



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de

L'Université Claude Bernard – Lyon 1

UFR de Médecin et Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

Site de Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

Le dépistage des troubles du comportement alimentaire

Enquête menée auprès des sages-femmes de consultations
prénatales en région Auvergne-Rhône-Alpes

Lisa LAUVERGEON

Née le 12 juillet 1994

BERTRAND PERRINE, NEUROPSYCHOLOGUE, CENTRE REFERENT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE DE LYON

DIRECTRICE DE MEMOIRE

BERNETIERE MARION, INFIRMIERE DIPLOMEE D'ETAT, CENTRE REFERENT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE DE LYON

Co-DIRECTRICE DE MEMOIRE

ETHEVENOT EMILIE, SAGE-FEMME ENSEIGNANTE, SITE DE FORMATION MAÏEUTIQUE DE BOURG-EN-B.

GUIDANTE

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce à l'aide, au soutien et à l'accompagnement de plusieurs personnes à qui je souhaite témoigner ma gratitude.

À ma direction de mémoire, Marion Bernetière, Marie Fauchet, Stéphanie Gisclard-Buisine, Gaëlle Vergnaud et Perrine Bertrand, pour le temps et l'intérêt qu'elles ont consacré à l'élaboration de ce mémoire. Merci pour tous vos judicieux conseils et votre expertise qui m'ont permis d'alimenter ma réflexion.

À mes guidantes, Emilie Ethevenot et Myriam Michel, qui ont été d'un grand soutien et qui m'ont apporté les outils méthodologiques indispensables.

À l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Bourg-en-Bresse.

Aux sages-femmes qui ont accepté de participer à cette étude.

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance à ma famille et à mes proches :

À Thibault pour sa patience.

À Tiffany, Manon, Sonia pour m'avoir soutenue. Vos conseils de rédaction ont été très précieux.

À mes ami·e·s diplômé·e·s de 2021 qui sont resté·e·s présent·e·s et à l'écoute.

Au « Club des 5 » qui est toujours là pour moi.

À Lady et Xayah qui m'apportent un soutien inconditionnel chaque jour.

Enfin, je remercie le docteur Gérard Fortier, pour m'avoir inspirée et pour continuer à m'inspirer tout au long de ma vie.

Table des matières

Abréviations	2
Introduction.....	4
1. Matériel et méthode	6
1.1. Méthode.....	6
1.1.1. Réglementation	6
1.1.2. Population	6
1.1.3. Recrutement.....	6
1.2. Recueil des données.....	7
1.2.1. Construction de la grille d’entretien	7
1.2.2. Déroulement des entretiens	7
1.3. Analyse des données	8
1.4. Forces et limites de l’étude	8
2. Résultats et analyse.....	10
2.1. L’alimentation dans les consultations prénatales	11
2.2. Les connaissances théoriques	12
2.3. Les motivations et les freins au dépistage	14
2.4. Les outils de dépistage	16
3. Discussion	20
3.1. La place du dépistage : entre tabous et préjugés	20
3.2. Un dépistage complexe	22
3.3. Des pistes d’amélioration... ..	25
4. Conclusion	28
Bibliographie.....	30
Annexes	32

Abréviations

FFAB	Fédération Française Anorexie Boulimie
HAS	Haute Autorité de Santé
IMC	Indice de Masse Corporelle
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNNS	Programme National Nutrition Santé
RBP	Recommandation de Bonne Pratique
RCIU	Retard de Croissance Intra-Utérin
TCA	Troubles du Comportement Alimentaire

Introduction

Nous avons tous déjà entendu parler des troubles du comportement alimentaire (TCA), de près ou de loin. Pourtant, les maladies qu'ils regroupent sont entourées de mythes et d'idées reçues qui éloignent le patient des premières étapes de la prise en charge ; la prévention, le dépistage et le diagnostic.

Les TCA touchent les personnes de tout genre, de tout âge, et de tout statut socioéconomique. En effet, il s'agit d'une pathologie psychiatrique définie par le DSM-V dont les manifestations peuvent être longtemps méconnues par le patient lui-même, et n'entraînant pas nécessairement de modification facilement perceptible de sa clinique. D'autant que, si la guérison est possible, un dépistage et une prise en charge précoces sont fondamentaux.

Dans la pensée populaire, les TCA sont souvent associés à trois pathologies :

- L'anorexie mentale restrictive se caractérise par une restriction des apports alimentaires menant à une perte de poids associée à une peur intense de prendre du poids.
- La boulimie purgative, qui se traduit par des crises consistant en un besoin incoercible d'ingestion d'une grande quantité d'aliments en un temps réduit. Elle est définie par la répétition de ces crises.
- L'hyperphagie boulimique, définie par des crises de boulimie mais sans comportement compensatoires (hyperactivité physique, vomissements, abus de laxatifs ou de diurétiques...)

Bien que ces trois pathologies soient les plus connues, les TCA regroupent également d'autres troubles souvent oubliés ; exclusions alimentaires, alimentation sélective, associations de plusieurs troubles...

Les comorbidités psychiatriques sont nombreuses et fréquentes, notamment troubles de l'humeur, anxieux et de la personnalité ainsi qu'une suicidalité importante, l'anorexie mentale étant la maladie psychiatrique ayant le taux de mortalité le plus élevé [1] [2].

En tant que sage-femme pendant la grossesse, notre principale préoccupation est le bien-être maternel et fœtal. Nous attachons alors une grande importance à la prévention, au dépistage et nous réorientons lorsque cela est nécessaire afin de permettre aux femmes de mener leur grossesse dans les meilleures conditions possibles. Mais que savons-nous les TCA ?

En effet, pendant la grossesse, les TCA sont plus courants que nous le pensons (prévalence de 5-8% [1]) [3]. L'ambivalence de la patiente vis-à-vis de ses symptômes, ainsi que le sentiment de honte et de culpabilité qui sont exacerbés pendant la grossesse freinent leur abord spontané en consultation [1]. L'état de grossesse va induire des facteurs d'anxiété supplémentaires avec la prise pondérale, les

transformations corporelles, le sentiment de perte de contrôle et le remaniement identitaire. Le risque d'exacerbation du trouble voire de récurrence d'un trouble en rémission est alors important. À l'inverse, une amélioration symptomatique est possible chez certaines patientes, du fait de la valorisation sociale de la grossesse et de ses rondeurs, mais également la responsabilité psychique que la grossesse peut induire dans le développement du fœtus. Malgré tout, le risque les rattrape en post partum, avec 1/3 des patientes qui souffriront de dépression [1]. Il y a donc un besoin clinique de mieux comprendre la symptomatologie et d'intégrer des outils de dépistage appropriés aux soins prénataux. Or, moins de la moitié des gynécologues obstétriciens dépistent et connaissent les TCA.

Outre les risques psychologiques de la mère, des risques pour le bébé pendant la grossesse et en post-partum sont certains : retard de croissance intra-utérin (RCIU), difficulté à reconnaître les signaux de faim pendant l'allaitement, sous-alimentation et retard staturo-pondéral du bébé puis de l'enfant et d'autant plus de conséquences sur la parentalité [5]. Le dépistage d'un antécédent de TCA dans l'adolescence (prévalence de 5% [1]) est également primordial pour une femme en ayant souffert avec la réactivation des problématiques liées à l'image corporelle.

Alors que les impacts des TCA sur la mère et son enfant sont désormais connus, qu'en est-il de leur dépistage par les sages-femmes au sein de leur exercice de consultations prénatales ? Cette enquête vise à identifier les freins ainsi que les critères à ce dépistage afin d'amener à un élargissement de celui-ci.

1. Matériel et méthode

L'objectif principal de cette étude est de comprendre pourquoi les sages-femmes de consultation prénatale font, ou ne font pas, un dépistage des TCA.

Nous analyserons donc la manière dont la sage-femme organise sa consultation autour de l'alimentation, est-ce qu'elle connaît les TCA et est-ce qu'elle les dépiste. Sur quels critères dépistent-elles ces TCA ?

1.1. Méthode

Il s'agit d'une étude qualitative avec des entretiens semi-directifs à réponses libres et anonymisés dont le synopsis peut être trouvé en annexe (Annexe 1).

1.1.1. Réglementation

Pour réaliser cette étude, nous avons interrogé des sages-femmes sur leur pratique. Elle rentre alors dans le cadre de la Recherche n'Impliquant pas la Personne Humaine (non RIPH3), et hors loi Jardé (ou RGPD). Sa validation a été soumise au Comité de Protection des Personnes (CPP). J'ai rempli le registre de traitement des données, j'ai signé un engagement de confidentialité.

Le promoteur de mon étude est le CHB.

Les entretiens ont été anonymisés au regard du RGPD avec un engagement d'effacer toutes les données à l'issue de l'étude.

1.1.2. Population

La population cible de cette étude est les sages-femmes qui effectuent des consultations prénatales tout type d'exercice confondu, dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Les critères de non-inclusion étaient les sages-femmes ne pratiquant pas de consultation de grossesse, ainsi que les autres professionnels de santé.

Le critère de sortie d'étude était un entretien incomplet ; une sage-femme renonçant à poursuivre l'entretien pour des raisons qui lui sont propres.

1.1.3. Recrutement

Pour contacter les sages-femmes, nous sommes passés par l'intermédiaire du conseil départemental de l'ordre de chaque département de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Nous les avons contactés par mail (annexe 1) afin qu'ils utilisent leur liste de diffusion à destination des sages-femmes enregistrées au conseil de l'ordre.

Les sages-femmes intéressées par cette étude pouvaient alors me contacter par mail ou par téléphone afin d'avoir plus de détails sur l'étude et fixer un rendez-vous pour réaliser l'entretien.

Afin de ne pas biaiser les réponses, les sages-femmes nous contactant n'avaient pas de précision sur les objectifs précis de l'étude et réalisaient alors un entretien portant sur l'alimentation. La notion de TCA n'est pas évoquée avant l'entretien afin d'avoir une impression plus spontanée du dépistage réalisé par les sages-femmes.

1.2. Recueil des données

1.2.1. Construction de la grille d'entretien

Nous avons réalisé des entretiens individuels et semi-directifs en suivant notre trame d'entretien qui se composait de quatre parties (annexe 2).

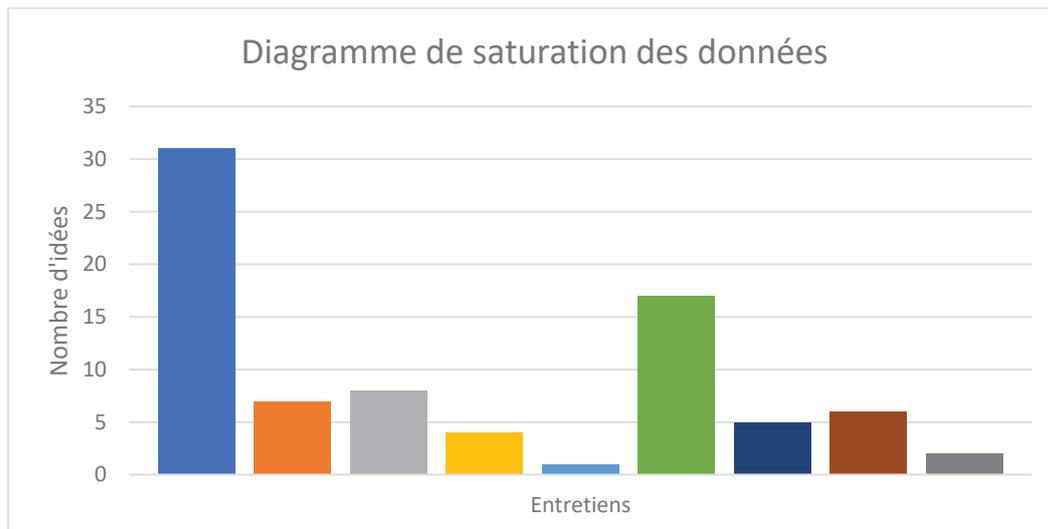
Dans un premier temps, nous parlions du parcours professionnel de la sage-femme, ses modes d'exercices et ses éventuelles formations et diplômes inter-universitaires. Nous évoquons ensuite comment la sage-femme aborde l'alimentation dans sa globalité sur une consultation prénatale. Enfin, nous parlions plus précisément de ce qu'elle connaît des TCA, comment elle les dépiste et ce qu'elle ressent vis-à-vis de ces pathologies et de ce dépistage.

1.2.2. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont tous déroulés de la même manière, l'alimentation étant un sujet riche et intéressant les sages-femmes : la première approche se faisait donc par le professionnel de santé qui appelait ou envoyait un mail, nous fixions ensuite un rendez-vous que nous choissions de réaliser par visioconférence du fait du contexte sanitaire et de la large zone d'étude. Cela permettait d'effectuer les entretiens sans les gestes barrières (masques) et d'analyser plus précisément la communication non-verbale.

Avant de commencer l'entretien, la sage-femme autorisait l'enregistrement de celui-ci afin de pouvoir le retranscrire. Elle était informée de l'anonymisation des entretiens et qu'elle pouvait quitter l'étude à tout moment et choisir de ne plus répondre aux questions.

Nous avons arrêté les recrutements à saturation des données, c'est-à-dire au neuvième entretien.



Notre diagramme de saturation des données nous montre que le rendement de l'étude tendait à diminuer et notre collecte de nouvelles données qualitatives ne changeait plus que très peu notre manuel de codage.

1.3. Analyse des données

La méthode choisie est celle de l'analyse du contenu, technique descriptive permettant de repérer, dans des expressions verbales, des thèmes récurrents. Nous avons effectué un codage générique basé sur la trame d'entretien et enrichi par les idées ressortant de ces entretiens. Nous avons ensuite élaboré un tableau de tri des données (annexes 4 à 8)

1.4. Forces et limites de l'étude

Premièrement, tous les Conseils départementaux de l'Ordre des sages-femmes n'ont pas accepté de transmettre mon message aux sages-femmes de leur liste de diffusion. Notre étude portant sur la région Auvergne-Rhône-Alpes, tous les départements ne sont en fait pas représentés.

Le sujet de l'étude présenté comme l'alimentation dans sa globalité a intéressé de nombreuses sages-femmes. Nous avons donc reçu un grand nombre de mails et d'appels et une partie de ceux-ci n'ont pas abouti à un entretien.

Étant donné la situation sanitaire et la large zone d'étude, les entretiens ont été réalisés majoritairement par visioconférence, leur analyse en est affectée. Premièrement, la gestuelle et la communication para-verbale étaient plus facilement interprétables qu'en face à face car nous ne portions pas de masque. Ensuite, nous avons été soumis à des problèmes techniques sur deux entretiens, dont un a perdu en qualité. Enfin, un entretien n'a pas pu être mené à terme car la sage-femme n'a pas pu se connecter.

Nous avons eu une majorité de sages-femmes libérales ayant répondu à cette étude. Malgré tout, les différents types d'exercice sont représentés, nous avons en effet réussi à avoir des sages-femmes libérales, hospitalières, de centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Quant au sujet, une des limites majeures de l'étude porte sur les travaux de recherche déjà réalisés sur ce sujet. Peu d'études de grande ampleur ont été réalisées et il y a peu d'études récentes sur le thème des TCA et de la grossesse.

2. Résultats et analyse

Nos entretiens ont duré entre 34 minutes et 1h02 avec une moyenne de 44 minutes.

Le profil des sages-femmes que nous avons interrogées dans la région Auvergne-Rhône-Alpes est présenté dans le tableau ci-dessous.

	Type d'exercice	Nombre d'année en consultation	Formations et/ou diplômes inter-universitaire
Sage-femme 01	Libéral	16 ans	Nutrition femme enceinte
	Hospitalier		Médecine fœtale
			Echographie
Sage-femme 02	PMI	33 ans	Interruption volontaire de grossesse (IVG)
Sage-femme 03	Libéral	2 ans et demi	Gynécologie
Sage-femme 04	Libéral	11 ans	Echographie
			Sophrologie
Sage-femme 05	Libéral		Tabacologie
Sage-femme 06	Libéral	3 ans	Radiofréquence
Sage-femme 07	Libéral	1 an	Ostéopathie
Sage-femme 08	Hospitalier	4 ans	Hypnose
Sage-femme 09	Libéral	1 an	Homéopathie
			Rééducation périnéale
			Frottis

Ces entretiens ont permis de mettre en perspective quatre grandes thématiques.

Nous verrons dans un premier temps dans quelle mesure la perception par la sage-femme de l'alimentation influence la manière dont elle l'aborde en consultation prénatale.

Ensuite, nous aborderons, à partir de ses connaissances théoriques, ce qu'elle ressent vis-à-vis des TCA.

Les notions qu'elles ont des TCA nous amèneront à tenter de comprendre comment elles envisagent le dépistage.

Pour finir, à la lumière de leurs pratiques, nous tenterons d'identifier les leviers et les outils dont elles disposent pour favoriser ce dépistage.

2.1. L'alimentation dans les consultations prénatales

L'alimentation en consultation prénatale est un sujet régulièrement abordé tout au long de la grossesse. Le plus souvent, comme nous l'explique la sage-femme 06, « *avec la première consultation, quand je les vois la première fois avec tout le bilan* ». Ou encore, selon la sage-femme 01, « *je ne l'aborde pas systématiquement [...] Selon les facteurs de risques et selon l'évolution clinique* ». Cette vision est partagée par de nombreuses sages-femmes interrogées « *chez une dame de poids correct avec pas une prise de poids énorme on ne va peut-être pas l'aborder... *réfléchit* enfin, moi je l'aborde moins* » (sage-femme 05). Comme nous le dit la sage-femme 04, la notion de l'évolution clinique, notamment la prise de poids, est un élément clé pour aborder l'alimentation « *quand je surveille la prise de poids essentiellement. [...] Si j'ai l'impression qu'elles ont trop pris. [...] C'est vrai que c'est la prise de poids qui va beaucoup faire un lien* ». Elles sont également soucieuses de répondre en priorité aux questions des patientes et l'alimentation peut ne pas être abordée si la patiente n'en parle pas « *si la patiente effectivement elle a des questions sinon après je ne vais pas forcément plus détailler* » (sage-femme 09).

Les raisons pour lesquelles l'alimentation est abordée sont multiples :

- Le plus souvent, l'alimentation est l'objet d'une prévention « *je leur fais les conseils alimentaires par rapport à la toxoplasmose, listéria etc.* » (sage-femme 06)
- Elle peut être en lien avec une pathologie comme nous le dit la sage-femme 01 « *ma plus grosse pensée, c'est le diabète* ».
- L'alimentation est également souvent abordée d'un point de vue équilibre alimentaire et en lien avec l'activité physique d'après la sage-femme 06 « *je leur dis "surtout vous mangez équilibré, vous mangez de tout, en quantité raisonnable, vous ne mangez pas pour deux, mangez à votre faim [...] et surtout vous gardez une activité physique"* ».

Malgré une formation initiale incluant une base théorique sur l'alimentation, certaines sages-femmes, comme la sage-femme 03, se sentent peu à l'aise avec le sujet « *je ne m'y connais pas non plus énorme sur l'alimentation* ». Ou encore la sage-femme 05 qui identifie des situations particulières qui la mettraient en difficulté « *[les patientes] qui ne veulent absolument pas prendre un gramme, elles, c'est un petit peu différent et là je ne suis peut-être pas armée pour...* ». D'autres sages-femmes identifient l'alimentation comme un élément important de la vie de la femme, et projettent leur vécu et leurs idées. C'est le cas des sages-femmes 08, 09 et 01 « *c'est un peu un sujet qui me tient quand même à cœur* », « *dans notre société le poids c'est important* », « *ça fait appel aussi à moi et à mon alimentation en fait [...] la part que ça représente dans ma vie personnelle* ».

Souvent, la vision de la sage-femme se heurte à la vision de la patiente quand il s'agit d'équilibre alimentaire. En effet, lors du premier entretien, la sage-femme 01 nous dit « *quand on pose la question aux gens ils mangent tous très bien, ils mangent tous équilibré* ». La notion de déni est soulevée par la sage-femme 02 « *je pense que c'est du déni [...] Souvent quand on les interroge elles ont aucun défauts *rires* il n'y a rien qui pêche dans l'alimentation, rien du tout* ». La sage-femme 01 pointe, quant à elle, une méconnaissance de l'alimentation par la patiente « *déni ou méconnaissance. Je pense il y a beaucoup de méconnaissance* ». L'état de grossesse explique, pour la sage-femme 02, un manque d'intérêt de la patiente vis-à-vis de l'alimentation « *elles ont une raison de grossir elles sont enceintes donc elles ont une excuse* » et la sage-femme 08 « *donc elle ne voit pas pourquoi elle le ferait [le régime] cette fois-ci, et que de toute manière il faut manger quand on est enceinte* ».

Lorsque nous avons abordé l'alimentation dans sa globalité lors de nos entretiens, différentes pathologies liées à l'alimentation ont été évoquées telles que la toxoplasmose, la listériose, le diabète, les troubles du transit, les vomissements gravidiques et l'anémie. Une minorité de sage-femme interrogée a évoqué spontanément les TCA. C'est le cas de la sage-femme 01 « *chez une femme qui est maigre, ou qui a du mal à me donner son poids, qui est gênée... je vais aussi aborder s'il y a eu des troubles du comportement alimentaire, pour l'anorexie* ».

2.2. Les connaissances théoriques

Lorsque nous avons abordé les TCA, les sages-femmes ont identifié l'anorexie et la boulimie, comme la sage-femme 02 par exemple « *moi j'entends boulimie et anorexie, c'est ce que ça m'évoque en tout cas* ». Cette même sage-femme évoque la notion d'association de troubles « *je sais que quelqu'un d'anorexique peut être aussi boulimique il me semble...* ». Les exclusions alimentaires ont été citées par la sage-femme 01 « *ce n'étaient pas des TCA mais enfin elle ne mangeait pas de féculents quoi ... est-ce que ce n'est pas un petit début de TCA ?* ».

Certaines sages-femmes, comme la sage-femme 09, font référence à la chirurgie bariatrique lorsque nous leur demandons ce que les TCA leur évoquent « *quand elles ont eu des opérations, anneaux gastriques, bypass* ».

Enfin, le surpoids ou la malnutrition ont été défini comme des TCA par plusieurs sages-femmes, notamment la sage-femme 09 « *je ne sais pas si le surpoids, l'obésité, si c'est considéré comme un TCA ? Ouai... Le surpoids* ».

Cette partie de l'entretien a mis mal à l'aise les sages-femmes qui cherchaient leurs mots et réfléchissaient davantage avant de répondre. À la question « *que pouvez-vous me dire des TCA ?* », la

sage-femme 05, par exemple, répond « *ben pas grand-chose *rire* ... Enfin de troubles alimentaires euh... *réfléchit* C'est vrai que je ne me sens pas très armée là-dedans, je vais peut-être aussi moi botter en touche chez certaines femmes. [...] En pensant plutôt à la dénutrition là particulièrement, on est petit peu... Moi je me sens un petit peu..... Désarmée en fait [...] Je sais que je ne connais pas grand-chose sur l'anorexie et... euh... voilà ».*

Les sages-femmes expriment un défaut de connaissances expliqué par un manque de formation, comme la sage-femme 04 « *il n'y a pas beaucoup de formation... Je n'ai pas eu beaucoup de séminaire là-dessus. C'est la première fois qu'on me pose la question *rire** ». La sage-femme 08, au contraire, met en avant des connaissances acquises en dehors de la sphère professionnelle « *alors un petit peu mais pas vraiment par ma fonction, par mon travail, plus par rapport à ma vie privée* ». En effet, elle explique « *je n'ai jamais été confrontée avec des patientes qui ont une anorexie* » mais elle ne citera jamais d'autres TCA que l'anorexie.

Malgré leur sentiment de manque de connaissances, les symptômes que les sages-femmes identifient sont très variés.

Au niveau psychologique, plusieurs sages-femmes nous ont parlé de déni, comme la sage-femme 03 « *elles ne se rendent pas compte de leur pathologie [...] je pense qu'il y a des femmes enceintes qui ne veulent pas admettre leur TCA* ». La sage-femme 01, quant à elle, parle d'hyper-maîtrise « *elles sont dans l'hyper maîtrise y compris de l'annonce de ce passé* ». Elle parle également d'une « *peur du jugement* ». Elle aborde aussi, avec d'autres sages-femmes, la notion de tabou « *il y a peu de femmes qui en parle spontanément [...] Même en allant le chercher, les femmes ne veulent pas en parler [...] comme c'est guéri ça ne doit pas revenir en fait, donc on n'en parle plus* ». Ce tabou serait levé, d'après la sage-femme 05, par l'annonce d'une pathologie pendant la grossesse qui impacterait le bien-être fœtal « *y a vraiment que le levier ou elles sont malades, ou elles ont des problèmes pendant leur grossesse qui va les faire changer d'avis. Si elles n'ont pas de problème pendant la grossesse ce sera difficile* ».

La sage-femme 06 apporte davantage d'éléments psychologiques. Elle parle notamment d'un rapport avec l'entourage pouvant être problématique et fait le lien avec l'élaboration du lien mère-enfant pour une femme atteinte ou ayant été atteinte de TCA. Elle dit « *y a eu un rapport un peu particulier avec ses parents, avec ses frères et sœurs. On se dit "comment ça va être avec son bébé ?"* », « *on va se méfier pour après la naissance. Le lien mère-enfant, les choses comme ça* ».

La période du post-partum pour une femme ayant ou ayant eu des TCA a intéressé d'autres sages-femmes, particulièrement l'impact de ces troubles sur l'alimentation du bébé. Par exemple, la sage-femme 02 nous dit « *l'alimentation de son bébé c'est une obsession. [...] Des femmes plutôt versant*

anorexie qui vont restreindre leur bébé ». La dépression post-partum a également été évoquée par la sage-femme 06 « *inconsciemment, des fois, y a des restes, y a des traumatismes [...] le fait de devenir maman, ça va peut-être faire remonter des choses qu'elle ne s'attend pas et elle ne se rend pas compte pendant la grossesse [...] C'est plus après [...] Elles pour moi elles sont plus à risque de dépression post natale* »

Parmi d'autres sages-femmes, la sage-femme 06 met l'accent sur l'attention qu'il faut porter au contexte psychologique « *on verrait déjà tout ça d'un point de vue psychologique [...] En général quand y a des TCA, c'est très rare qu'elles aillent super bien. Y a des contextes à côté, soit au sein de la famille, alors pas forcément des violences mais ça peut, ou des contextes de dépression, ou mal-être ou burn-out [...] Ce n'est pas anodin, ce n'est pas un truc comme ça qui est venu du jour au lendemain, c'est un truc qui se met en place avec le temps et y a forcément quelque chose qui ne va pas derrière et qui explique ces troubles du comportement* ».

L'image corporelle a très peu été abordée, mais la sage-femme 07 le note comme un signe d'appel, au même titre que la peur de prendre du poids « *une fragilité débordante envers l'image corporelle* ».

La prise de poids, la perte de poids et l'IMC sont identifiés comme principaux signes d'appel d'un éventuel TCA par plusieurs sages-femmes. En effet, la sage-femme 04 nous dit « *quand y a des prises de poids* » et « *je pense que l'anorexie c'est ce qui va être visible [...] parce qu'elles vont finir par ne plus s'alimenter et perdre du poids* ».

Les sages-femmes identifient des risques pour la grossesse chez une femme atteinte de TCA. La sage-femme 01, parmi d'autres sages-femmes, nous parle du risque d'apparition d'un diabète « *parce que quand il y a ... euh... Boulimie, ben il y a plus de diabète* ». La sage-femme 09 évoque une possible souffrance fœtale.

2.3. Les motivations et les freins au dépistage

Nous avons pu voir que les sages-femmes identifient un nombre important de symptômes et des risques pour la grossesse chez une patiente ayant ou ayant eu des TCA.

Comment organisent-elles alors le dépistage de ces troubles ?

Les sages-femmes interrogées ne dépistent pas systématiquement les TCA. La sage-femme 06 dit, par exemple « *je ne demande pas systématiquement, même quasiment jamais en fait, si elles ont ou si elles ont déjà eu des TCA* ». Certaines sages-femmes vont le faire sur signe d'appel, comme la sage-femme 03 qui est attentive aux « *petits signes qui montreraient qu'il y a quelque chose de particulier* ».

». Des petits signes qu'elle identifie comme « *la prise de poids, par rapport au poids de base, par rapport à la hauteur utérine, par rapport à l'échographie ; au niveau du poids de bébé* ».

La sage-femme 01, qui parlait pourtant d'un contexte psychologique important, priorise la santé de l'enfant à venir « *si l'enfant grossit bien [...] On est cliniquement en droit de suspecter que tout va bien, donc de ne rien suspecter d'anormal* ». Ce sentiment est également partagé par la sage-femme 08 « *mais si ça n'a pas d'impact sur la grossesse et le fœtus tout ça, ce sont quand même aussi des périodes émotionnellement difficiles, de remaniement tout ça, euh... je ne sais pas* ».

Néanmoins, certaines sages-femmes considèrent qu'un dépistage systématique serait bénéfique, la sage-femme 04 dit « *je pense qu'il faut arriver à en faire du dépistage [...] je pense qu'on serait surprises* ». En effet, la sage-femme 06 pense que « *y a des fois ou on passe à côté* ». Alors que d'autres n'en voient pas l'utilité, notamment la sage-femme 01 qui pense que « *quand elles viennent, souvent, elles sont guéries* ». Certaines sages-femmes pensent que la grossesse n'est pas le moment idéal pour dépister des TCA, comme la sage-femme 04 « *je ne pense pas que ce soit utile pour le suivi de la grossesse* » ou la sage-femme 02 « *je ne suis pas sûre que la grossesse soit le meilleur moment* ».

Les raisons pour lesquelles elles ne dépistent pas les TCA sont multiples.

Beaucoup de sages-femmes trouvent que le dépistage est trop intrusif. En effet, la sage-femme 04 se demande « *quelle légitimité on a à aller s'immiscer dans leur vie ?* » et ne fait pas le dépistage « *parce qu'on a l'impression d'être trop intrusive* ». Le manque de temps est également souvent mentionné, la sage-femme 05 dit « *qu'on n'a pas beaucoup de temps pour faire autre chose. Alors si pour chaque patiente il faut qu'on cherche une solution et qu'on appelle untel pour savoir si... ça devient un peu compliqué* ». La sage-femme 08 partage le même avis « *on n'a pas le temps pour accompagner ce problème-là* ». La quantité d'information transmise à la patiente pose également un problème à quelques sages-femmes pour la mise en place de ce dépistage. La sage-femme 03 dit « *on a effectivement tellement de trucs à voir que je pense ça ferait trop* ».

Un des freins à ce dépistage est le manque de formation sur ces pathologies d'après de nombreuses sages-femmes. En effet, pour faciliter le dépistage, la sage-femme 05 souhaiterait « *une formation de base qui soit meilleure dans ce thème* ». Comme mentionné dans la partie précédente, leur sentiment de ne pas connaître suffisamment les TCA les freinent. Elles ont souvent peur de heurter la patiente ou de la faire fuir, c'est le cas par exemple de la sage-femme 09 « *je me dis est ce que ça mettrait mal à l'aise la personne ? Elle n'a peut-être pas envie d'en parler* ». Au-delà de cette peur, elles ne sauraient pas non plus comment l'orienter. La sage-femme 04 nous dit d'ailleurs « *je ne*

pousse pas ou que je ne pose pas les questions parce que je ne saurais pas derrière forcément quoi en faire, où trouver de l'aide ».

C'est pourquoi, pour beaucoup d'entre elles, établir un climat de confiance est primordial pour amener la patiente à se confier sur d'éventuels troubles. Ce climat de confiance est particulièrement important pour la sage-femme 06 « *je me dis, peut-être qu'elles se sentiront en confiance et si jamais y a un problème peut-être qu'elles en parleront d'elles même. [...] Si déjà on introduit un climat de confiance, elles se livrent beaucoup mieux ».*

D'autres sont plus fatalistes, comme la sage-femme 08 « *moi je pense vraiment, malheureusement, c'est un peu triste hein... Je ne vais pas dire qu'il n'y a plus rien à faire pour ceux qui ont déjà un âge adulte, mais un peu hein ».* Ou encore la sage-femme 05 qui remet en question l'investissement de la patiente dans sa prise en charge « *est-ce qu'elles vont aller voir régulièrement la personne à qui on va l'adresser si elles se ne sentent pas dans une obligation ? Parce que c'est ça en fait ».*

Le dépistage leur paraît donc un peu compliqué mais la réassurance et le climat de confiance est primordial. Beaucoup de sages-femmes interrogées considèrent que le soutien psychologique et le relationnel sont la base de l'accompagnement de femmes atteintes de TCA. La sage-femme 08 nous dit « *après c'est à nous de nous montrer disponibles et d'essayer d'amener à parler, jusqu'à comprendre ».*

Pour autant, quelques sages-femmes se sentent concernées par le dépistage des TCA. La sage-femme 07 considère que le dépistage « *c'est le rôle de tout le monde. Que la patiente consulte un gynéco, une sage-femme, un médecin généraliste. Même si elle consulte une prof de yoga pour faire du sport prénatal [...] même la famille ».* Cependant, la majorité des sages-femmes identifient un autre professionnel de santé comme acteur principal de ce dépistage. Elles citent notamment médecin traitant, pédiatre, puéricultrice, diététicien/ne, psychologue. C'est le cas de la sage-femme 02 « *peut-être que ce n'est pas mon rôle, ce n'est pas mon domaine [...] c'est peut-être le domaine de quelqu'un d'autre »* ou encore de la sage-femme 04 « *ce sera plus le rôle j'estime du pédiatre, ou de la puéricultrice, suivant qui va suivre l'enfant ».*

2.4. Les outils de dépistage

Un des outils qu'aimeraient utiliser les sages-femmes face à une patiente ayant ou ayant eu des TCA est le travail en réseau. Les TCA nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire d'après la sage-femme 08 « *c'est un problème de fond qu'il y a à régler d'un point de vue vraiment pluridisciplinaire... ».*

Malheureusement, de nombreuses sages-femmes interrogées ont du mal à trouver les interlocuteurs adéquats face à des TCA. La sage-femme 04 s'interroge « *c'est compliqué ein *rire nerveux* [...] vers qui on peut orienter pour essayer de prendre en charge ? C'est juste ça qu'on a besoin de savoir* ». La sage-femme 02 a le même sentiment « *orienter, je ne sais pas vers qui et je ne sais pas par qui* ».

Un problème de manque de personnel soignant est également évoqué, notamment par la sage-femme 07 « *là où je suis c'est quand même un désert médical donc ce n'est pas évident* ».

Certaines sages-femmes, comme la sage-femme 02 ou la sage-femme 06 considèrent qu'il y a une marge de progression pour un travail en réseau efficace « *je n'oriente peut-être pas suffisamment* », « *je pense qu'on ne l'exploite quand même pas assez* ».

Au contraire des autres sages-femmes, la sage-femme 03 considère le travail en réseau comme un réel soutien dans sa pratique « *c'est vrai que travailler en réseau m'aide beaucoup* ».

Lorsque l'on parle de TCA, les diététicien/nes sont les principaux professionnels de santé vers qui les sages-femmes réorientent, c'est le cas de la sage-femme 02 « *j'oriente plutôt vers la diététicienne quand je vois qu'il y a des erreurs alimentaires* ». La sage-femme 07, considère cependant que les TCA nécessitent une prise en charge qui va au-delà d'un rééquilibrage alimentaire « *essayer de trouver une personne qui ne va pas juste recevoir la patiente et lui dire « il faut manger une portion comme ça de glucide, une portion comme ça... » ce n'est pas comme ça que tu peux aider des gens qui ont des troubles alimentaires je pense* » et aurait plutôt tendance à rechercher un/e diététicien/ne avec une approche holistique et comportementale.

Comme d'autres sages-femmes, elle réoriente également vers un/e psychologue « *là ou on est y a une psychologue qui fait de l'hypnothérapie* ».

Beaucoup de sages-femmes évoquent le soutien entre pairs, notamment dans les cabinets de plusieurs sages-femmes. C'est le cas, par exemple, de la sage-femme 09 « *demander à mes collègues comment elles feraient* ».

Parmi les autres professionnels de santé vers qui les sages-femmes se tourneraient si elles dépistaient un TCA, elles citent les médecins généralistes, les maternités, la PMI, les centres d'addictologie, les pharmacies.

Parmi les autres outils qu'elles identifient, plusieurs sages-femmes m'ont parlé de livrets nutritionnels. La sage-femme 03 nous dit « *je leur donne le guide nutritionnel de manger-bouger.fr* ».

Mais pour la plupart, leurs freins au dépistage restent le manque de formation et des axes pour orienter les patientes. La sage-femme 05 nous dit « *c'est vrai qu'on n'a pas de méthodologie et pas*

forcément de carnet d'adresse qui nous permette de... voila ». La sage-femme 04, quant à elle « d'être formé et sensibilisé à ce sujet nous permettrait nous d'être plus à l'aise pour poser les questions et orienter les femmes ». Pour la sage-femme 09, sans ces outils, elle ne se sent pas capable de dépister les TCA « si on nous demandait de faire un dépistage et qu'on nous formait un peu plus à ça j'essaierais de le faire en tout cas. Mais c'est vrai que, comme ça, je ne pourrais pas... ».

Au contraire de ses collègues, la sage-femme 08 pose la responsabilité de ce dépistage à la patiente elle-même et trouve que les outils disponibles sont suffisants pour les patientes « il y a même sur le réseau Aurore des fiches pour les patientes disponibles, bien renseignées, les manger-bouger, le médecin traitant... Elles ont mille accès à tout ».

3. Discussion

3.1. La place du dépistage : entre tabous et préjugés

L'alimentation et la grossesse entretiennent des liens étroits pour lesquels la sage-femme joue un rôle multidimensionnel primordial. En effet, elle intervient à un niveau préventif concernant les conseils hygiéno-diététiques et le bien-être, mais elle veille également à limiter les risques et à maintenir l'équilibre des pathologies liées à l'alimentation comme le diabète ou l'obésité. L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) précise d'ailleurs que la grossesse « *est une période où les femmes peuvent, dans l'intérêt de leur enfant, prendre ou reprendre les meilleures habitudes alimentaires* » [11]. En 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) indique que le professionnel qui suit la grossesse doit, dès la première consultation, informer sur le suivi général de la grossesse. Notamment sur l'alimentation et le mode de vie, les risques infectieux alimentaires, la sensibilisation aux effets du tabagisme et de la consommation d'alcool [12]. A travers nos entretiens, nous avons effectivement constaté que l'équilibre alimentaire des patientes était un sujet important. Les sages-femmes ont finalement l'impression que leurs patientes ont un mauvais équilibre alimentaire, excusé par la grossesse, et ne sont pas intéressées par ce sujet. Comme l'indique la sage-femme 01, « *elles ne cherchent pas à savoir combien j'ai le droit, ou combien je n'ai pas le droit. Ou si j'ai pris, quand est-ce que c'est grave, qu'est-ce que l'on fait ?* ». Pourtant, le score grossesse du Programme National Nutrition Santé (PNNS) qui permet de mesurer l'adéquation des pratiques aux recommandations spécifiques de la grossesse, calculé en 2011, était supérieur à celui de la population générale [9]. En d'autres termes, la majorité des femmes enceintes sont plus vigilantes à leur alimentation pendant la grossesse et adhèrent davantage aux recommandations alimentaires du PNNS. Cette étude met en évidence un écart selon les caractéristiques sociales avec un intérêt et un suivi plus important des recommandations par les femmes avec une position sociale plus élevée [9]. Or, selon l'Insee, la région Auvergne-Rhône-Alpes se place en deuxième position en termes de niveau de vie médian et est l'une des moins touchée par la pauvreté et le chômage [10]. Les sages-femmes interrogées ont donc une vision plutôt éloignée de la réalité en ce qui concerne l'alimentation de leurs patientes. Comme le soutient la sage-femme 08, « *c'est comme si, parce qu'elles sont enceintes, tous les interdits sont levés. [Sucreries] matin et soir, [fast-food] selon l'envie [...] C'est comme si rien n'était grave parce qu'elles sont enceintes [...] Ce n'est plus leur priorité je trouve, au contraire* ».

Si les sujets liés à l'alimentation, à l'hygiène de vie sont omniprésents dans les consultations prénatales, il semble qu'interroger les comportements alimentaires, et plus précisément les TCA, soit moins évident pour les sages-femmes. Le dépistage des TCA s'appuierait-il alors uniquement sur les croyances des sages-femmes dans ce domaine ? Autrement dit, l'impact des préjugés des sages-femmes nuirait-il au dépistage des TCA ?

Socialement et culturellement, les TCA demeurent entourés de tabous. La stigmatisation de la boulimie constitue « *le premier et principal frein à l'accès aux soins* », estime la HAS dans ses dernières recommandations de bonne pratique, publiées en collaboration avec la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB) en 2019 [14]. À ces tabous s'ajoutent souvent des non-dits, comme d'éventuels comportements compensatoires, une estime de soi altérée, une culpabilité exacerbée et toutes les conséquences psychologiques que les TCA impliquent. De plus, l'alimentation reste un sujet qui touche le soignant dans sa dimension personnelle, à l'instar de la sage-femme 01 « *ça fait appel aussi à moi et à mon alimentation [...] la part que ça représente dans ma vie personnelle* ». Cet aspect va directement influencer la manière dont le soignant va se préoccuper de l'équilibre alimentaire du patient. Au-delà de ces tabous, le peu d'études récentes portant sur le sujet n'aident pas à lever de nombreux préjugés entourant les TCA. Parmi ces préjugés, la personne présentant une anorexie mentale est souvent associée à un poids faible et la personne atteinte de boulimie à de l'obésité, ou des pathologies associées au surpoids [13]. Les paroles de la sage-femme 08 en témoignent « *quand on s'oriente sur le côté obésité [...] pour moi c'est un énorme problème de santé publique* ». C'est sûrement pour cette raison qu'un amalgame a souvent été fait entre surpoids et boulimie au sein de nos entretiens et que l'IMC est repéré comme un critère diagnostique important. C'est le cas de la sage-femme 04 « *Je pense que l'anorexie c'est ce qui va être visible* ». Ces tabous et ces préjugés vont empêcher la patiente de se confier sur d'éventuels troubles. Et pourtant, la sage-femme 06 pense que ses patientes lui en parleraient spontanément « *elles m'en parlent d'elles-mêmes au sein de cet interrogatoire là quand y en a* ». La HAS a sorti en 2010 des Recommandations de Bonne Pratique (RBP) concernant les TCA et plus particulièrement l'anorexie. Les auteurs y expliquent que « *la méconnaissance de la réalité du problème et de ses conséquences représentent une indiscutable difficulté pour le repérage et l'accompagnement initial* » [5]. Si l'on considère que, pour les sages-femmes interrogées, l'IMC et les variations excessives de poids sont les éléments principaux de diagnostic d'un TCA, et que le surpoids est cité en tant que TCA par certaines d'entre elles, on comprend que le rééquilibrage alimentaire et la diététique soient des axes majeurs de leur prise en charge. Ce qui explique que la majorité des sages-femmes réorientent vers un/e diététicien/ne. Alors pourquoi parler d'équilibre alimentaire quand on aborde les TCA, mais ne pas s'intéresser aux TCA lorsque l'on aborde l'équilibre alimentaire ?

La HAS nous expose également les risques de complications psychologiques et somatiques liés aux TCA pendant la grossesse. Les auteurs citent un risque augmenté de rechute d'environ 20%, de vomissements incoercibles, de fausses couches et d'accouchements prématurés. Les conséquences sur le bébé sont également importantes et peuvent inclure un poids faible à la naissance, un RCIU, une mort néonatale, des anomalies du tube neural, et ce même si le TCA n'est plus actif [5]. En post-

partum, « *la préexistence de TCA est un facteur de risque du développement de dépressions du post-partum* » [5]. Les mères peuvent également avoir plus de difficultés pour alimenter leurs bébés avec des repas conflictuels. « *Il est donc indispensable de former les intervenants de première ligne et d'offrir un réseau structuré et identifiable de spécialistes formés à la prise en charge des TCA* » [5]. Les sages-femmes, dans nos entretiens, reconnaissent ces risques. Pourtant, l'identification de ceux-ci n'aboutit pas à un dépistage et elles se sentent mal à l'aise avec les outils à disposition pour aider ces femmes. Qu'est-ce qui empêche les sages-femmes, interlocutrices professionnelles de première ligne, d'engager la discussion avec une patiente à propos des TCA ?

3.2. Un dépistage complexe

En effet, la HAS dans ses recommandations de 2010 chiffre à « 50% [de] cas détectés par les professionnels de santé de premier recours, et seulement 30% des patients adressés dans les centres de santé mentale ou spécialisés » [5]. Et elle complète ses recommandations de 2010 par de nouvelles en 2019 qu'elle adresse « *aux professionnels : médecins généralistes, pédiatres, psychiatres de l'enfant et de l'adulte [...] sages-femmes, kinésithérapeutes* ». Les sages-femmes jouent donc un rôle dans ce dépistage. Certaines pensent qu'on passe souvent à côté et aimeraient pouvoir dépister ces troubles, comme la sage-femme 01 « *je ne le fais pas en systématique, c'est mon tort* ». Au contraire de la sage-femme 08 « *de toute manière, si je puis me permettre, je ne suis pas diététicienne, ni psychologue, ni spécialiste en alimentation [...] Je ne me sens pas ni le pouvoir, ni la formation, ni le temps nécessaire* ».

Par rapport à ce dépistage, une contradiction est souvent faite par les sages-femmes interrogées. La sage-femme 03, par exemple : « *mais après concrètement je ne vais pas... [cherche ses mots] je ne vais pas aborder le sujet quoi.... Enfin en préparation ou en consultation je ne vais pas demander...* ». Pourtant elle dit aussi : « *Mais pendant la grossesse, j'en n'ai jamais eu* ».

Elles observent également une hausse du taux d'obésité dans leur patientèle. Elles identifient l'IMC comme un potentiel élément de diagnostic. Pourtant, une patiente dont l'IMC est supérieur à 25 ne bénéficiera pas forcément d'un dépistage des TCA.

Elles abordent également une grande quantité de symptômes psychologiques ou de risques qu'elles savent repérer. L'hyper-maîtrise, l'impact sur le lien mère-enfant, l'altération de l'image corporelle, le risque de dépression du post-partum... La sage-femme 01 est consciente de la peur du jugement qui entoure la personne atteinte de TCA et qui rend plus difficile le dépistage. Elle dit : « *il faut vraiment s'acharner pour arriver à ce que la patiente dise "oui j'ai eu des problèmes de comportement alimentaire"* ». Elle considère néanmoins que le dépistage reste le rôle du médecin traitant qui connaît la patiente, ou du pédiatre qui connaîtra l'enfant.

Tous les symptômes et les facteurs qui mènent à l'émergence d'un TCA participent également à sa persistance. Un facteur va avoir un effet sur un autre facteur qui va lui-même accentuer un symptôme, ce qui rend l'identification et la prise en charge des TCA complexes. C'est pourquoi la HAS préconise une prise en charge pluridisciplinaire et encourage le dépistage par les intervenants de première ligne [14]. Ce tissu de symptôme est résumé dans ce schéma [15]

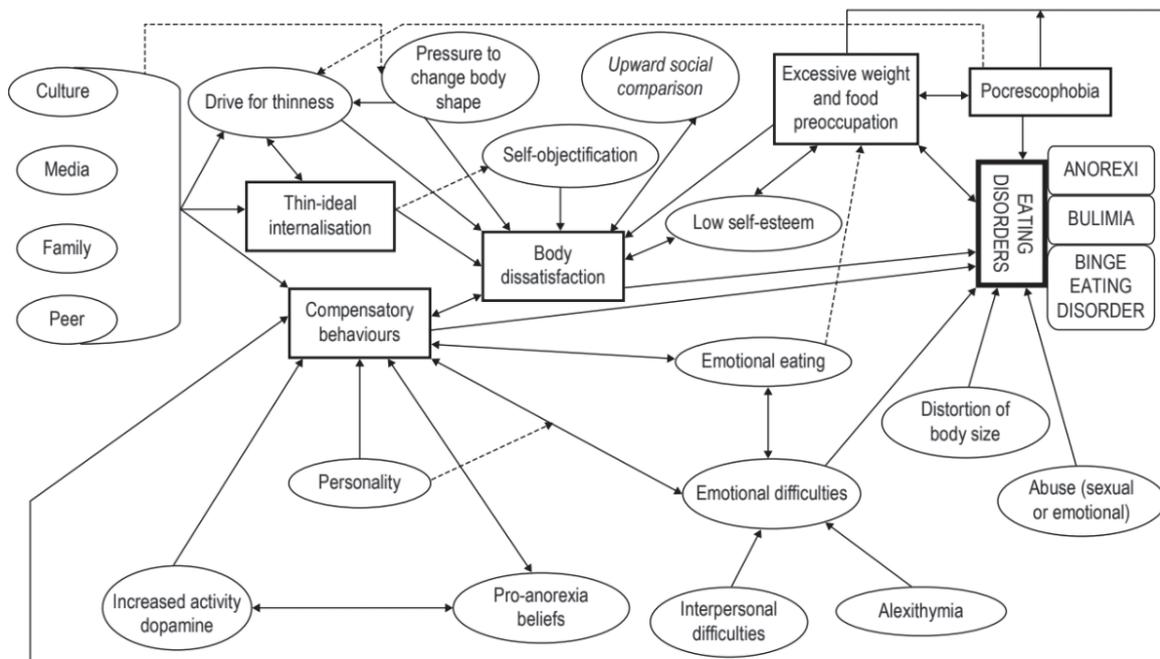


Fig. 5 Transtheoretical model of eating disorders

Legend: Figure 5 encompasses factors leading to emergence and persistence of eating disorders. The bold elements are the symptoms of eating disorders (defined in DSM-5). The dashed lines describe direct relations between variables.

Figure 1 : modèle trans-théorique des troubles du comportement alimentaire, d'après Brytek-Matera A, Czepczor-Bernat K, *Models of eating disorders : A theoretical investigation of abnormal eating patterns and body image disturbance, Psychiatry and Psychotherapy*, 2017 ;1 :16-26

Ce schéma a été élaboré à partir des études existantes pour résumer les mécanismes de maintien des TCA et les différentes étiologies [15]. Il met en avant :

- Certaines caractéristiques de la personnalité : l'inflexibilité, la concentration excessive sur des détails, la peur de commettre des erreurs.
- Des problèmes de la sphère émotionnelle : la difficulté à ressentir et exprimer des émotions et dans la régulation de celles-ci.
- A propos des relations interpersonnelles, la difficulté à avoir des réponses émotionnelles adaptées.
- Le sentiment que le TCA aide au fonctionnement quotidien de la personne malade. Les abus émotionnels sont un facteur étiologique important à souligner, notamment dans la boulimie.

Ces études nous montrent l'importance d'un travail en réseau de qualité et la nécessité d'une collaboration de tous les acteurs, de première ligne puis spécialisés. C'est une des difficultés auxquelles se confrontent les sages-femmes interrogées. La sage-femme 02 nous dit « *orienter, je ne sais pas vers qui et je ne sais pas par qui* ». La sage-femme 04 partage le même sentiment « *C'est compliqué *rire nerveux* [...] Vers qui on peut orienter pour essayer de prendre en charge c'est juste ça qu'on a besoin de savoir* ». Face à des symptômes aussi variés, et qui peuvent facilement être attribués à l'état de grossesse qui induit beaucoup de remaniements psychiques, il est difficile pour les sages-femmes de mettre précisément le doigt sur des TCA.

L'idée de les aborder de manière directe est considérée comme trop intrusif. Ce qui explique que le dépistage ne soit pas réalisé de manière systématique en consultation prénatale, même avec lorsque des facteurs de risque ont été identifiés. La sage-femme 04 se demande « *quelle légitimité on a à aller s'immiscer dans leur vie ?* » tandis que la sage-femme 09 nous dit « *je ne sais pas... Je me dis "est-ce que ça mettrait mal à l'aise la personne ?" Elle n'a peut-être pas envie d'en parler* ». Le référentiel des compétences des sages-femmes publié par l'Ordre des Sages-Femmes (annexe XII) souligne l'attention nécessaire aux attitudes de la patiente et l'importance de diagnostiquer les comportements à risque. Dans les dépistages touchant à l'intime, une attention au langage paraverbal est primordiale. Nous pouvons définir l'intimité psychique comme « *la vie intérieure de l'individu : ses joies, ses peines, ses croyances, ses envies... ce que chacun est en son for intérieur* » [16]. En tant que sage-femme, nous abordons la sexualité, les violences faites aux femmes, l'alcool, le tabac ou les drogues pendant la grossesse, la dépression... Quant à la pratique, elle touche à tout ce qu'il y a de plus intime. Nous pourrions raisonnablement penser que l'intrusion dans la vie intime de la patiente est inévitable. C'est aussi pour cette raison que le respect de l'intimité est si important pour les sages-femmes. « *Respecter l'intimité psychique ce sera, respecter [...] les questions que les soignants choisiront de ne pas poser, la limite ténue entre le questionnement nécessaire et la curiosité* » [16]. Cette notion de respect explique l'attitude de nombreuses sages-femmes vis-à-vis du dépistage car elles n'identifient pas de risques pour le déroulement de la grossesse, le questionnement est-il alors nécessaire ? C'est à travers une relation personnalisée avec la patiente que « *le soignant pourra percevoir ce qui touche profondément le patient, ce qui est difficile pour lui, et qu'il pourra ainsi singulariser le soin* » [16]. Entre autres, c'est « *la relation qui va permettre de modifier la perception de l'atteinte de son intimité par le patient* » [16]. Mais quelle différence y-a-t-il entre ce dépistage et un autre ? Les sages-femmes se retrouvent peut-être en difficulté par rapport à leurs propres réactions ou leurs représentations de l'alimentation. Ou alors peut-être ont-elles le sentiment de ne pas être légitime par l'absence de formation. À la suite de ces entretiens, nous pouvons également nous demander si l'absence de réflexion individuelle et collective impacte la

posture des sages-femmes face à ce problème de santé. Si elles évoquent le manque de temps, la peur de brusquer la patiente ou parce qu'elles considèrent que la grossesse n'est pas un moment privilégié au dépistage, nous pouvons nous demander dans quelle mesure elles pourraient répondre aux attentes d'une patiente annonçant spontanément des TCA.

3.3. Des pistes d'amélioration...

Pour améliorer le sentiment des sages-femmes vis-à-vis du dépistage, elles nous donnent elles-mêmes des pistes.

Une meilleure formation sur les TCA et la connaissance du réseau pour prendre à charge des TCA sont souhaitées afin qu'elles sachent que faire lorsqu'une patiente les évoque. La sage-femme 04 pense « *qu'il faut arriver à en faire du dépistage* » mais « *pas finalement savoir quoi en faire, et ben on ne pose pas la question* ».

Les associations fournissent des dépliants qui pourraient être un réel soutien et lever le tabou pour les sages-femmes (annexe 9, annexe 10). En effet, la FFAB a mis en place une journée mondiale des TCA et le réseau francilien des TCA ouvert une ligne téléphonique d'écoute à destination des patientes. Ces informations pourraient être transmises aux patientes. En 2017, une campagne sur les hémorroïdes menée par IDS média confirme l'intérêt de ces brochures. 46% des médecins déclarent que de nouveaux patients souffrant d'hémorroïdes se sont déclarés à la suite de la campagne et 84% des brochures mises à disposition ont été emportées par les patients [17]. Nous avons donc besoin d'une réelle collaboration entre les professionnels spécialisés et les intervenants de première ligne afin d'obtenir concrètement ces outils et pouvoir les utiliser.

Lors de ses recommandations en 2010, la HAS préconise un dépistage des TCA lors de l'entretien du quatrième mois « *le repérage des TCA actuels ou passés, au cours de l'entretien psychologique systématique du quatrième mois de grossesse est également utile* » [5]. Elle propose deux tournures de questions « *avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ?* » ou « *est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ?* ». Elle suggère également l'utilisation du questionnaire SCOFF-F où deux réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA :

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

Consciente de la difficulté pour les professionnels de santé de première ligne de réaliser ce dépistage, la HAS évoque également l'attitude à adopter dans ses recommandations de 2019 [14] :

- Être en tête à tête avec le patient (prévoir un temps en dehors de la présence des accompagnants et des éventuels personnels soignants).
- Questionner sur le type d'aliments consommés, la fréquence et le mode de consommation.
- Adopter une attitude bienveillante envers le patient, sans jugement ni culpabilisation.

La HAS dans ces mêmes recommandations a élaboré une conduite à tenir spécifique de la grossesse et du post-partum (annexe 11). Le dépistage d'antécédents de TCA, de TCA actuels ou suspectés est à réaliser afin de prévenir du risque de dépression ou de difficultés dans la relation mère-enfant.

Nous pouvons encore aller plus loin au niveau des investissements des politiques publiques. Même si la HAS suggère un dépistage au quatrième mois de grossesse, ce n'est pas le cas du référentiel des compétences de sages-femmes publié par l'Ordre National des sages-femmes (annexe XII) et de la sécurité sociale. Ils recommandent une prévention sur l'alimentation et les comportements à risque (alcool, tabac, drogues) sans identifier les TCA [18]. Comment les sages-femmes peuvent être actuellement à l'aise avec le dépistage des TCA si l'intérêt collectif est moindre ?

4. Conclusion

Les TCA pendant la grossesse ne sont pas anodins. Les risques concernent des TCA actifs mais aussi passés avec davantage de MFIU, RCIU, anomalies du tube neural, vomissements incoercibles et carences. Puis en post-partum, on retrouve un risque de dépression évident, des difficultés dans la mise en place du lien mère-enfant. Et enfin, plus tard, des repas conflictuels avec l'enfant et un risque majoré que l'enfant développe à son tour des TCA.

Les professionnels de première ligne sont encouragés à dépister ces troubles, et parmi eux, les sages-femmes. Mais les TCA restent finalement assez méconnus et ne sont pas suffisamment repérés. En effet, le dépistage n'est pas systématiquement réalisé, et lorsque des TCA sont dépistés, les sages-femmes ont du mal à envisager la prise en charge. De nombreux freins ont été identifiés : manque de temps, méconnaissance des TCA, manque de réseau, dépistage trop intrusif... Il est donc important de mieux former et informer les sages-femmes sur les signes à détecter et les professionnels ressources. Car, encore aujourd'hui, des préjugés entourent les TCA et ce n'est qu'en offrant des outils concrets aux intervenants au contact des patients qu'ils pourront laisser la place à des éléments de réponse, que ce soit pour les professionnels ou les patients.

Parmi les outils développés pouvant aider au dépistage, le questionnaire SCOFF pourrait être réalisé lors du premier entretien, à la création du dossier. Il rentrerait dans le cadre de la prévention réalisée par les sages-femmes, au même titre que les violences faites aux femmes, le tabac ou l'alcool.

La collaboration entre tous les acteurs de la prise en charge est importante. La mise en relation entre les centres spécialisés, les associations et les intervenants de première ligne pourrait changer les choses.

Il manque d'études de grande envergure et le sujet des TCA devrait être davantage exploité pour parvenir à une prise en charge de qualité. Car le dépistage précoce rend la chronicisation des TCA moins dangereuse et une rémission est plus favorable. Il serait intéressant d'étudier la mise en place d'un dépistage systématique à l'aide du questionnaire SCOFF afin d'évaluer objectivement la prévalence de ces troubles chez les femmes enceintes.

Bibliographie

1. Gebhard S. Troubles du comportement alimentaire et maternité : entre risque et opportunité, *Revue Médicale Suisse*, 2017;3(547):207-08.
DOI:10.53738/REVMED.2017.13.547
2. Franko D.-L, Keshaviah A, Eddy K.-T, Krishna M, Davis M.-C, Keel P.-K, et al. A Longitudinal Investigation of Mortality in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry*. 2013;170(8):917-25. DOI:10.1176/appi.ajp.2013.12070868
3. Easter A, Bye A, Tadorelli E. Recognising the symptoms: How common are eating disorders in pregnancy ?, *Eur Eat Disord Rev*, 2013;21:340–4.
4. Planade-Lancou A. Evaluation des connaissances des sages-femmes à propos du dépistage et de la prise en charge de l'anorexie pendant la grossesse et le post-partum [Mémoire]. Limoges, France : université de Limoges ; 2017.
5. HAS. Recommandations de Bonne Pratique. Anorexie mentale : prise en charge. 2010
6. Watson H.-J, Torgensen L, Zerwas S. Eating disorders, pregnancy, and postpartum period: Findings from the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa). *Nor Epidemiol*, 2014;24:51-62
7. Collin dit de Montesson B. Repérage des troubles du comportement alimentaire chez la femme enceinte à l'aide du score de SCOFF : étude à la maternité du CHD de la Roche-sur-Yon [Thèse de doctorat]. Nantes, France : université de Nantes ; 2015.
8. Hubin-Gayte M, Squires C, Doncieux K. De l'intérêt d'une prévention des troubles des conduites alimentaires chez les femmes enceintes. *L'information psychiatrique*, 2008;84(8) :725-31. DOI:10.3917/inpsy.8408.0725
9. Gojard S, Plessz M, Régnier F. Les femmes et l'alimentation : le rôle des normes alimentaires et corporelles. *INRA Sciences sociales : recherches en économie et sociologie rurales*. 2017;1(2)
10. Insee. L'essentiel sur... Auvergne-Rhône-Alpes. Chiffres-clés. 2022
11. INPES. Le guide nutrition pendant et après la grossesse [En ligne]. 2007 [cité le 13 oct 2019].
Disponible : https://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/guide_nutrition_grossesse.pdf
12. HAS. Recommandations pour les professionnels de santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ?. 2005.
13. Schaumberg K, Welch E, Breithaupt L, Hübel C, Baker J, Munn-Chernoff M, Yilmaz Z et al. The Science Behind the Academy for Eating Disorders' Nine Truths About Eating Disorders, *Eur Eat Disord Rev*, 2017;25(6):432-50. DOI:10.1002/erv.2553

14. HAS. Recommandations de Bonne Pratique. Boulimie et hyperphagie boulimique : Repérage et éléments généraux de prise en charge. 2019
15. Brytek-Matera A, Czepczor-Bernat K, Models of eating disorders : A theoretical investigation of abnormal eating patterns and body image disturbance, *Psychiatry and Psychotherapy*, 2017;1:16-26. DOI : 10.12740/APP/68422
16. Dumont M, L'intimité à l'épreuve du soin, L'intimité menacée ?, 2019 ;1:95-104. DOI : 10.3917/eres.mique.2019.01.0095
17. IDS media, Opinions et attitudes des médecins généralistes vis-à-vis de l'information santé [en ligne], 2013 [cité le 2 mars 2022], disponible : <https://www.ids-media.fr/blog/communication-patient-sujet-tabou>
18. Ameli, Suivi mensuel de la grossesse à partir du 4^{ème} mois [en ligne], 2022 [cité le 2 mars 2022], disponible : <https://www.ameli.fr/ain/assure/sante/themes/grossesse/consultation-suivi-mensuel>

Annexes

Annexe I : Synopsis



PROTOCOLE DE RECHERCHE Résultat de l'enquête exploratoire Diplôme d'Etat de Sage-Femme Faculté de médecine et de maïeutique Charles Mérieux Site Bourg en Bresse



Auteur : Lauvergeon Lisa
Directeur de recherche : Centre référent des troubles du comportement alimentaire de Lyon
Titre provisoire : De quelle manière les <u>sages-femmes de consultation prénatale</u> réalisent-elles un <u>dépistage</u> des TCA en région Auvergne-Rhône-Alpes ?
CONSTAT/JUSTIFICATION / CONTEXTE <p>Pour les patientes déjà anorexiques à l'annonce de la grossesse, les TCA sont dépistés avant la grossesse seulement pour une minorité d'entre elles, et la période de grossesse étant une période de déni avec une diminution de la symptomatologie, ce n'est pas à ce moment-là que la patiente ira voir spontanément un professionnel</p> <p>Pour celles en rémission ou non malade, la grossesse est une période à risque de développer des TCA ou bien qu'ils refassent surface, notamment en début de grossesse et jusqu'au 8^{ème} mois</p> <p>D'après l'étude <i>Recognising the symptoms: How common are eating disorders in pregnancy?</i> De Easter A. (2013), les TCA sont plus courants qu'on ne le pensait pendant la grossesse. Il y a donc un besoin clinique de mieux comprendre la symptomatologie et d'intégrer des outils de dépistage appropriés aux soins prénatals.</p> <p>Or, d'après l'étude de Abraham et al (2001) ; moins de la moitié des gynécologues obstétriciens qui dépistent et connaissent les TCA.</p> <p>Le questionnaire SCOFF a été adapté à la femme enceinte et est déjà utilisé systématiquement dans d'autres pays et permet un dépistage et une prévention de l'apparition des TCA.</p> <p>Durant mes stages, je n'ai jamais assisté à un dépistage systématique des TCA. En revanche, j'ai assisté à des consultations de grossesse de femmes avec un IMC < 18 qui n'ont pas bénéficié non plus de ce dépistage.</p> <p>Pourtant, les risques d'une anorexie pendant la grossesse et en post-partum sont certains : <u>RCIU pendant la grossesse, difficulté à reconnaître les signaux de faim pendant l'allaitement</u> (Waugh et Bulik (1999) ; Evans et Legrange (1995)), <u>sous-alimentation et retard staturo-pondéral du bébé puis de l'enfant</u> (Park (2003) ; Waugh (1999) ; Griffiths (1995) ; Stein (1999)...), et d'autant plus de conséquences sur la <u>parentalité</u> (Franzen (1997) ; Woodside (2002))</p>
OBJECTIF PRINCIPAL : Comprendre pourquoi les sages-femmes de consultation prénatale font ou ne font pas un dépistage des TCA
OBJECTIFS SECONDAIRES : Analyse de la consultation prénatale de la sage-femme : Est-ce qu'elle connaît les TCA ? Est-ce qu'elle dépiste les TCA ? Sur quels critères ?
METHODOLOGIE / SCHEMA DE LA RECHERCHE Etude qualitative par des entretiens semi-directif auprès de SF de consultation sur différents lieux et types d'exercice (hospitalier/libéraux ; différentes maternités dans la région Rhône Alpes). L'objectif est d'effectuer ces entretiens sur la base d'une trame de questions afin de comprendre pourquoi la SF dépiste ou pas les TCA, si elle est à l'aise avec ce dépistage (est ce que son niveau de connaissance lui permet d'être à l'aise). En quoi elle considère que c'est ou ça n'est pas son rôle de dépister les TCA ?

<p>TRAME D'ENTRETIEN</p> <p>Comment menez-vous une consultation prénatale en dehors de l'aspect obstétrical ? Premièrement, je cherche à voir si la SF fait attention à la courbe de poids et à l'IMC initial d'un point de vue des troubles alimentaires, si elle utilise un document pour l'aider dans ce dépistage (SCOFF). Cela me permet de voir quels aspects psychologiques elle retient pour le suivi (modifications corporelles, le changement de statut de femme au statut de mère, l'investissement de la grossesse...), comment elle les hiérarchise et où elle situe les TCA dans un contexte d'IMC <18</p> <p><i>Si la SF n'oriente pas l'entretien sur les TCA, j'oriente assez rapidement par des questions, ou ces questions me servent à relancer le dialogue ;</i></p> <p>Que connaissez-vous des TCA ? Je veux savoir ce que la SF connaît des TCA et surtout par quels moyens : formation initiale, formation continue, DU, recherches personnelles afin de nuancer les résultats de mes entretiens en fonction des connaissances.</p> <p>Avez-vous déjà eu une patiente atteinte de TCA ou ayant eu des TCA ? Une fois que nous sommes dans le vif du sujet et si ce n'est pas précisé durant l'entretien, je dois avoir cette information pour corrélérer avec le niveau de connaissance de la SF.</p> <p>Quels seraient les éléments qui vous orienterez vers un dépistage des TCA ? L'IMC est un élément primordial évident dans le dépistage lorsqu'il est anormal. Mais l'IMC peut être normal et la patiente souffrir de TCA, surtout pendant la grossesse où les symptômes ont tendance à s'atténuer. Je souhaite donc savoir comment elle hiérarchise les critères qui la pousse à dépister si elle ne le fait pas systématiquement.</p> <p>Pourquoi dépistez-vous/ ne dépistez-vous pas les TCA de manière systématique au même titre que d'autres dépistages que les sages-femmes font ? Je souhaite connaître les raisons qui poussent une SF à dépister de manière systématique des TCA (Plus grande sensibilité à ce sujet ? Formation ? Carrière ?) Ou, au contraire à ne pas le faire (manque de connaissance ? Pas le rôle de la SF ?). Cela va me permettre de corrélérer le niveau d'importance qu'accorde la SF à ce dépistage par rapport à ses connaissances/formations/carrière... Une SF qui considère que ce n'est pas son rôle et qui n'a pas les connaissances est une situation logique. Mais une SF qui considère que c'est son rôle mais qui n'a pas les connaissances est une situation à connaître afin de comprendre où se situe l'origine de cette discordance.</p> <p>Je peux présenter le SCOFF à la sage-femme à ce moment-là en lui demandant si elle connaît ce questionnaire et ce qu'elle en pense. Cela me permet de voir si ce questionnaire peut être intéressant en pratique et possible à mettre en place dans les solutions que je souhaite proposer. Utile de manière systématique/selon facteurs de risque ?</p>
<p>POPULATION CIBLE Cette étude porte sur les sages-femmes travaillant en consultation de grossesse (en libéral ou en hospitalier) dans la région Auvergne-Rhône-Alpes</p>
<p>CRITERES D'INCLUSION : Sage-femme de consultation en Auvergne-Rhône-Alpes (libéral ou hospitalier)</p>
<p>CRITERES DE NON-INCLUSION Sage-femme ne pratiquant pas de consultation de grossesse, autres professionnels de santé</p>
<p>CRITERES DE SORTIE D'ETUDE Sage-femme qui ne souhaite pas continuer l'entretien</p>
<p>NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES 10 à 15 sages-femmes de la région Auvergne-Rhône-Alpes dont la pratique est variée afin d'enrichir les résultats : consultations prénatales de sages-femmes libérales et hospitalières de différents lieux d'exercice</p>
<p>LIEU DE LA RECHERCHE : étude multicentrique en cabinet libéral et centre hospitalier en Auvergne-Rhône-Alpes</p>
<p>RETOMBÉES ATTENDUES Le but de mon étude est de mettre en évidence une méconnaissance des TCA de la part des sages-femmes et de sensibiliser sur les risques pour la mère et l'enfant pendant la grossesse, en post partum et au-delà, mais surtout de proposer des solutions ; il est important de le dépister, au même titre que les addictions, notamment via le questionnaire SCOFF, adapté à la femme enceinte.</p>
<p>Aspects éthiques et réglementaires Anonymat des entretiens et des données utilisées, recherche n'impliquant pas la personne humaine, pas de récupération de données personnelles Conforme à la CNIL Promoteur : CHB</p>
<p>Références bibliographiques</p> <p>HAS Anorexie mentale : prise en charge, Recommandations de bonne pratique, Juin 2010</p> <p>Hubin-Gayte Mylène, Squires Claire, Doncieux Karine <i>et al.</i>, « De l'intérêt d'une prévention des troubles des conduites alimentaires chez les femmes enceintes », <i>L'information psychiatrique</i>, 2008/8 (Volume 84), p. 725-731. DOI : 10.3917/inpsy.8408.0725. URL : https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-8-page-725.htm</p> <p>COLLIN DIT DE MONTESSON B. Repérage des troubles du comportement alimentaire chez la femme enceinte à l'aide du score de SCOFF : étude à la maternité du CHD de la Roche-sur-Yon, thèse en vue de l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine</p> <p>PLANADE-LANCOU A. Evaluation des connaissances des sages-femmes à propos du dépistage et de la prise en charge de l'anorexie pendant la grossesse et le post-partum. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de Sage-Femme. 2017</p>
<p>Durée de l'étude et calendrier prévisionnel : Durée de l'étude : 1 an</p> <p>Rédiger la trame du questionnaire avant l'été 2021, la faire valider et tester. Envoyer les questionnaires au début de l'été 2021. Recueil des résultats au fur et à mesure des retours des sages-femmes, avant fin novembre 2021. Analyse terminée début janvier 2022. Discussion terminée mi-février 2022. Relecture et corrections entre mi-février et mi-mars. Rendu mémoire mi-mars 2022.</p>
<p>Mots clés : TCA, consultation de grossesse, dépistage</p>

Annexe II : Courrier à destination des sages-femmes

Bonjour,

Je m'appelle Lisa Lauvergeon, je suis étudiante sage-femme en 5ème année sur le site de formation de Bourg-en-Bresse.

Dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire dont le sujet porte sur l'alimentation en consultation prénatale.

Pour mener à bien mon travail, je souhaite réaliser des entretiens individuels avec des sages-femmes qui exercent ou ont exercé en consultations prénatales.

La durée des échanges est estimée entre 40 et 60 minutes. Je peux me déplacer pour vous rencontrer sur le lieu de votre choix. Il m'est également possible d'organiser cette discussion en visioconférence.

Ainsi, si vous réalisez des consultations prénatales, votre expérience m'intéresse et votre participation est précieuse !

L'entretien ne consiste pas à évaluer vos connaissances mais à partager votre expérience.

Je vous garantis l'anonymat et le libre choix de répondre ou non aux questions posées.

Si cela vous intéresse, n'hésitez donc pas à me contacter dès à présent :

Par mail : lisa.lauvergeon@etu.univ-lyon1.fr

Ou par téléphone : 06.26.13.06.81

Par ailleurs, je me tiens à votre entière disposition pour toute autre information.

Je vous remercie par avance pour votre implication

Bien cordialement,

LL

Annexe III : Grille d'entretien

Présentation de la sage-femme :

- Nombre d'année d'exercice en consultations prénatales
- Lieu d'étude
- DIU ? Parcours

Comment la sage-femme aborde l'alimentation :

- Racontez-moi la manière avec laquelle vous abordez l'alimentation lors d'une consultation prénatale.

Vous m'avez parlé de l'alimentation d'un point de vue qualitatif/quantitatif, y-a-t-il d'autres aspects qui vous préoccupent ?

Les connaissances de la sage-femme sur les TCA :

- Si j'évoque la notion de troubles alimentaires, que pouvez-vous m'en dire ?

Son expérience personnelle :

- Avez-vous déjà pris en charge une patiente atteinte de TCA ? Pourriez-vous me raconter comment les choses se sont passées ?

Comment vous l'avez vécu ?

Comment cette maman a été orientée, sa prise en charge ?

Avez-vous utilisé des outils ?

Sur quels éléments orientez-vous un dépistage ?

IV : Tableau de tri des données – L'alimentation en consultation prénatale

		L'alimentation en consultation prénatale	Quand en parler ?	Comment en parler ?
Entretien 01	16 ans	<p>Je ne l'aborde pas systématiquement [...] Selon les facteurs de risques et selon l'évolution clinique</p> <p>Je vais m'adapter donc, je vais pas faire du systématique</p>	<p>Si FdR identifiés : À 12 semaines à la grosse déclaration [...]</p>	<p>Si FdR identifiés : j'aborde la nutrition en disant bon ben est ce que vous avez déjà fait un diabète de grossesse ?</p> <p>Si FdR identifiés : Là je vais commencer à dire « écoutez on va limiter les sucres ... »</p> <p>il faut que je l'envoie marcher un petit peu et je vais devoir creuser l'alimentation. Souvent ça va ensemble.</p>
	Nutrition	<p>Ça va être fonction du poids/taille au départ de la grossesse et de la prise de poids. [...] et l'écho à 5 mois.</p> <p>Si c'est une dame qui a des antécédents personnels ou familiaux de diabète ou de macrosomie.</p> <p>PC, un fémur au 20ième et un périmètre abdo au 80ième p</p> <p>si par contre je vois qu'elle est déjà en surpoids et qu'elle est d'une ... elle parle pas du tout d'activité physique</p>		
Entretien 02	33 ans	<p>c'est vrai que quand une femme est dans la norme j'aborde pas forcément l'alimentation en tout cas pas forcément sur la première cs</p> <p>Mais ca j'en parle avec les jeunes plutôt en cpef. Mais avec les femmes enceintes c'est parfois un peu plus compliqué.</p> <p>C'est souvent au niveau du poids, quand on parle du poids et de la prise de poids</p> <p>Quand les femmes sont en surpoids dès le début de grossesse [...] et quand elles sont en insuffisance pondérale aussi</p> <p>Quand elles me paraissent anémiée On rencontre des véganes des végétariennes alors j'essaie de voir a quel groupe elles appartiennent</p>	<p>la première cs, souvent on remplit le dossier, je leur dis « voila vous êtes dans le vert »</p>	<p>J'essaie de voir ce qui peut pêcher donc ce qui peut être amélioré quand elles sont en insuffisance et ce qui peut être source de surpoids quand elles sont en surpoids</p> <p>J'en parle quasiment systématiquement pour la toxoxo.</p> <p>La toxoxo c'est super simple, attention à ci à ça j'ai tendance a leur parler d'activité physique</p>

		L'alimentation en consultation prénatale	Quand en parler ?	Comment en parler ?
Entretien 03	2 ans et demi	Quand je vois qu'il y a de la prise de poids ouai je vais chercher un peu plus	Quand je la vois pour la première fois , je lui parle un peu de tout ce qu'il y a en lien avec la grossesse ; trisomie, toxoplasmose du coup quand je commence la toxoplasmose j'arrive a en parler de ça justement à quoi faire attention à manger	rubéole listéria toxo [...]. Après quoi manger, quoi pas manger... Si, je leur dis de pas manger pour deux, d'aller au restau normalement, d'éviter café/alcool, les trucs qu'on apprend de base dans les cours [...] et je vais pas préciser à l'aliment près
Entretien 04	11 ans	Quand je surveille la prise de poids essentiellement. [...] Si j'ai l'impression qu'elles ont trop pris C'est vrai que cest la prise de poids qui va beaucoup faire un lien Si elles sont anémiée, fatiguée	Alors j'en parle aussi d'ailleurs a la 1^{er} cs déjà [...] pour leur dire ce qu'il faut manger ou pas au niveau des reco toxo listéria tout ça.	j'essaie de revoir avec elles ce qu'elles mangent et j'essaie de refaire le point avec elles si j'estime qu'il y a des erreurs alimentaires leur dire ce qu'il faut manger ou pas au niveau des reco toxo listéria tout ça.
Entretien 05	1 an et demi	chez une dame de poids correct avec pas une prise de poids énorme on va peut-être pas l'aborder... *réfléchit* enfin, moi je l'aborde moins Ouai c'est vrai que j'y pense pas forcément pendant l'EPP Enfin moi en tout cas j'accorde peut-être pas une place assez importante la dessus dans les cs spécifiques. les patientes qui prennent beaucoup de poids pendant leur grossesse, c'est souvent aussi là qu'on aborde un peu la diététique si par exemple on a une glycémie qui est augmenté ou si on a une femme qui va prendre beaucoup de poids on va revenir sur ce sujet la		je leur demande un petit peu comment elles mangent, ce qu'elles mangent , comment elles voilà...

		L'alimentation en consultation prénatale	Quand en parler ?	Comment en parler ?
Entretien 06	3 ans	<p><u>Toutes je leur dis vous mangez équilibré, en quantité raisonnable</u></p> <p><i>Si elles me disent que ça fait des semaines, et qu'elles ont des <u>nausées</u>, qu'elles <u>vomissent</u> toute la journée celles qui déjà de base sont pas mal en <u>surpoids</u> en début de grossesse, je cherche a savoir déjà comment elles mangent d'habitude une qui est <u>déjà en surpoids et qui arrive avec 3 kg en plus à chaque fois</u> bon y a un moment donné on va revoir l'alimentation, l'activité physique etc. Mais sinon je les embête pas avec leur poids à partir du moment où c'est raisonnable Tous les mois je leur demande toujours le <u>transit</u> Une dame qui a des <u>remontées acides</u> c'est pareil, on va d'abord passer par l'alimentation avant de prescrire du Gaviscon</i></p>	<p>Avec <u>la première consult</u>, quand je les vois la première fois avec tout le bilan là où on fait une consult d'une bonne heure</p>	<p>je leur fais les conseils alimentaires par rapport à la toxoplasmose, listéria etc. ce qu'elles ont le droit ou pas de manger Je leur dis « surtout vous <u>mangez équilibré</u>, vous mangez de tout, a quantité raisonnable, vous mangez pas pour deux, mangez a votre faim [...] et surtout vous gardez une <u>activité physique.</u> » "Je préfère qu'aux repas principaux vous mangiez plus de légumes, plus de patates ou plus de voila mais <u>je préfère que vous mangiez des meilleurs repas plutôt que vous grignotiez derrière toute la journée</u> » « si vous avez envie de grignoter vous prenez plutôt des produits laitiers, ou des noix, des amandes » « dans l'idéal faut quand même limiter un peu, enfin pas manger n'importe quoi » après je leur dis bien « vous êtes enceinte, vous êtes pas malade » alors si on peut pas se faire plaisir enceinte, on se fait plaisir quand ?</p>

		L'alimentation en consultation prénatale	Quand en parler ?	Comment en parler ?
Entretien 07	1 an	<p>Tu sais ça va avec le pack, proposer une échographie précoce, plus le bilan de début de grossesse et plus les conseils alimentaires du coup</p> <p>Donc la priorité pour moi je pense c'est de <u>répondre d'abord a leurs questions</u> et après on en parle un petit peu plus tard pendant la grossesse</p>	<p>Pour <u>projet de grossesse</u> donc en consultation prénatale ou sinon c'est quand je les vois souvent, ben ça dépend, des fois elles viennent entre 6sa et 10sa, <u>première consultation de grossesse</u></p>	<p>Par voie orale je vais surtout dire les grosses lignes, pour la <u>tox</u> ; donc bien nettoyer les fruits, les légumes, bien faire cuire la viande, je leur explique vite fait le cycle du chat, comme quoi il faut bien nettoyer les fraises etc.</p> <p>Ensuite pour la <u>listériose</u> pareil fromage lait cru, tout ce qui est lait cru, les fruits de mer, bien faire cuire les œufs avec le jaune, la viande</p> <p>Après surtout je leur donne la <u>plaquette d'information</u></p> <p>Alors moi souvent ce que je dis c'est <u>qu'il faut manger de tout</u>, comme avant, sauf les aliments interdits, <u>qu'il faut pas manger pour deux</u>. Que le premier trimestre il faut compter à peu près <u>+150-200 kilocalorie</u> finalement ça va vite, c'est deux pommes un yaourt. Que c'est plutôt <u>250 kilocalories</u> pour les 2eme et 3eme trimestre donc voilà ça va vite aussi je leur dis « écoutez si votre budget le permet <u>c'est mieux de consommer des fruits et légumes bio</u>, sinon c'est pas grave, vous les nettoyez bien correctement et les peler ».</p> <p>Donc tout ça pour leur dire qu'il faut pas manger pour deux non plus.</p>
		<p>Si elle est a la limite de la maigreur, un petit <u>IMC</u> limite ou un peu haut</p> <p>si elles ont des problèmes de transit tu vois de choses comme ça j'en profite pour en parler</p> <p>j'ai eu une patiente qui était <u>végane</u>, après j'ai pas eu trop de <u>végétarienne</u> tout ça</p>		

		L'alimentation en consultation prénatale	Quand en parler ?	Comment en parler ?	
Entretien 08	4 ans	<u>C'est pas quelque chose qu'on détaille vraiment, sauf si elles ont des questions particulières c'est vrai que du coup je l'aborde mais succinctement.</u>	J'en dis quelques mots au 4ème mois [...]	Toutes les patientes en obésité dès le début de grossesse je leur annonce la couleur, qu'elles n'ont... C'est pas le mot mais qu'elles n'ont pas le droit de prendre 12 kilos.	
		si je vois que les HU posent un problème ou que le poids sur la balance n'est pas du tout conforme à ce qu'il devrait être		par rapport aux recommandations alimentaires de la toxo tout ça, la salmonelle, la listeria etc.	
		je pense qu'il y a beaucoup de patientes pour lesquelles il y a plusieurs chevaux de batailles, et du coup voilà tu choisis un peu sur quoi tu dois t'axer. J'ai priorisé [...] c'est rare quand même que ce soit le seul sujet au centre de la problématique de grossesse parce que la santé des femmes n'est pas bonne, et que des patientes enceintes qui fument il y en a énormément.		il arrive aussi que du coup j'en parle dans les consult gynéco qui ont un désir de grossesse	70 ou 80% de mes consultations je leur rappelle qu'une grossesse normale c'est 9 à 12 kilos et pas plus
				Et puis bon il y a quand même un problème du défaut d'activité physique	
Entretien 09	1 an	Si la patiente effectivement elle a des questions sinon après je vais pas forcément plus détailler	En entretien du 4ème mois, je parle pas forcément d'alimentation a cette séance la a part si elle bien sur elle m'en parle	Après les premières séances c'était surtout par rapport aux prévention toxo, listeriose, cmv	
		Si la patiente était en surpoids ou des choses comme ça j'essayais de cibler un peu plus		Si surpoids : savoir un peu plus son alimentation, comment la déjà elle mangeait	

Annexe V : Tableau de tri des données – Les pathologies et l'alimentation

	Expérience	La relation de la SF avec l'alimentation	La relation de la patiente avec l'alimentation	Les pathologies auxquelles l'alimentation fait penser
Entretien 01	16 ans	<i>Ça fait appel aussi à moi et à mon alimentation en fait [...] la part que ça représente dans ma vie personnelle</i>	<i>Si elle pense à avoir une activité physique très probablement qu'elle pense avoir une alimentation en lien. Déni ou méconnaissance. <u>Je pense il y a beaucoup de méconnaissance. quand on pose la question aux gens ils mangent tous très bien, ils mangent tous équilibré</u></i>	<i>Après chez une femme qui est maigre, ou qui a du mal à me donner son poids, qui est gênée... je vais aussi aborder s'il y a eu des TCA, pour l'anorexie</i>
	Nutrition			<i>Ma plus grosse pensée, c'est le diabète.</i>
Entretien 02	33 ans		<i>Je pense que c'est du déni et puis au moins elles ont une raison de grossir elles sont enceintes donc elles ont une excuse Souvent quand on les interroge elles ont aucun défauts *rires* il n'y a rien qui pêche dans l'alimentation, rien du tout <i>Je trouve que quand y a pas de pathologie, elles en seraient presque à te dire « ben vous voyez c'est pas parce que je suis grosse que j'ai du diabète »</i></i>	<i>Pourtant moi je trouve que les diabétiques notamment celles qui font un diabète gestationnel, quand on leur donne des conseils alimentaires pour le diabète et qu'elles voient qu'effectivement ça a une répercussion sur les dextro et bien je trouve que c'est vraiment l'occasion de corriger des erreurs alimentaires</i>
Entretien 03	2 ans et demi	<i>Je m'y connais pas non plus énorme sur l'alimentation a vraiment quoi faire attention, à regarder à chaque fois ce qu'elle mange midi, matin et soir</i>	<i>Elles cherchent pas à savoir combien j'ai le droit ou combien j'ai pas le droit ou si j'ai pris quand est-ce que c'est grave, qu'est-ce que l'on fait</i>	<i>Après j'ai très peu de femmes qui prennent pas de poids et d'anorexie</i>
Entretien 04	11 ans			<i>Si elles sont anémiées</i>
Entretien 05	1 an et demi	<i>[Les patientes] qui veulent absolument pas prendre 1g et donc elles ouai, elles c'est un petit peu différent et là je suis peut-être pas armée pour...</i>	<i>C'est facile de nous donner autre chose que ce qu'elles mangent réellement</i>	<i>Si par exemple on a une glycémie qui est augmenté</i>

		La relation de la SF avec l'alimentation	La relation de la patiente avec l'alimentation	Les pathologies liées à l'alimentation
Entretien 06	3 ans		Tu leur fais les conseils alimentaires [...] Elles te répondront toujours 'oui oui oui' et puis en fait <u>elles en feront toujours qu'à leur tête</u> , après on a le mérite de leur avoir dit *rires*	Voire vraiment <u>constipé</u>
				Une dame qui a des <u>remontées acides</u> c'est pareil
Entretien 07	1 an			Si y a beaucoup de <u>nausées</u> , <u>vomissements</u> aussi
				Y a pas mal de <u>problème de thyroïde</u>
				Le sucre ça passe par le placenta qui va faire du <u>diabète</u>
Entretien 08	4 ans	Enfin pour être tout à fait honnête, il y certaines patientes, <u>on abandonne</u> , moi j'ai transmis les consignes, mais c'est pas possible quoi c'est malheureusement triste mais maintenant une patiente qui a un IMC à 27 bah limite <u>elle est normale et c'est pas grave quoi</u> .	en général en fait <u>elles se sont déjà informées</u>	Quand elles ont un <u>diabète gestationnel</u> , nous elles ont vraiment un suivi, je ne les lâche pas
			De si c'est une aussi une primipare ou une multipare, parce qu'une multi en général <u>elle est déjà tout à fait avisée</u>	J'ai jamais été confrontée avec des patientes qui ont une <u>anorexie</u>
			Que je suis sans doute plus dure avec elles quand je les pèse qu'une autre de mes collègues qui fait 50 kilos. Mais parce que justement peut-être que comme je suis dure avec moi-même	L'alimentation c'est l'inverse parce que comme <u>elles pensent toutes qu'elles peuvent grossir</u> , du coup c'est pas facile c'est comme si parce qu'elles sont enceintes tous les interdits sont levés, [sucreries] matin et soir, [fast-food] selon l'envie parce qu'on est enceintes tout ça, c'est comme si rien n'était grave parce qu'elles sont enceintes C'est plus leur priorité je trouve, au contraire.

		<p>C'est vrai que c'est difficile une consultation, et même si c'est un entretien en début de grossesse sur par exemple une heure, parce qu'en fait <u>il faudrait aborder le tabagisme, l'alimentation, les violences, enfin voilà.</u></p>	<p>je travaille dans un endroit où la population n'est pas la même que partout, on a une énorme population maghrébine, méditerranéenne, africaine aussi d'Afrique noire, et turc. C'est pas la même alimentation et ces femmes-là culturellement faire un bébé de 5kg c'est pas un problème. Je pense qu'il y a un côté culturel et je pense aussi que la population a du mal à accepter, enfin <u>pour eux c'est normal de faire ce poids là et de manger ça quoi.</u></p>	<p>il y a quand même aussi des choses qui sont liées à l'état de grossesse comme tous les <u>vomissements gravidiques</u></p>
		<p>Après à titre personnel je viens de perdre 10 kilos sur une année donc <u>c'est un peu un sujet qui me tient quand même à cœur</u></p>	<p>je pense que ça <u>ils n'arrivent pas à comprendre ça</u> [les risques de l'obésité sur la santé]. Et je pense aussi que quand on arrive à un certain stade, la montagne paraît trop grosse de ce qu'il y a à perdre... De ce qu'il y a à faire et de ce qu'il y a à perdre.</p> <p>[Des patientes qui] m'ont déjà dit qu'elles étaient venues me voir moi et pas une de mes collègues qui faisaient 40 kilos parce qu'elles ne voulaient pas une <u>donneuse de leçon</u></p>	
		<p>L'alimentation <u>c'est un exutoire pour presque tout le monde hein</u></p>	<p>Donc elle ne voit pas pourquoi elle le [le régime] ferait cette fois-ci, et que <u>de toute manière il faut manger quand on est enceinte</u></p>	
Entretien 09	1 an	<p><u>Dans notre société le poids c'est important</u></p>	<p><u>Dans notre société le poids c'est important</u> y en a d'autres qui sont toutes <u>paniquées</u> [à propos de l'alimentation du bébé]</p>	<p>La grossesse par rapport au <u>diabète</u> c'est des moments importants Faire une petite prévention par rapport au diabète gestationnel</p>

Annexe VI : Tableau de tri des données – Notions théoriques des TCA

	Expérience	Connaissances de la SF sur les TCA	Pathologies	Symptômes	Risques pour la grossesse
Entretien 01	16 ans		Aussi bien <u>anorexie</u> [...] que <u>boulimie</u>	Elles sont dans <u>l'hyper maîtrise</u> y compris de l'annonce de ce passé la	Parce que quand il y a ... euh... Boulimie, ben il y a plus de <u>diabète</u>
	Nutrition		Quand il y a des antécédents <u>de chirurgie euh... digestive ... bariatrique</u> notamment	Elles ont très <u>peur du jugement</u>	Elles disent qu'elles ne grignotent pas et quand moi je pose la question en écho, quand je vois, quand je mesure le
			C'était pas des TCA mais enfin <u>elle mangeait pas de féculents quoi ... est-ce que ce n'est pas un petit début de TCA ...</u>	il y a peu de femmes qui en parle spontanément Même en allant le chercher <u>les femmes ne veulent pas en parler</u> comme c'est guéri ça ne doit pas revenir en fait, donc on n'en parle plus. Qui n'ose pas augmenter les rations de leurs enfants. Et au moment de la diversification.	périmètre abdo je sais que j'ai le PC et le fémur au 20ième et j'ai un périmètre abdo au 80ième percentile avec du liquide un peu en excès
Entretien 02	33 ans	<u>Euh je suis pas très bonne là-dessus... je suis pas trop à l'aise avec cette pathologie</u> , et j'ai pas d'outil j'ai pas de formation. Donc ouai, j'ai un peu plus de mal.	Moi j'entends <u>boulimie</u> Et <u>anorexie</u> , c'est ce que ça m'évoque en tout cas Je sais que <u>quelqu'un d'anorexique peut être aussi boulimique il me semble...</u> La <u>chirurgie</u> par rapport à l'obésité	<u>L'alimentation de son bébé</u> c'est une obsession Des femmes plutôt versant anorexie qui vont restreindre leur bébé	

		Connaissances de la SF sur les TCA	Pathologies	Symptômes	Risques pour la grossesse
Entretien 03	2 ans et demi	<p>Après j'ai peu de connaissances ein je... En TOC alimentaires j'ai pas plus d'informations que ça quoi. Même moi à l'heure d'aujourd'hui j'ai pas euh j'ai pas d'info Mais c'est vrai que ça manque quand je suis devant la question je fais merde faudrait quand même que je me renseigne et qu'un jour je sois quand même là-dedans Je pense aussi que c'est un manque de connaissances ein, de nous de notre part. Je pense qu'on est, pas forcément que moi, on est complètement larquée</p>	<p>Tout ce qui est boulimie j'ai pas trop observé</p>	<p>Je vais quand même regarder par rapport à la prise de poids, par rapport au poids de base, par rapport à la HU, par rapport à l'échographie au niveau du poids de bébé</p>	
			<p>Elle a eu une période d'anorexie</p>	<p>Qu'elles ont pas forcément envie de se quérir</p> <p>Elles se rendent pas compte de leur pathologie je pense qu'il y a des femmes enceintes qui veulent pas admettre leur TCA</p>	
Entretien 04	11 ans	<p>Ouai on n'est pas super formé a ça donc ouai on pose la question Y a pas beaucoup de formation... J'ai pas eu beaucoup de séminaire la dessus. C'est la première fois qu'on me pose la question là-dessus *rires* y a quoi d'autres en fait ? (ndlr : anorexie et boulimie) parce que je les connais pas super bien</p>	<p>Sur l'anorexie</p>	<p>Elles vont pas forcément m'avouer qu'elles ont été boulimiques ou qu'elles le sont encore ou anorexique. Donc elles veulent peut-être pas en parler Des fois y a leur conjoint et elles veulent pas répondre et quand elles reviennent ça « en fait je vous ai pas dit »</p> <p>Quand y a des prises de poids</p>	
			<p>Boulimie</p>	<p>Derrière on surveille l'alimentation du bébé Je pense que l'anorexie c'est ce qui va être visible [...] parce qu'elles vont finir par ne plus s'alimenter et perdre du poids</p>	

		Connaissances de la SF sur les TCA	Pathologies	Symptômes	Risques pour la grossesse
Entretien 05	1 an et demi	<p><i>Ben pas grand-chose *rire*, fin de troubles alimentaires euh... *réfléchi* C'est vrai que je me sens pas très armée la dedans, je vais peut-être aussi moi botter en touche chez certaines femmes</i></p> <p><i>En pensant plutôt à la dénutrition là particulièrement, on est petit peu... Moi je me sens un petit peu.....</i></p> <p><i>Désarmée en fait</i></p>	<p><i>Des anorexiques je n'en ai pas vu.</i></p>	<p><i>On a quand même pas mal de dames un peu sportives, qui ont une notion diététique quand même plus importante</i></p>	<p><i>Et puis a longue ça va peut-être devenir des dames ou diabétiques ou avec des problèmes...</i></p>
		<p><i>C'est quand même une maladie de notre siècle, on n'avait pas autant de gens avec des surpoids ou même des anorexies dans les... Avant</i></p>	<p><i>Elle avait déjà eu un parcours pour faire une sleeve des interventions de chirurgie bariatrique</i></p>	<p><i>Je pense qu'elles nous disent pas tout</i></p>	
		<p><i>Parce que moi bon ça fait longtemps que je suis pas allée à l'école mais de ce que je me souviens de mes cours on a jamais abordé le sujet</i></p>	<p><i>On va en avoir ein, des dames qui sont accroc au sucre</i></p>	<p><i>Ou qui se sentent pas anorexique parce que pour elles, elles sont dans le canon de la beauté</i></p> <p><i>Y a vraiment que le levier ou elles sont malades, ou elles ont des problèmes pendant leur grossesse qui va les faire changer d'avis. Si elles ont pas de problème pendant la grossesse ce sera difficile</i></p>	
		<p><i>Je sais que je connais pas grand-chose sur l'anorexie et euh voila</i></p>		<p><i>L'anorexie c'est encore plus difficile je pense parce que y a une notion de psychologie</i></p>	
				<p><i>Une autre personne c'est pas sûr. C'est pas sûr déjà qu'elle aille la voir ou qu'elle retourne la voir.</i></p>	

		Connaissances de la SF sur les TCA	Pathologies	Symptômes	Risques pour la grossesse
Entretien 06	3 ans		Des histoires de <u>boulimie</u>	<p>On verrait déjà tout ça d'un <u>point de vue psychologique</u> en général quand y a des troubles du comportement alimentaire, c'est très rare qu'elles aillent super bien. . Y a des contextes a côté, soit <u>au sein de la famille</u>, alors pas forcément des <u>violences</u> mais ça peut, ou des contextes de <u>dépression</u>, ou <u>mal être</u> ou <u>burn-out</u></p> <p>Les TCA [...] <u>c'est pas anodin</u>, c'est pas un truc comme ça qui est venu du jour au lendemain, c'est un truc qui se met en place avec le temps et y a forcément quelque chose qui va pas derrière et qui explique ces troubles du comportement</p>	
			<p>Surtout bilanter pour voir si y a pas de <u>carences</u></p> <p>Y en a c'est des <u>carences affectives</u> ou y en a elles mangent pas pour se faire oublier.</p> <p>Y a eu un <u>rapport un peu particulier avec ses parents, avec ses frères et sœurs</u>, on se dit <u>comment ça va être avec son bébé</u></p> <p>On va se méfier pour après, après la naissance. <u>Le lien mère-enfant</u>, les choses comme ça En fait elle avait peur que son bébé fasse comme elle.</p> <p><u>Elle est toujours inquiète que son bébé il ait assez mangé</u> alors qu'il mange comme un goinfre des fois même <u>elles sont mega angoissées</u> et l'alimentation c'est un truc qui les panique</p>		
			Ou <u>d'anorexie</u> des fois même	<p>Je vois un peu leur <u>IMC</u></p> <p>Soit parce que c'est acté pour elles et <u>qu'elles ont pas envie d'en parler et que c'est du passé.</u> Soit c'est encore présent et <u>y a peut-être quelque chose qui va nous mettre la puce à l'oreille</u> derrière ou là peut-être on posera la question</p>	

				<p>Inconsciemment des fois y a des restes, y a des traumatismes Ou que c'est un antécédent lointain, que pour elle, c'est acté, c'est passé, elle s'en est très très bien sortie mais le fait de devenir maman, ça va peut-être faire remonter des choses qu'elle s'attend pas et elle se rend pas compte pendant la grossesse à ce moment-là. C'est plus après</p> <p>Elles ont besoin d'être rassurées, d'être accompagnées</p> <p>Elles pour moi elles sont plus à risque de dépression post natale typiquement</p>		
Entretien 07	1 an	<u>Je t'avoue je suis pas trop calée</u>	J'ai eu une patiente qui était anorexique pendant l'adolescence	Souvent les patientes comme ça elles ont pas mal de problème de nausées, vomissements . C'est souvent associé je trouve		
				Une prise de poids négative ou insuffisante		
		<u>Je suis pas hyper calée en TCA</u>	Boulimie	Pour être sûre qu'il n'y ait pas de carence		Elle a une petite crise de boulimie
				Une fragilité débordante envers l' image corporelle		La peur de prendre du poids
		Des patientes qui ont un by-pass ou ce genre de chose	Elles ont pas besoin d'une diététicienne qui leur donne un papier et qui leur dise « faut manger tant de glucides, tant de protéines » et puis leur taper sur les doigts quand elles reviennent parce qu'elles ont perdu que 200g alors qu'elles auraient dû en perdre 500 quoi			

		Connaissances de la SF sur les TCA	Pathologies	Symptômes	Risques pour la grossesse
Entretien 08	4 ans	Alors <u>un petit peu</u> mais pas vraiment par ma fonction, de par mon travail, plus par rapport à ma <u>vie privée</u> , des <u>connaissances</u>	J'ai jamais été confrontée avec des patientes qui ont une <u>anorexie</u>	Moi je pense quand même que c'est plus un problème [...] <u>d'assumer qu'il y ait ce problème-là</u> Il y a des femmes on voit <u>qu'elles changent tout de suite de sujet</u> Il y a le côté santé mais il y a le côté image, et je pense qu'elles sont pas souvent dans l'aspect santé mais <u>plus dans l'aspect image.</u>	Surtout les risques, mais du coup tout : le diabète, les cancers, enfin <u>toutes les maladies qui existent sont impactées par l'obésité</u>
		Mais en fait <u>on a tous des problèmes avec l'alimentation</u>	En tout cas quand on s'oriente <u>sur le côté obésité</u> [...] pour moi c'est un énorme problème de santé publique	[Avec le dépistage] peut-être qu'ils pourraient <u>prendre conscience aussi que c'est une pathologie</u> , que c'est pas irrémédiable Ça passe par la gestion pour moi du <u>psychologique</u> , car il a souvent un gros <u>malaise</u> derrière ça le problème est <u>psychologique.</u> C'est <u>ambivalent</u> comme monde. Donc pour moi le problème il est sociétal , clairement.	
		Elles ont fait une <u>sleeve</u> et elles ont une abdominoplastie, pour la grossesse, donc là on aborde plus facilement les problèmes de poids quoi.			

		Connaissances de la SF sur les TCA	Pathologies	Symptômes	Risques pour la grossesse
Entretien 09	1 an		<i>Euh... moi ce qui me parle c'est <u>l'anorexie</u>, la <u>boulimie</u> euh... Après euh...</i>	<i>Après il me semble que l'anorexie c'est le fait de <u>peu manger</u> euh... Ou alors... Et ou alors soit de peu manger, soit le peu qu'on mange euh...</i>	<i>Quand t'écoutes les <u>bdc</u></i>
				<i>Et la boulimie c'est d'avoir des <u>crises</u> ou on mange beaucoup et après par contre aller <u>se faire vomir ou prendre des laxatifs</u> pour accélérer le transit</i>	
			<i>Je sais pas si le surpoids, l'obésité, si c'est considéré comme un TCA ? Ouai... <u>Le surpoids</u></i>	<i>Je le vois avec les <u>IMC</u> un IMC qui pourrait me dire « ah peut être que »</i>	
				<i>Des violences type <u>scarifications</u> Des <u>facteurs déclencheurs</u> Si je vois qu'<u>elle prend pas de poids</u></i>	
		<i>Quand elles ont eu des <u>opérations</u>, anneaux gastriques, bypass</i>	<i>Quand les dames se font vomir dans la boulimie des fois tu vois <u>sur la main la trace des dents</u></i>		

Annexe VII : Tableau de tri des données – Le dépistage des TCA

	Expérience	Dans quelles mesures ?	Pourquoi ?	Comment accompagner ?	Rôle de qui?
Entretien 01	16 ans	<u>Je ne le fais pas en systématique, c'est mon tort.</u> Moi je ne dépiste pas, je ne demande pas systématiquement s'il y a des troubles du comportement alimentaire	Quand elles viennent souvent <u>elles sont quérées</u>	<u>Sans la stigmatiser</u>	Si c'est le <u>médecin traitant</u> qui fait le suivi de l'enfant, qui connaît la patiente
		Alors <u>ce n'est pas toujours facile à repérer</u>	il y a <u>peu de femmes qui en parle</u> spontanément	On a toujours peur qu'elle comprenne mal le message, <u>qu'elle culpabilise</u>	
			<u>Il faut vraiment s'acharner</u> pour arriver à ce que la patiente dise « oui j'ai eu des problèmes de comportement alimentaire »		
			Aujourd'hui pour une grossesse on a beaucoup de chose à faire en systématique à 12 semaines euh <u>on les assomme.</u> <u>On les stresse</u> après a 22 semaines	Lui faire comprendre que <u>ce n'est pas contre elle</u> , c'est pour son bébé.	
		Ça va être difficile de me mettre à faire du systématique	C'est quand même <u>très intrusif.</u> Alors il faut <u>protéger...</u> Pas non plus interroger voilà l'interrogatoire porte un peu trop bien son nom		<u>Le pédiatre</u> il ne connaît pas le passé de la maman. et là, il y a peut-être possibilité oui..
Nutrition		Je l'aborde quand j'ai des <u>signes d'appels</u>	C'est la première fois qu'on les voit, elles ne nous font pas encore confiance, elle ne nous dise rien. donc il faut d'abord <u>établir un climat de confiance</u> pour avoir ce genre d'informations pour la suite Je fonctionne avec mon expérience..	En disant, "ce que vous avez fait c'est bien, vous êtes une bonne mère mais ... on va faire de vous une meilleure mère en changeant certaines petites choses."	
		Après si l'enfant grossit bien, normalement [...] Mais comment dire, <u>cliniquement en droit de suspecter que tout va bien, donc de ne rien suspecter d'anormal</u>	<u>Il y a vraiment beaucoup, beaucoup trop d'informations</u>		

		Dans quelles mesures ?	Pourquoi ?	Comment accompagner ?	Rôle de qui?
Entretien 02	33 ans	Dépister l'obésité <u>forcément c'est déjà dépisté</u>	<u>Je suis pas sure que la grossesse soit le meilleur moment</u>	<u>Les conseils, les soutenir</u> , pour essayer de bien distinguer les besoins de chacun.	peut-être que c'est <u>pas mon rôle, c'est pas mon domaine</u> Ce qui peut être prouvé qu'effectivement c'est pas mon domaine et que c'est peut-être le domaine de quelqu'un d'autre
		Je crois que <u>j'ai jamais rencontré de troubles de type anorexie</u>	Celles-là c'est pareil je les oriente pas parce que <u>je sais qu'elles sont suivies</u> , je sais qu'elles ont eu des conseils, elles ont des suppléments, elles ont des surveillances.		
		Ça m'arrive de poser des questions mais c'est vrai que quand c'est établi, quand c'est pas brutal <u>je suis pas sûre d'aborder éventuellement un dépistage de TCA</u>	Je soulève pas trop <u>quand je peux pas assurer derrière</u> Moi je considère presque que <u>je suis débarrassée de ce versant-là</u> . C'est pas moi qui m'en occupe quoi, donc euh....		
		<u>C'est plutôt un changement qui va m'interpeler plutôt que quelque chose d'établi</u>			
Entretien 03	2 ans et demi	Mais pendant la grossesse <u>j'ai en jamais eu</u>			<u>C'est notre rôle oui et non</u> . Notre rôle peut être de pointer du doigt un signe suspect mais peut-être pas notre rôle de faire toute la prévention et tout le travail là-dessus
		Mais après concrètement je vais pas.... [Cherche ses mots] <u>je vais pas aborder le sujet</u> quoi.... Enfin en préparation ou en consultation je vais pas demander.... Je vais pas aborder le sujet directement	Après c'est clair qu'il y a déjà <u>beaucoup beaucoup d'infos</u> et qu'elles perdent facilement la mémoire en étant enceinte On a effectivement tellement de trucs à voir que je pense <u>ça ferait trop</u>		
		<u>Les petits signes</u> qui montreraient qu'il y a quelque chose de particulier	<u>J'ai pas envie de la frustrer</u> , je sais qu'il y a un problème mais j'aborderai ça plus tard ouai pour pas qu'elle se frustre et <u>qu'elle s'en aille et que je la perde complètement</u>		
		On dit qu'il n'y en a pas beaucoup mais si ça se trouve y en a pleins et <u>qu'on voit vraiment pas et qu'elles le cachent super bien</u>			

		Dans quelles mesures ?	Pourquoi ?	Comment accompagner ?	Rôle de qui?	
Entretien 04	11 ans	<u>Je pense qu'il y en a en fait mais qu'on leur pose pas la question forcément. Enfin moi en tout cas je leur pose pas forcément la question et du coup je passe a côté</u>	Je pense qu'il y a des fois c'est des <u>pathologies passées</u> parce que <u>si elles arrivent à être enceinte c'est qu'elles ont dépassé ça</u> elles en parlent pas souvent parce qu' <u>elles pensent que c'est loin derrière elles</u> , en tout cas l'anorexie si pour moi c'est quelque chose de géré, elles arrivent enceinte et elles sont plus la dedans, <u>j'essaie aussi de pas revenir la dessus tout le temps ça sert a rien</u>	Donc peut être les <u>sensibiliser</u> à ça, leur dire qu'il y a des <u>portes ouvertes</u> mais après est ce qu'elles vont les prendre, est ce qu'elles vont y retourner.	Ce sera plus le rôle j'estime du pédiatre, ou de la puer suivant <u>qui va suivre l'enfant</u>	
		Je mets pas forcément le doigt dessus	On pose la question puis au final on saura pas forcément quoi en faire, c'est pour ça peut être qu' <u>on insiste pas parce qu'on sait pas quoi en faire.</u> <u>Je pense pas que ce soit utile pour le suivi de la grossesse</u>			
		Mais c'est vrai que là <u>je sais pas faire le tri</u> pour le coup, je vois bien	Après, des femmes qui mangent mal y en a pleins mais <u>elles sont pas toutes...</u> J'ai l'impression, en tout cas pour l'anorexie, qu' <u>elles sont plus anorexiques quand elles sont enceintes</u>			
		Je pense qu' <u>il faut arriver à en faire du dépistage</u>	C'est compliqué je trouve, <u>on les étiquette de nouveau</u> en fait <u>Quelle légitimité on a à aller s'immiscer dans leur vie</u>			Les sensibiliser plutôt à ce qu'il peut se passer après pour qu' <u>elles sachent qu'il y a des gens qui peuvent les</u>
		[Dépistage] <u>systématique je pense qu'on serait surprise</u>	Après le problème c'est qu' <u>on n'ose pas poser les questions</u> parce qu'on a l'impression c'est... Déjà <u>on est peu formé a ça</u> pendant les études			
			Parce qu'on a l'impression d'être <u>trop intrusive</u>			

		<p>Je pense que si on pose la question au début elles disent pas forcément oui mais avec la confiance qui va s'installer au fil des consultations elles vont peut-être revenir sur le sujet parce qu'elles savent qu'on leur a déjà posé la question</p>	<p><u>Pas finalement savoir quoi en faire</u> et ben on pose pas la question ou alors on voit mais voilà. Après si on commence à poser les questions, que finalement elles nous disent <u>oui et que nous on sait pas, voilà c'est bien, super !</u> *rires*. J'ai l'impression que des fois je pousse pas ou que je pose pas les questions parce que <u>je saurais pas derrière forcément quoi en faire, ou trouver de l'aide</u></p>	<p><u>aider</u> si elles retombent.</p>	
Entretien 05	1 an et demi	<p>On fait beaucoup de choses systématiques maintenant. <u>Est-ce qu'on rajoute encore un truc systématique ? Je sais pas.</u> J'avoue que... *souple* [...] Après bon pourquoi pas. Ou alors <u>sur facteur de risque</u> [...] Ouai pourquoi pas. Peut-être. Ça pourrait être peut-être...</p>	<p>Alors je dois vous dire que je sais pas parce qu'<u>on rajoute tellement de trucs dans nos consultations</u> que des consultations spécifiques, je suis pas sûre qu'on récupère tout le monde euh.... Qu'on <u>n'a pas beaucoup de temps</u> pour faire autre chose alors si pour chaque patiente il faut qu'on cherche une solution et qu'on appelle untel untel pour savoir si... voilà, ça devient un peu compliqué Le premier entretien de grossesse <u>on a quand même beaucoup de choses systématiques</u></p> <p>Peut-être nous déjà <u>une formation de base qui soit meilleure</u> dans ce thème</p> <p><u>Elles ont l'impression qu'on est intrusive</u> quand on pose beaucoup de question et je les laisse un peu aller ou elles veulent</p> <p><u>Est-ce qu'elles vont aller voir régulièrement la personne à qui on va l'adresser si, elles, elles se sentent pas dans une obligation ?</u> Parce que c'est ça en fait</p>	<p>Si on peut leur donner des <u>conseils</u></p> <p>Des patientes comme ça c'est vrai qu'<u>on va essayer de les aider au maximum</u></p>	<p><u>Ça reste notre rôle</u> si ça influe sur la grossesse. Après même si ça influe pas sur la grossesse</p>

		Dans quelles mesures ?	Pourquoi ?	Comment accompagner ?	Rôle de qui?
Entretien 06	3 ans	<p><i>J'ai jamais eu de femme enceinte en plein trouble du comportement alimentaire</i> <i>Après peut être que si je pose la question en systématique je vais peut-être en avoir beaucoup plus d'un coup</i> <i>*rires* je vais voir, peut être que je vais revoir mon interrogatoire du coup</i> <i>*rires*</i></p>	<p><u>Elles m'en parlent d'elles même</u> au sein de cet interrogatoire la si jamais y a un problème elles vont venir nous en parler et <u>elles viendront d'elles même</u></p>	<p>Elles, elles ont besoin d'être <u>rassurées</u>, d'être <u>accompagnées</u></p>	<p>Je trouve que c'est différent qu'un entretien prénatal précoce ou c'est pas d'un point de vue médical etc. [...] <u>c'est pas à moi de faire le dossier médical, c'est une autre prise en charge</u></p>
		<p><i>Disons que je demande pas systématiquement, <u>même quasiment jamais</u> en fait si elles ont ou si elles ont déjà eu des TCA</i></p>	<p>Entretien prénatal précoce (EPP) c'est un peu plus délicat parce que, <u>quand on les connaît c'est différent</u>. <i>Je trouve super délicat dans un EPP alors qu'on les a jamais vu, d'aller leur parler comme ça en détail de trucs un peu particulier, ça je le fais pas.</i> <i>L'idée de l'EPP je trouve que c'est plutôt d'instaurer un <u>climat de confiance</u></i></p>		
		<p><i>Mais typiquement <u>une femme enceinte qui perd du poids</u> pendant sa grossesse alors qu'elle mange « normalement » <u>y a un moment donné moi je pose la question</u></i></p>	<p><i>Je me dis peut-être qu'elles se sentiraient en <u>confiance</u> et si jamais y a un problème peut être qu'<u>elles en parleront d'elles même</u> ce climat de confiance c'est quand même important [...]</i> <i>Du coup voilà, si on attaque d'emblée...</i> <i>Si déjà on introduit <u>un climat de confiance</u>, elles se <u>livrent beaucoup mieux</u></i></p>		
		<p><u>Y a des fois ou on passe à côté.</u> <i>C'est peut-être une des questions qu'on <u>devrait poser systématiquement</u></i> <i>Parce que parfois y a pas de facteur de risque finalement. Ou les facteurs de risque on les découvre quand on pose la question. Donc moi je serais assez d'avis finalement de poser la question systématiquement</i></p>	<p>Elles se sentent <u>prises au piège</u> et elles derrière <u>elles ont encore moins envie de se livrer</u> parce que voilà elles se sont senties prise au piège.</p>		

		Dans quelles mesures ?	Pourquoi ?	Comment accompagner ?	Rôle de qui?
Entretien 07	1 an		<p><i>En vrai, t'as pas le temps de tout dire pendant les consultations de grossesse, parce que même si tout est physio, elles ont leurs questions et puis si c'est pas des questions ciblées par rapport à ça du coup t'as pas le temps d'aborder, 30 minutes ça passe vite</i></p>	<p><i>Je lui reproposerais une <u>consultation de grossesse en plus</u> histoire de discuter un peu de ça</i></p> <p><i><u>Essayer de trouver une personne qui va pas juste</u> recevoir la patiente et lui dire « <u>il faut manger une portion comme ça de glucide, une portion comme ça...</u> » c'est pas comme ça que tu peux aider des gens qui ont des troubles alimentaires je pense</i></p> <p><i>C'est beaucoup de <u>relationnel</u> finalement et discuter avec elle pour arriver à cerner de quoi vient son trouble, d'où c'est parti, si y a des éléments déclencheurs.</i></p>	<p><i>C'est le rôle de <u>tout le monde</u> Que la patiente consulte un gynéco, une sage-femme, un médecin généraliste. Même si elle consulte une prof de yoga pour faire du sport prénatal [...] même la famille</i></p>

		Dans quelles mesures ?	Pourquoi ?	Comment accompagner ?	Rôle de qui?
Entretien 08	4 ans	<p>Je pense que quand même le problème est ancré et <u>bien plus profond que juste des troubles alimentaires pendant la grossesse.</u></p>	<p>Et on sait que la santé des femmes n'est pas bonne, et comme je t'ai dit <u>si tu parles de la violence conjugale, si tu parles de...</u> Et ben comme en fait <u>il y a toujours un truc</u>, et ben de toute manière comme on sait très bien qu'il y a un côté environnemental aux troubles alimentaires mais il y a aussi un côté génétique, du métabolisme, de comment s'est ingéré, métabolisé, mais voilà, mais aussi parfois il peut y avoir d'autres problèmes sous-jacents, et c'est un exutoire la nourriture [...] Je peux pas que me concentrer sur l'alimentation [...] mais tant qu'elle n'aura pas géré ses autres problèmes là, bah de toute manière le poids...</p>	<p>Ça passe par la <u>gestion pour moi du psychologique</u>, car il a souvent un gros malaise derrière ça.</p>	<p>De toute manière, si je puis me permettre, je ne suis pas diététicienne ni voilà, ni psychologue, ni spécialiste en alimentation, je ne me sens pas <u>ni le pouvoir ni la formation, ni le temps nécessaire</u>, ni voilà, pour le régler, c'est un peu prétentieux mais en tout cas <u>essayer d'aider les patientes</u>. On doit parler d'alimentaire, <u>on est un maillon... Mais clairement on n'est pas le plus à même...</u></p>
		<p>Il faut essayer de voir le moment où la patiente va être <u>réceptive</u> pour qu'on lui dise.</p>	<p><u>Les femmes souvent ne venaient pas [aux consultations spécifiques nutrition], ou venaient une fois mais ne venaient pas à celle d'après.</u></p>	<p>C'est pour ça que ça passe déjà par leur dire quand on les pèse, où est-ce qu'elles se situent, si c'est normal ou si ça ne l'est pas. Et déjà, on voit la réaction que ça provoque.</p>	<p>C'est un problème de fond qu'il y a à régler d'un point de vue vraiment <u>pluridisciplinaire...</u></p>
		<p>De toute façon ça doit vraiment être une <u>prise de conscience personnelle...</u></p>	<p>Parfois la grossesse <u>c'est pas le moment idéal pour tout gérer</u></p> <p>Moi je pense vraiment malheureusement, c'est un peu triste hein, <u>je ne vais pas dire qu'il n'y a plus rien à faire pour ceux qui ont déjà un âge adulte, mais un peu hein</u></p> <p>[Avec le dépistage] peut-être qu'ils pourraient prendre conscience aussi que c'est une pathologie, <u>que c'est pas irrémédiable</u></p>		

		Dans quelles mesures ?	Pourquoi ?	Comment accompagner ?	Rôle de qui ?
Suite entretie n 08			Après je pense qu'aussi franchement il faut être honnête, c'est pas assez creusé pour que... <u>ça fait pas partie des questions automatiques de l'interrogatoire dans le dossier à cocher</u> Mais c'est pas une question qui est dans l'interrogatoire initial, donc forcément pour mettre le doigt dessus...	après c'est à nous de nous montrer <u>disponibles</u> et d'essayer d'amener à parler, jusqu'à comprendre est-ce que ça a toujours été comme ça, depuis quand, est-ce que c'est plutôt un problème environnemental, leurs parents sont aussi obèses, « on a été élevés comme ça », une alimentation pas bonne enfin voilà, ou est-ce qu'il y a vraiment des troubles, des variations, et après bah petit à petit c'est amené à voir est-ce que ça les dérange, est-ce que c'est un problème dans leur vie privée, professionnelle...	C'est un problème vraiment complexe. Et je pense que le <u>médecin traitant</u> doit rappeler ça à chaque consultation
		En maternité, en hospitalisation, <u>dans des moments où on a un peu plus de temps.</u>	Mais <u>si ça n'a pas d'impact sur la grossesse et le fœtus tout ça</u> , c'est quand même aussi des périodes émotionnellement difficiles, de remaniement tout ça, euh... je sais pas. <u>On n'a pas le temps pour accompagner ce problème-là.</u>		
Entretien 09	1 an	Pour le coup il me semble pas en avoir eu dans ma patientèle Y a déjà des dames qui m'ont parlé d'une anorexie passée	Parfois par <u>manque de temps</u>	J'essaie à chaque fois de leur dire que s'il y a un souci vous hésitez pas <u>vous rappelez le cabinet</u>	
		<u>Si elle m'en parle pas</u> , comme elle vient pas consulter pour ça <u>j'aborde pas trop non plus la chose</u>	Je sais pas des fois je me dis est ce que ça mettrait <u>mal à l'aise</u> la personne, <u>elle a peut-être pas envie d'en parler</u>	Je leur fais bien comprendre que moi <u>je suis à l'écoute</u> et si à un moment elles ont envie de me parler de quelque chose...	
		J'essaie de <u>prioriser</u>	J'ai pas forcément envie <u>d'en remettre une couche</u> [...]. Y en a quand même beaucoup qui te parlent de violence dans l'enfance, d'abus sexuel.		
		C'est difficile si la personne t'en parle pas mais oui à mon avis oui <u>on passe à côté</u>	J'ai pas envie de <u>faire fuir la patiente</u> et qu'elle revienne jamais	En premier lieu je lui demanderais <u>si elle en parlé</u> à un médecin ou à des professionnels un peu plus spécialisé	

		Dans quelles mesures ?	Pourquoi ?	Comment accompagner ?	Rôle de qui ?
Suite entretie n 09		<i>J'essaierais de renvoyer la patiente parce que tu connais pas suffisamment le sujet</i>	<i>Je saurais pas quelle question poser pour dépister ce genre de trouble j'arriverais pas à savoir comment poser la question pour que ça mette pas mal à l'aise la patiente, que si effectivement elle est concernée elle comprend que je veux dépister ça sans forcément la forcer a me répondre</i>		
		<i>Si c'est des choses que je voyais j'essaierais de vraiment dépister un peu plus.</i>	<i>Soit la femme elle va se sentir concernée mais elle a pas du tout envie de t'en parler ça va la heurter et elle va être un peu fermée,</i>	<i>Si elle se sent à l'aise de m'en parler de savoir, de poser un peu plus les questions ; depuis quand, est ce qu'il y a eu des facteurs déclencheurs, j'essaie de comprendre un peu plus ce qu'il s'est passé, si c'est des choses qui datent depuis longtemps</i>	
		<i>[Le dépistage systématique] sur le papier ça peut peut-être être intéressant après c'est compliqué</i>	<i>Je veux pas mettre mal à l'aise la patiente</i>		
		<i>A l'heure actuelle si je dois faire un dépistage je le ferais plus sur facteur de risque.</i>	<i>si je devais poser la question tout de suite je risquerais de mal la poser et de la blesser</i>	<i>Peut-être que j'attendrais la prochaine consultation pour réfléchir a comment j'aborderais le sujet</i>	
		<i>Si je devais le découvrir comme ça [...] je suis même pas sûre que je poserais la question tout de suite parce que voilà encore une fois je veux pas mettre mal a l'aise la patiente</i>	<i>Y a des trucs c'est quand même vachement délicat.</i>		

Annexe VIII : Tableau de tri des données – Le travail en réseau

	Expérience	L'importance du travail en réseau	Quel réseau ?	Outils
Entretien 01	16 ans		<i>On a une nutritionniste avec laquelle on travaille beaucoup pour le diabète</i>	« Plan nutrition santé » là, bien manger... je ne me rappelle plus bien ... « bien manger, bien bouger en attendant bébé » je crois que c'était. Le petit livret rose, il n'est plus édité maintenant mais il est super bien, il est en ligne
	Nutrition		<i>On est plusieurs on est 4 donc souvent mes patientes elles croisent mes collègues et on échange entre nous</i>	
Entretien 02	33 ans	<i>J'ai tendance à leur donner des conseils mais c'est vrai que j'oriente pas j'oriente peut-être pas suffisamment.</i>	<i>Sur mon secteur y a un centre périnatal de proximité, on essaie de travailler en bonne coordination</i>	<i>Non moi je trouve qu'on n'a pas [d'outil de dépistage]</i>
		<i>Orienter, je ne sais pas vers qui et je ne sais pas par qui</i>	<i>Il m'arrive de proposer assez vite des consultations diététiques ou nutritionnistes j'oriente plutôt vers la diététicienne quand je vois qu'il y a des erreurs alimentaires</i>	<i>J'ai pas forcément les outils pour les orienter. J'ai pas d'outil j'ai pas de formation.</i>
			<i>Je l'ai orientée vers le médecin traitant parce que j'avais peut-être suspecté un lien avec une autre pathologie</i>	

		L'importance du travail en réseau	Quel réseau ?	Outils	
Entretien 03	2 ans et demi	<i>Donc je me dis on est plusieurs ça peut être utile</i>	<i>Dès que j'ai un doute je leur conseille quand même d'aller voir le <u>gynécologue de l'hôpital où elles veulent accoucher</u></i>	<i>je leur donne le guide nutritionnel de manger-bouger.fr</i>	
		<i>C'est un super fort soutien et je sais que si un jour j'ai besoin d'info ou quoique ce soit j'ai la réponse assez rapidement donc ça me rassure beaucoup et surtout que ça me rassure dans le sens où j'apporte quand même une réponse. Même si c'est pas moi qui amène la réponse, j'apporte une autre porte pour aller trouver la réponse et ne pas la laisser seule avec ça et finalement servir à rien quoi. <u>Je me sens pas démunie non.</u></i>	<i>J'ai une pharmacie à côté qui a le label IHAB</i>		
		<i>C'est vrai que travailler en réseau m'aide beaucoup ein, complètement</i>	<i>J'ai des médecins qui sont aussi pour le suivi de femmes enceintes</i>		
			<i>Je les renvoie directement vers la diététicienne de chez nous qui est beaucoup plus disponible rapidement</i>		
Entretien 04	11 ans	<i>C'est compliqué ein *rire nerveux* vers qui on peut orienter pour essayer de prendre en charge c'est juste ça qu'on a besoin de savoir</i>	<i>Psychologue avec la maternité de Chambéry</i>	<i>[A besoin d'outils pour] pouvoir leur dire « c'est bien de le savoir, sur votre grossesse et sur votre bébé voilà ce que ça peut impliquer » et voilà vers qui on peut orienter pour essayer de prendre en charge c'est juste ça qu'on a besoin de savoir</i>	
			<i>Diététicienne, par rapport au suivi du diabète après si je pense qu'il y a un trouble je pourrais l'appeler.</i>		<i>D'être formé et sensibilisé à ce sujet nous permettrait nous d'être plus à l'aise pour poser les questions et orienter les femmes</i>
			<i>la psychologue du service</i>		

		L'importance du travail en réseau	Quel réseau ?	Outils
Entretien 05	1 an et demi	<i>C'est pas toujours facile de trouver des praticiens qui travaillent la dessus.</i>	<i>La diététicienne encore on arrive à trouver des diététiciennes qui vont prendre en charge</i>	<i>Est-ce que qu'il faudrait pas des formations complémentaires sur l'alimentation, sur le comportement des gens, sur comment les aider. Ça serait peut-être pas mal, parce que moi j'avoue que... J'ai peut-être pas regardé tout non plus les formations mais... J'en vois pas beaucoup sur l'alimentation ein</i>
			<i>Mais un médecin nutritionniste, ils sont un peu débordés...</i>	<i>On aurait déjà des axes ce serait quand même plus facile</i>
			<i>J'avais un lien avec une personne avec qui je travaillais et je leur envoie quand les dames sont partantes, on essaie cette méthode [l'hypnose]</i>	<i>C'est vrai qu'on n'a pas de méthodologie et pas forcément de carnet d'adresse qui nous permette de... voila</i>
				<i>On manque un peu d'outil ouai je pense</i>
				<i>Un petit livre qui était bien fait sur la nutrition qu'on avait dans les services fait par l'INPES qui était pas mal</i>

		L'importance du travail en réseau	Quel réseau ?	Outils
Entretien 06	3 ans	[Travailler en réseau] <i>Dans le trouble du comportement alimentaire non pas forcément.</i> <i>En amont c'est vrai que <u>c'est pas forcément évident</u> ! Un truc à revoir ça *rires*</i> <i>Y a quand même encore un <u>frein dans la communication</u>, que ça vient de nous ou des autres. Je sais pas pourquoi parce qu'on est à côté, c'est facile de communiquer. Est-ce que c'est par manque de temps, est ce que c'est par manque d'envie ? J'en sais rien.</i> <i>Mais <u>travailler en réseau c'est quand même à revoir</u></i>	<i>Je travaillerais quand même en lien avec les <u>psychologues de périnatalité</u></i>	
			<i><u>Nutritionniste, diététicienne</u></i>	
		<i>En Haute Savoie on est quand même dans une région ou <u>y a quand même du monde</u>. Il manque des médecins, il manque des psychologues etc. mais bon y a quand même du monde</i>	<i>Le lien entre nous surtout <u>avec ma collègue</u></i> <i>J'envoie en général un mail à la <u>cadre de l'hôpital</u> on collabore assez avec l'hôpital</i> <i>La <u>PMI</u> aussi.</i>	
		<i>Je pense qu'<u>on l'exploite quand même pas assez</u></i>	<i>Mais au moins tout le monde est au courant, <u>tout le monde qui peut être au contact de la patiente va être au courant des choses</u></i>	
Entretien 07	1 an	<i>Là où je suis c'est quand même un <u>désert médical donc c'est pas évident</u>. Même quand y a des pathologies tout ça, c'est un peu compliqué mais t'arrives toujours quand même à trouver quelqu'un.</i>	<i>Moi j'aurais tendance plutôt à orienter vers <u>une diététicienne</u> y a pas mal de diététiciennes qui ont une <u>approche holistique</u></i> <i>Ce qui est bien dans le cabinet où je suis c'est qu'<u>on est 4 donc quand on a des questions on peut se poser un peu aussi entre nous</u></i> <i><u>3 maternités</u> 2A et 1. La mater niveau 3 la plus proche c'est Genève ou on peut orienter en urgence sinon c'est Chambéry. <u>C'est un peu loin</u></i> <i>Là où on est y a une psychologue qui fait de <u>l'hypnothérapie</u></i>	

		L'importance du travail en réseau	Quel réseau ?	Outils
Entretien 08	4 ans	<i>Je reconnais <u>je me décharge facilement</u></i>	<i>J'adresse facilement chez la <u>diététicienne</u>.</i>	<i>Il y a même sur le <u>réseau Aurore</u> des fiches pour les patientes disponibles, bien renseignées, <u>les manger-bouger</u>, le <u>médecin traitant</u>... <u>Elles ont mille accès à tout</u></i>
			<i><u>Centres d'addictologie</u></i>	
			<i>Suivi <u>psychologique</u> ou psychiatrique.</i>	
Entretien 09	1 an		<i>Voir si ça l'intéresserait d'en parler à <u>son médecin généraliste</u></i>	<i>Si on nous demandait de faire un dépistage et <u>qu'on nous formait un peu plus à ça</u> j'essaierais de le faire en tout cas mais c'est vrai que comme ça je pourrais pas...</i>
			<i>Travailler en réseau <u>avec la maternité ou elle accouche</u></i>	
			<i><u>Demander à mes collègues</u> comment elles feraient</i>	

Annexe IX : Dépliant de la FFAB pour la journée mondiale des TCA

La Fédération Française Anorexie Boulimie

Association loi 1901, créée en 2005 et composée de professionnels de santé spécialisés dans la prise en charge des TCA, nous œuvrons à l'amélioration des actions de prévention, de dépistage précoce et de soins à l'intention des personnes souffrant de TCA ainsi qu'à une meilleure organisation de l'offre de soins pour permettre l'accès à des soins de qualité et de proximité.

Retrouvez-nous sur www.ffab.fr



Pour trouver les professionnels spécialisés près de chez vous :

Annuaire national FFAB des structures de soins spécialisés	www.ffab.fr
Association Réseau des Thérapies des Troubles Alimentaires (ARTTA) - Alsace	contact@artta.com
Fédération Méditerranéenne Anorexie Boulimie	fmanorexiéboulimie@gmail.com
Réseau ABELA - Loire-Atlantique	am.reseau.abela@gmail.com
Réseau TCA Francilien	reseautca.idf@gmail.com
Réseau TCA Hauts-de-France	tca.hdf@gmail.com
Réseau TCA Poitou-Charentes	contact@tca-poitoucharentes.fr

Anorexie Boulimie Info Écoute

Une ligne téléphonique pour les patients, familles, proches et professionnels

0810 037 037 (Prix d'un appel + 0,06€/min)

Les lundis, mardis, jeudis et vendredis entre 16h et 18h
des spécialistes répondent à vos questions

Nos partenaires et soutiens



journée mondiale TCA.fr

Fédération Française Anorexie Boulimie

2 JUIN 2021

#NoMoreTCA

f
@
t
v



Les TCA*, parlons-en! 🤪

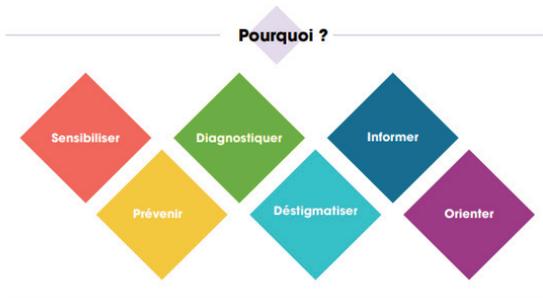
www.journeemondiale.tca.fr

* Troubles des conduites alimentaires

Anorexie Boulimie Info Écoute
0810 037 037 (Prix d'un appel + 0,06€/min)



Une mobilisation nationale | Le 2 juin 2021



Avec les associations de familles et d'usagers

FNA-TCA
www.fna-tca.org

SOLIDARITÉ ANOREXIE BOULIMIE
www.solidarite-anorexie.fr

Beaucoup d'idées reçues

- Les TCA, ce sont des maladies de fille !**
- FAUX**
1 personne sur 10 souffrant d'anorexie mentale est un homme. Dans la boulimie, c'est 1 personne sur 7, et 1 sur 3 dans l'hyperphagie boulimique.
- Il suffit d'un peu de volonté pour arrêter les crises de boulimie**
- FAUX**
Stopper la boulimie est aussi compliqué que de se battre contre le cancer !
- Une personne qui souffre de TCA, ça se voit !**
- FAUX**
Ça ne se voit pas toujours : on peut avoir un poids normal.

Alors qu'est-ce qu'un TCA* ?

- Un trouble des conduites alimentaires grave qui affecte des enfants, des adolescents et des adultes, peut durer longtemps et nécessite des soins spécialisés
- Une maladie qui a des répercussions individuelles, familiales et sociales et des complications physiques et psychologiques parfois sévères
- Des personnes qui souffrent, des retards diagnostiques et des difficultés d'accès à des soins adaptés et précoces

* Troubles des conduites alimentaires

- Les TCA sont des maladies graves qui touchent 900 000 personnes en France.
- Le 2 juin, c'est la journée mondiale des TCA. Pour les reconnaître. Pour en parler. Pour dire que des aides et des traitements existent.

Plus d'informations sur les TCA et la journée du 2 juin sur le site www.journeemondiale.tca.fr

Annexe X : Flyer du réseau francilien TCA à propos de la ligne téléphonique de soutien des TCA

ANOREXIE - BOULIMIE
Info Écoute
0 810 037 037*
Service anonyme. *Prix d'un appel local + 0,06€ la min

Une ligne téléphonique

pour les patients, familles, proches et professionnels...

“ **entre 16h00 et 18h00**, des spécialistes des troubles des conduites alimentaires répondent à vos questions ”

 Psychologues LUNDI	 Associations, de familles et d'utilisateurs MARDI
 Médecins JEUDI	 Ensemble des spécialistes en alternance VENDREDI

Conception, réalisation et impression : ATRIT Paris - 01 53 94 20 20

RÉSEAU
TCA
FRANCILIEN
www.reseautca-idf.org

 **FFAB**
Fédération Française Anorexie Boulimie
French Federation Anorexia Bulimia
(anciennement AF2AG-TCA)
www.ffab.fr

 **FNA-TCA**
Fédération Nationale des Associations
des Troubles des Conduites Alimentaires
www.fna-tca.org

 **mgen**
GROUPE vyv
 **ars**
Agence Régionale de Santé
Île-de-France

 **Région Île de France**
 **Fondation de France**
 **L'Assurance Maladie**

► **Au cours de la grossesse en population générale**

Rechercher un trouble des conduites alimentaires en cas de nausées ou de vomissements gravidiques particulièrement intenses, de prise poids excessive ou insuffisante.

Être vigilant chez les femmes avec des antécédents de troubles des conduites alimentaires car la grossesse et le *post-partum* sont des situations à risque de majoration des troubles, de rechute, de troubles de l'humeur.

Orienter les patientes pour lesquelles on suspecte un trouble des conduites alimentaires vers une évaluation par un spécialiste, et si besoin un suivi multidisciplinaire en coordination avec le suivi obstétrical.

Chez les femmes avec un trouble des conduites alimentaires connu, il est important d'assurer un suivi régulier, attentif et personnalisé.

La période périnatale constitue une phase de grands changements physiques et psychologiques et représente par conséquent une période de haute vulnérabilité pour les femmes affectées par des troubles des conduites alimentaires. Aussi, il est important d'assurer un suivi régulier, attentif et personnalisé aux femmes qui souffrent d'un trouble des conduites alimentaires pendant la période périnatale.

Rechercher systématiquement la dépression pendant la grossesse et le *post-partum* car le risque est majoré.

Orienter les patientes souffrant de troubles des conduites alimentaires pour un suivi multidisciplinaire spécialisé en coordination avec le suivi obstétrical.

Évaluer et compléter si besoin les carences vitaminiques (risques pour le fœtus).

Poursuivre le suivi multidisciplinaire pour les troubles des conduites alimentaires après l'accouchement avec une attention particulière à la relation mère-enfant (alimentation et interactions).

► **En post-partum**

Chez les femmes avec un trouble des conduites alimentaires connu, il est important d'assurer un suivi régulier, attentif et personnalisé pendant la période post-natale.

Après un diabète gestationnel, il est recommandé d'inciter à poursuivre les modifications d'hygiène de vie (alimentation, activité physique 30 à 60 minutes par jour au moins 5 jours par semaine, arrêt du tabagisme) car cela permet de réduire le risque d'apparition d'un diabète de type 2.

Situation 1

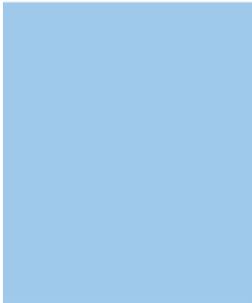
CONDUIRE UNE CONSULTATION PRENATALE

Réaliser un diagnostic

- **en accueillant la femme et le / les accompagnant(s)**
 - en invitant la femme à exprimer le motif de la consultation et en étant attentif aux éventuels motifs complémentaires
 - en informant sur le déroulement de la consultation
 - en observant les attitudes de la femme
- **en reconstituant l'anamnèse**
 - en réalisant un interrogatoire personnalisé sur les antécédents médicaux individuels et familiaux, et les habitudes de vie pour détecter les facteurs de risque éventuels en datant la grossesse
 - en questionnant sur l'évolution de l'adaptation à la grossesse
- **en réalisant l'examen clinique général**
 - en évaluant les constantes
 - en vérifiant l'adaptation de la femme à l'état de grossesse :
 - l'adaptation physiologique de toutes les grandes fonctions
 - l'adaptation psychologique, en écoutant la manière dont la mère ressent sa grossesse et en veillant à sa capacité à prendre soin d'elle et de l'enfant à naître
 - en vérifiant la qualité du soutien de son entourage
- **en réalisant l'examen obstétrical**
 - en examinant les seins
 - en mesurant la hauteur utérine et le périmètre ombilical
 - en palpant l'utérus (forme, tonicité, et selon le terme : présentation fœtale, mouvements actifs...)
 - en auscultant les bruits du cœur du fœtus
 - en évaluant l'utilité de faire un toucher vaginal en regard du référentiel de bonnes pratiques :
 - soit systématiquement, en respectant le ressenti et la culture de la patiente
 - soit sur indication (activité contractile, terme de la grossesse, antécédents, facteurs de risques et conditions de vie)
 - en réalisant si nécessaire un frottis cervico-vaginal de dépistage et/ ou un prélèvement vaginal
 - en examinant les pertes vaginales (sur indication)
 - en réalisant une échographie si besoin
- **en évaluant le caractère physiologique ou pathologique de la grossesse**
 - en analysant et synthétisant les données recueillies
 - en établissant un pronostic obstétrical à la consultation du 9^{ème} mois
 - en diagnostiquant les conduites/comportements à risque (addictions, conditions de travail, temps de transport, conditions de vie domestique, maltraitances, ...)
- en identifiant les signes qui nécessitent d'orienter la femme vers un autre professionnel (psychologue, obstétricien, travailleurs sociaux, ...)

Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement

- **en faisant la déclaration de grossesse, le cas échéant**
- **en informant sur le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales**
- **en prescrivant**
 - les examens obligatoires, les examens complémentaires, les thérapeutiques (médicaments, vaccins, dispositifs médicaux), les conseils d'hygiène de vie
 - en expliquant les intérêts des prescriptions et les résultats attendus
 - en informant la femme et en recueillant son consentement
 - en expliquant les risques de l'automédication



- **en élaborant et proposant à la femme une conduite à tenir quant au suivi de sa grossesse**

- **en repérant des conduites de consommation à risque**
- en évaluant avec discernement sa situation et son environnement
- en instaurant un dialogue confiant et éthique permettant l'émergence des ressources individuelles et socioculturelles de la femme/du couple
- en adaptant son discours et en s'assurant qu'il a été compris
- en donnant toutes les informations utiles et nécessaires
- en établissant un calendrier de suivi après avoir expliqué les bénéfices d'un suivi régulier
- en proposant systématiquement un entretien individuel ou en couple

Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge

- **en accompagnant la femme/le couple dans l'élaboration de son projet de naissance**

- en lui apportant les éléments qui lui permettent de faire des choix et en l'aidant à faire émerger ses besoins

- **en réalisant la synthèse dans le dossier médical, pour assurer la transmission écrite et pour établir le pronostic fœtal et maternel en prévision de la suite de la prise en charge**

- en étant suffisamment explicite pour les autres professionnels du réseau
- en constituant le dossier médical ou en le mettant à jour

Titre : Le dépistage des troubles du comportement alimentaire, enquête menée auprès des sages-femmes de consultations prénatales en région Auvergne-Rhône-Alpes

Introduction : les risques liés à des TCA pendant la grossesse sont connus et documentés. Ils concernent aussi bien des TCA actuels ou passés : MFIU, RCIU, anomalies du tube neural, vomissements incoercibles et carences. Puis en post-partum, on retrouve un risque de dépression, des difficultés dans la mise en place du lien mère-enfant. Et enfin, plus tard, des repas conflictuels avec l'enfant et un risque majoré que l'enfant développe à son tour des TCA. Face à tous ces risques, qu'en est-il du dépistage des TCA par les sages-femmes au sein de leur exercice de consultations prénatales ?

Objectif : cette enquête vise à identifier les freins ainsi que les critères à ce dépistage afin d'amener à un élargissement de celui-ci.

Méthode : étude qualitative par des entretiens semi-directifs à réponses libres et anonymisés.

Résultats : les sages-femmes se sentent mal à l'aise avec le dépistage et ne le font pas systématiquement. Elles demandent une meilleure formation car elles estiment passer à côté de la plupart de ces troubles. Pourtant elles identifient un certain nombre de risques psychologiques mais elles rencontrent des difficultés pour trouver un réseau de professionnel adapté aux besoins d'une patiente avec des TCA actuels ou passés.

Conclusion : développer les politiques publiques et le partenariat entre professionnels permettraient de détecter précocement les TCA et d'avoir une meilleure prise en charge. La mise en place du dépistage systématique au quatrième mois selon les recommandations de la HAS est nécessaire, par le questionnaire SCOFF, ou par une question simple « avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ? ».

Mots clés : troubles du comportement alimentaire, grossesse, sage-femme, dépistage, SCOFF

Title : The eating disorders screening, a survey conducted among midwives in prenatal consultations in Auvergne-Rhône-Alpes, France

Introduction : the risks associated with eating disorders during pregnancy are known. They concern both current and past TCAs: IUFD, IUGR, neural tube defects, uncontrollable vomiting, and deficiencies. During postpartum, there are a risk of depression and difficulties in establishing the mother-child bond. And later, conflicting meals with the child and an increased risk that the child will develop eating disorders. Faced with all these risks, what about screening for eating disorders by midwives in their practice of prenatal consultations?

Objective : this survey aims to identify the brakes as well as the criteria for this screening in order to lead to an expansion of it.

Methods : qualitative study by semi-structured open-ended and anonymized interviews

Results & Discussion : midwives feel uncomfortable with screening and do not routinely do so. They ask for better training because they believe they miss most of these disorders. However, they identify a certain number of psychological risks but they encounter difficulties in finding a professional network adapted to the needs of a patient with current or past eating disorders.

Conclusion : developing public policies and partnerships between professionals would allow early detection of eating disorders and better treatment. The implementation of a systematic screening in according to the recommendations of the HAS is necessary, either by the SCOFF questionnaire, or by a simple question "do you have or have you had a problem with your weight or your diet? ".

Key words : eating disorders, pregnancy, midwife, screening