits poids chez mères anorexiques		-Plus de césariennes -Chez les anorexiques -Diminution des symptômes chez mères boulimiques pendant la grossesse, mais rechutes fréquentes et aggravation de pathologie en post partum
Larsson, & Andersson Ellström	2003	Descriptif	454 mères et leur enfant						-11.5 % de mères TCA passé -Allaitement moins fréquent chez mères TCA -Aucune différence pour le vécu des changements corporels
Park, Lee, Woolley, Murray, & Stein	2003	Comparative transversale	- 33 mères TCA et leurs enfants - 24 mères témoins et leurs enfants				Enfants plus soucieux des préoccupations maternelles que les enfants du groupe témoin		

Crow, Keel, Thuras, & Mitchell	2004		Longitudinale	129 mères boulimiques					<ul style="list-style-type: none"> -Augmentation de l'image corporelle -Diminution des symptômes boulimiques
Peolidis	2004		Etude de cas	1 mère anorexique passée					<ul style="list-style-type: none"> -Risque de rechute d'anorexie lors d'une grossesse -Résurgence d'enjeux conflictuels non résolus -Nécessité d'un suivi prénatal
Elfuag, & Linne	2005		Descriptive	481 mères et leur adolescent				« Partage » de la pathologie alimentaire et de l'appréciation du corps entre mère-fille uniquement	<ul style="list-style-type: none"> -Usage de l'alimentation pour apaiser les conflits
Delos-Santos	2005		Longitudinale	5 boulimiques enceintes primipares en rémission				Suivi durant la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> -Atténuation ou aggravation du trouble -Naissance d'une identité maternelle
Seiden	2005		Descriptive	97 gynécologues obstétriciens					<ul style="list-style-type: none"> -Manque de connaissances et doutes sur les TCA -Les femmes médecins dépitent plus fréquemment

Rocco, Orbitello, Perini, Pera, Ciano, & Balestrieri	2005	Comparative longitudinale	- 37 femmes enceintes avec antécédents de diètes - 11 femmes enceintes avec antécédents TCA - 49 femmes enceintes témoins					-Amélioration générale durant la grossesse -Réurgence des symptômes au <i>post partum</i>
Pate I, Lee, Wheatcroft, Bames, & Stein	2005	Comparative transversale	- 6 mères TCA - 9 mères à risque de TCA - 6 mères témoins					-Vision négative de l'extérieur des femmes TCA -Mères témoins allaient plus -Vulnérabilité des femmes TCA au <i>post partum</i>
Kouba, Hallstrom, Lindholm, & Hirschberg	2005	Comparative transversale	- 499 primipares TCA actif ou passé et leurs bébés - 689 primipares témoins et leurs bébés			Davantage de problèmes de santé chez les enfants de mères TCA		-Rechute du TCA chez 22% -Plus de risques de complications obstétricales chez les sujets TCA
Farrow, & Blissett	2005	Longitudinale	87 femmes enceintes et leur bébé					Pas de lien entre TCA et de comportements de restriction de l'alimentation du bébé

Lai, Tang, & Tse	2006	Longitudinale	131 femmes enceintes						<ul style="list-style-type: none"> -Plus de TCA sévères durant le <i>post partum</i> -Facteurs associés aux TCA en <i>post partum</i> : TCA prénataux, faible attachement mère-fœtus, peu de support conjugal, symptômes dépression, relation mère-fille pauvre -Transition vers la maternité peut précipiter ou exacerber un TCA
Mazzeo, Landt, Jones, Mitchell, Kendler, Neale, Aggen, & Bulik	2006	Descriptive	1119 mères					Suivi durant la grossesse et le <i>post partum</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Taux élevé de symptômes dépressifs chez les femmes enceintes et en <i>post partum</i> -Corrélation positive entre conduites boulimiques et dépression

Koubaa et al.	2015	Suède	Cohorte	-20 anorexiques, -17 boulimiques, -59 contrôles	Anorexiques: 29.8 ± 5.6 Boulimiques: 29.4 ± 4.2 Contrôles: 29.8 ± 3.9	-Poids de naissance -Périmètre crânien -Croissance	Développe ment cognitif	10 ^{ème} semaine de grossesse Suivi Jusqu'aux 5 ans de l'enfant	Diagnostic du TCA par interview, basé sur DSM
Bansil et al.	2008	Etats Unis	Cohorte		15 à 44 ans	-Prématurité -Croissance	Anémie, césarienne, durée d'hospitalis ation, infections des voies génito- urinaires		Code de dossiers, CIM 9
Easter et al.	2014	Angleterre	Cohorte	Anorexiques N= 137 Boulimiques N=165 Contrôles N= 8900	Anorexiques: 29.1 ± 4.8 Boulimiques: 28.32 ± 4.7 Contrôles: 28.4 ± 5.4	-Croissance		Rétrospectif à la 12 ^{ème} semaine Suivi Jusqu'aux 10 ans de l'enfant	Enquête alimentaire, auto déclaration
Morgan al.	2006	Angleterre	Cohorte	Boulimiques N=122 Anciennes Boulimiques N=82	Boulimie active: 24 (22-28) Boulimie passée: 25 (23-28)	-Prématurité	Taux de fausse couche, dépression post partum, diabète gestationnel hyperémès e gravidique	Rétrospectif	Diagnostic du TCA par interview, basé sur DSM

Perrin et al.	2015	Norvège	Cohorte	<p>Anorexiques N=70 Boulimiques N=731 Contrôles N= 67658</p>	<p>Anorexiques: 27.0 ± 4.6 Boulimiques: 29.7 ± 4.6 Contrôles: 30.1 ± 4.5</p>	-Croissance -Poids de naissance	Taux de fausse couche, dépression <i>post partum</i> , diabète gestationnel, hyperémèse gravidique, grossesse non planifiée	Invitation postale vers la 15 ^{ème} semaine de grossesse Suivi Jusqu'au 1 an de l'enfant	Auto déclaration
Tenconi et al.	2015	Italie	Cohorte	<p>Anorexiques Echantillon de réplication N=150 Echantillon total N=264 Boulimiques Echantillon de réplication N=35 Echantillon total N=108 Contrôles Echantillon de réplication N =73 Echantillon total N=624</p>	<p>Anorexiques Echantillon de réplication 30.5 ± 4.6 Echantillon total 29.5 ± 5.2 Boulimiques Echantillon de réplication 30.1 ± 5.7 Echantillon total 28.9 ± 5.9 Contrôles Echantillon total 28.7 ± 5.6</p>	-Croissance -Périmètre crânien	Diagnostic du TCA Entretien semi-structuré DSM-IV		
Micali et al.	2012	Hollande	Cohorte	<p>Anorexiques N= 129 Boulimiques N= 209 AM + B N= 100 Contrôles N = 3816</p>	<p>Anorexiques: 30.6 ± 5.0 Boulimiques: 30.5 ± 5.2 AM + B: 30.8 ± 5.1 Contrôles: 30.4 ± 4.9</p>	-Prématurité -Croissance -Poids de naissance	Score Apgar, détresse foetale	Avant 18 SG	Intervention diagnostic

Eagles et al.	2012	Ecosse	Cohorte	Anorexiques N=134 Contrôles N=670	Anorexiques ≤25 ans: N= 40 (29.9%) 25-29 ans: N= 57 (42.5%) ≥30 ans: N= 37 (27.6%) Contrôles ≤25 ans: N= 200 (29.9%) 25-29 ans: N= 275 (41.0%) ≥30: N= 195 (29.1%)	-Prématurité -Poids de naissance	Taux de fausse couche, hémorragie <i>ante partum</i>			
Linna et al.	2014	Finlande	Cohorte	Anorexiques N=302 Boulimiques N= 724 Contrôles N= 3619	Anorexiques: 29.4 ± 5 Boulimiques: 30.4 ± 1.2 Contrôles: 29.1 ± 4.8	-Prématurité -Poids de naissance -Croissance	Anémie, score Apgar durée de l'accouchement	Dépistage par le médecin traitant, CIM10		
Micali et al.	2015	Danemark	Cohorte	Anorexiques N= 1609 Boulimiques N= 1693 AM + B N= 634 Contrôles N= 76 724	Anorexiques: 28.6 ± 5.0 Boulimiques: 28.2 ± 4.7 AM + B: 28.3 ± 4.9 Contrôles: 29.1 ± 4.3	-Prématurité -Poids de naissance -Croissance -Périmètre crânien			Par téléphone. 16-17 ^{ème} semaines de grossesse	Auto déclaré

Tableau 10: Pathologies gravidiques répertoriées

NS : non significatif, OR Odds ratio, RR : Risque relatif

	DOHERTY p OR IC95% (85)	EHRENBERG RR IC95% (81)	ABENHAIM OR IC95% (69)	SEBIRE OR IC99% (83)
	IMC<18,5kg/m ² IMC 18,5- 25kg/m ²	IMC≤19,8kg/m ² IMC 19,8- 26kg/m ²	IMC<20kg/m ² IMC 20- 25kg/m ²	IMC<20kg/m ² IMC 20- 25kg/m ²
Menace d'accouchement prématuré		1,22 [1,02- 1,46]	1,22 [1,09- 1,37]	
Retard de croissance intra- utérin	p<0001 1,80 [1,26-2,56]	1,67 [1,2-2,39]	1,33 [1,07- 1,67]	
Diabète gestationnel	NS 0,82 [0,25- 2,74]		0,82 [0,82- 0,97]	0,58 [0,48- 0,70]
Hypertension artérielle gravidique	NS 1,07 [0,45- 2,58]		0,71 [0,60- 0,83]	
Pré-éclampsie	NS 1,37 [0,66- 2,85]		0,67 [0,52- 0,86]	0,76 [0,62- 0,92]

Tableau concernant les taux de prématurité selon les auteurs

Auteurs	Bansil et al.	Morgan et al.	Micali et al. 2012	Linna et al.	Micali et al. 2015	Eagles et al.
Anorexie et prématuration			N= 4 (3.2%) OR brut 0.7 (0.3-2.0) OR ajusté 0.5 (0.2- 1.8)	N= 15 (4.98%) OR brut 1.22 (0.67-2.22) OR ajusté 1.28 (0.71-2.33)	-A vie : 4.5% -Active : 7.51 % p = 0.049* -Passée : 4.11% -OR ajusté 1.77 (1.00-3.12)	N= 22 (9.6%) RR brut : 1.47 (0.84-2.59) RR ajusté avec l'IMC 1.41 (0.78-2.57) RR ajusté 1.30 (0.71-2.39) IMC ≤ 20kg/m2 N= 3 (7.0%) IMC > 20kg/m2 N= 18 (10.5%) OR brut 0.78 (0.31-1.92) OR ajusté 0.68 (0.26-1.78)
Boulimie et prématuration		N= 21 (23%) p = 0.011 OR ajusté 3.3 (1.3-8.8)	N= 7 (3.5%) OR brut 0.8 (0.4-1.7) OR ajusté 0.8 (0.4-1.8)	N= 36 (5.01%) OR brut 1.23 (0.82-1.84) OR ajusté 1.28 (0.85-1.91)	5.3%	
Anorexie + boulimie et Prématuration			N= 7 (7.8%) OR brut 1.7 (0.8-3.8) OR ajusté 1.8 (0.8-3.9)		5.2%	
Anorexie et ou boulimie et Prématuration	N= 289 (17.34%) p < 0.001 OR ajusté 2.78 (2.10-3.69)					
Contrôle et prématuration	N= 3'037'480 (7.05%)	N= 6 (8%)	N= 157 (4.3%)	N= 259 (4.11%)	4.5%	N= 82 (7.2%)

Tableau concernant les poids de naissance et anorexie selon les auteurs

Auteur	Micali 2012 et al.	Eagles et al	Linna et al	Micali 2015 et al.	Koubaa et al.	Perrin et al.
Poids de naissance (g)	3'481 ± 490 OR ajusté* 15.7 (-62.6, 94.0) OR ajusté***** 20.2 (-56.1, 96.5)		3'302 ± 562 p<0,001	-A vie : 3487.8 ± 533.5 -Active : 3'213.1 ± 553.4 -Passée : 3'522.9 ± 521.3	3'200 ± 600	3'531.8 ± 482.6 p<0.01
Petit poids de naissance		N= 25 (10.9%) RR brut 1.89 (1.10-3.23) RR ajusté avec l'IMC 1.64 (0.94-2.88) RR ajusté 1.61 (0.89-2.90) IMC ≤ 20kg/m2 N= 7 (6.3%) IMC >20kg/m2 N= 17 (9.9%) OR brut 1.57 (0.35-6.96) OR ajusté 1.33 (0.32-5.45)	N= 19 (6.31%) OR brut 2.05 (1.23-3.40) OR ajusté 2.16 (1.30-3.58)			

Tableau concernant le poids et boulimie selon les auteurs

Auteur	Micali 2012 et al.	Eagles et al	Linna et al	Micali 2015 et al.	Koubaa et al.	Perrin et al.
Poids de naissance (g)	3'468 ± 575 OR ajusté* 41.0 (-21.6, 103.7) OR ajusté***** 42.0 (-19.5, 103.5)		3'464 ± 563 p=0.037	3'573.7 ± 540 Moyenne ajustée * -20.9 (-44.5, 2.7) Moyenne ajustée ** -7.1 (-30.3, 16.1)	3'300 ± 700	3'563.5 ± 527.1 p<0.01
Petit poids de naissance			N= 30 (4.16%) OR brut 1.32 (0.88-1.98) pOR ajusté 1.37 (0.90-2.07)			

Tableau concernant le poids et contrôles selon les auteurs

Auteur	Micali 2012 et al.	Eagles et al	Linna et al	Micali 2015 et al.	Koubaa et al.	Perrin et al.
Poids de naissance (g)	3'439 ± 546		3'520 ± 539		3'500 ± 500	3'599.7 ± 522.5
Petit poids de naissance		N= 6 (6.0%)	N= 201 (3.19%)			

Tableau concernant le périmètre crânien suivant les auteurs

Auteur	Koubaa et al	Tenconi et al	Micali et al.2015
Anorexie	33.6 ± 1.6 p<.001	Echantillon réplication: 34.0 ± 1.2 Echantillon entier: 34.1 ± 1.2	A vie 35.01 ± 1.75 Active 34.4 ± 1.90 Passée *** 35.1 ± 1.71
Boulimie	33.8 ± 0.88 p<.01	Echantillon réplication: 33.6 ± 1.3 p<.05 Echantillon entier: 33.5 ± 1.4 p<.05	35.25 ± 1.79
Contrôles	35.2 ± 1.6	Echantillon réplication: 34.3 ± 1.3 Echantillon entier: 34.3 ± 1.4	

Tableau concernant la croissance staturo-pondérale du nouveau-né à l'enfant en bas-âge

Easter et al.	Z score		Taille en cm							Poids			IMC				
	Naissance relatif	1 an relatif	Naissance	1 an	2 ans	5 ans	10 ans	Naissance	1 an	2 ans	5 ans	10 ans	Naissance	1 an	2 ans	5 ans	10 ans
Anorexie			50.51± 2.0	76.6 ±2.3	87.87 ±3.0	110.77 ±4.5	140.16 ±7.3	25.83 ± 2.49	23.33 ±2.14	16.99 ±2.0	16.33 ±1.4	17.87 ±3.2					
Garçon																	
Filles			49.39 ±1.9	74.1 ±2.4	85.52 ±3.0	109.45 ±4.3	138.38 ±6.2	26.18 ± 2.2	23.64 ±2.4	16.34 ±1.9	16.08 ±1.5	18.01 ±3.5					
Boulimie																	
Garçon			50.47 ± 2.1	76.25 ±2.4	87.41 ±3.1	110.46 ±4.4	142.69 ±7.5	25.91 ± 2.6	23.79 ±2.2	17.07 ±2.0	16.01 ±1.4	17.81 ±3.2					
Filles			49.76 ± 2.1	74.39 ±2.4	85.76 ±3.0	109.56 ±4.3	138.29 ±6.9	26.77 ± 2.2	23.35 ±2.5	16.92 ±1.9	16.29 ±1.5	17.84 ±3.4					
Contrôles																	
Garçon			50.3 ±5.4	76.2 ±5.4	87.4 ±5.4	110.3 ±6.8	140.8 ±8.8	26.2 ±5.4	23.4 ±4.72	16.8 ±3.92	15.9 ±3.92	17.7 ±4.57					
Filles			49.8 ±5.3	74.3 ±5.3	85.7 ±5.3	109.7 ±6.0	138.9 ±8.6	26.3 ±5.3	23.3 ±5.3	16.6 ±3.9	16.0 ±3.9	18.1 ±5.1					

Micali et al 2015	Z score		Taille en cm					Poids			IMC		
	Naissance relatif	1 an relatif	Naissance	1 an	2 ans	5 ans	10 ans	Naissance	1 an	2 ans	5 ans	10 ans	
Anorexie								2.48 ± 0.26					
A vie active								2.43 ± 0.22					
Passée								2.49 ± 0.27					
Boulimie								2.49 ± 0.33					

Tenconi et al.	Z score		Taille en cm					Poids			IMC		
	Naissance relatif	1 an relatif	Naissance	1 an	2 ans	5 ans	10 ans	Naissance	1 an	2 ans	5 ans	10 ans	
Anorexie								27.3 ± 2.4					
Boulimie								27.4 ± 2.5					
Contrôles								27.2 ± 2.9					

Annexe 5: Description de l'interview pour les Représentations Maternelles pendant la Grossesse (IRMAG)

L'IRMAG est un entretien semi-directif comportant 41 questions. Cet outil a été standardisé et validé. Il permet au praticien d'explorer les représentations maternelles prénatales. Cet outil est utilisé durant la grossesse de la 28^{ème} à la 32^{ème} semaine.

Les paramètres explorés sont :

- 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.

Annexe 6: Recommandations de prise en charge des patientes TCA enceinte d'après Fornari et al

Proposed guidelines for obstetricians and gynecologists for pregnant patients or patients attempting to conceive.

	Patient Reports History of Eating Disorder	Patient Has Current Eating Disorder	Physician Suspects Eating Disorder	Patient Develops Eating Disorder During Pregnancy
Nutrition Consultation	X	X	X	X
BMI*	X	X	X	X
Electrolytes	X	X	X	X
Bone Density	X	X	X	X
History of Mental Health Treatment (including Hospitalizations and Medications)	X	X		
Refer to Mental Health Treatment Professional with Eating Disorder Expertise		X	X	X
Obtain Consent to Speak with Current or Prior Mental Health Provider		X		

*BMI < 18.5 = underweight.

Annexe 7: Tableau récapitulatif des outils de dépistage

Outils	Modalités	Commentaires	Critiques
SCOFF	5 items Oui vs Non	Un point par réponse positive Score de 2 ou plus indique une probabilité d'anorexie ou de boulimie Outil de screening	-Rapide -Ne nécessite pas d'être expert
Version francophone du EDE-Q5	28 items 2 parties	Evaluer la présence et l'intensité d'attitudes généralement associées à un TCA Evalue l'adoption de comportements alimentaires non adaptés	-Analyse les 28 derniers jours -Questionnaire auto rapporté -«le meilleur outil de dépistage des TCA» selon Aardoom (340) -Version adaptée aux femmes enceintes par Pettersson (341)
Body Shape Questionnaire de Cooper et al (342)		Permet d'apprécier le regard de la patiente sur son corps	-Evaluable aux divers moments de la grossesse mais n'a pas été validé pour cette population spécifique
Pictural Body Image Scale Test des silhouettes de Stunkard et al (343)		Permet d'apprécier le regard de la patiente sur son corps	
Eating Disorders	4 échelles Auto-	Echelles concernant : les aspects psychopathologiques, la sévérité	-Evalue les syndromes

Questionnaire (344)	questionnaire 33 items	des troubles, les comorbidités sur les 28 derniers jours	subcliniques -Non applicable durant la grossesse
Eating Attitude Test - 26	Auto- questionnaire 26 items	Peu sensible et spécifique Test de screening sur les symptômes de TCA Surtout à visée épidémiologique	-Pas de distinction du type de TCA -Détermine le besoin d'une prise en charge
Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	Auto- questionnaire 10 items	Usage dans les premiers jours du <i>post partum</i> des sujets à risque de dépression et celui des mères déprimées dans les semaines et les mois suivants. Usage en prénatal pour l'évaluation du risque de dépression postnatale	-Corrélation hautement significative entre le score au 5 ^{eme} jour et à la 6 ^{eme} semaine du <i>post partum</i> - Seuil de détection en postnatal : 10 - Seuil en prénatal : à 12 (167)
Le Mother- Daughter Relationship Inventory	Un seul facteur évalué selon la perception du lien	Evalue le soutien socio- émotionnel de la mère envers sa fille et la qualité du lien Plus le score est élevé meilleur est le lien	-Evalue uniquement le lien mère fille
MDREL		Evalue la perception et la qualité du soutien et de la communication mère fille	-Simple -Réalisable en 5 minutes

Annexe 8: Recommandations internationales sur les prises en charges des patientes TCA

	Pays	Dénomination	Source
Europe	Royaume Uni	National Institute for Clinical Excellence (NICE)	(345–347)
		Royal college of psychiatrists	(348)
	Ecosse	NHS Quality Improvement Scotland	(349)
	Angleterre	Séminaires du Lancet de 2003 et 2010	(350)
	Allemagne		(351)
	Espagne	Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research : dont un chapitre porte sur la grossesse et les TCA	(352)
Amérique	Etats-Unis	American Medical Association (AMA)	(353)
		American Psychiatric Association	(354)
		American Academy of Child and Adolescent Psychiatry	(9)
		American College of Obstetricians and Gynecologists	(355)
Océanie et Australie	Australie et Nouvelle Zélande	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists	(356)

AUTEUR : Nom : GAUTIER

Prénom : Anne-Sophie

Date de soutenance : Mardi 14 septembre 2021

Titre de la thèse : Trouble du comportement alimentaire, grossesse et maternité : l'anorexie.

Revue systématique de la littérature

Thèse - Médecine - Lille « 2021-2022 »

Cadre de classement : *Psychiatrie*

DES + spécialité : *Psychiatrie – Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*

Mots-clés: anorexie, grossesse, *post partum*, impacts, enfants

Résumé :

Anorexie et grossesse ? Une vaste question et peu de réponses concrètes concernant le dépistage et la prise en charge de ces patientes. Malgré les troubles de la fertilité induits, les femmes qui souffrent d'anorexie pourront accéder à la maternité. Leurs grossesses peuvent prendre diverses présentations: se dérouler sans soucis ou au contraire s'associer à de nombreux retentissements. Parmi ces derniers, de nombreuses études ont mis en avant un certain nombre de complications fœto-obstétricales (petit poids de naissance, retard de croissance intra-utérin, faible périmètre crânien, fausse couche, césarienne...).

Ces patientes sont souvent réticentes à aborder leur maladie auprès de leur médecin. Et ce dernier ne sait pas toujours en dépister les signes. L'absence de recommandations officielles pour guider les praticiens ne fait qu'accroître les difficultés. Pourtant l'anorexie est fréquente en population générale et les jeunes filles touchées deviendront peut être un jour mère. Il est donc primordial de savoir les dépister précocement pour mieux les prendre en charge. Cela est d'autant plus vrai que l'anorexie impacte non seulement le déroulement de la grossesse, l'accouchement, le *post partum* mais aussi la croissance du fœtus et le devenir de l'enfant à naître. Il s'agit donc réellement d'un problème de santé public.

Le passage de femme à mère n'est pas facile, cela l'est encore moins pour les femmes atteintes d'anorexie. Pour ces dernières il s'agira de gérer à la fois leurs craintes nutritionnelles, leurs angoisses sur leur corps changeant au fil de la grossesse et le bouleversement du quotidien. Les interactions précoces avec l'enfant, la structure dyadique et les relations avec l'extérieur sont alors marquées de distorsions qui peuvent avoir de lourdes conséquences. Il est nécessaire de revoir comment améliorer le dépistage et la prise en charge de ces patientes dès le souhait de conception et de la grossesse au *post partum*. L'anorexie autour de la périnatalité est à l'interface de diverses disciplines. La prise en charge devrait être multidisciplinaire et fonctionner en réseau. Cette thèse se propose de répondre à la question de l'impact de l'anorexie sur la grossesse et la maternité.

Composition du Jury :

Président : Mr le Professeur Renaud JARDRI

Asseseurs : Me Le Docteur Aline PICARD

Directeur de thèse : Mr Le Docteur Philippe LAPIERRE