

Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = la revue spécialisée des sages-femmes
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 122 (2024)
Heft: 3

Artikel: Trouble des conduites alimentaires et périnatalité
Autor: Delouane-Abinal, Aurélie / Serrano, Vanda / Bartute Diaz, Shadya
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1056140>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 25.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Trouble des conduites alimentaires et périnatalité

Dans cet article, les soignantes de l'équipe des Lits médico-Psychiatriques des Hôpitaux Universitaires de Genève font le point sur les connaissances actuelles concernant les conséquences des troubles des conduites alimentaires (TCA) sur la grossesse et le post-partum, et présentent des éléments pratiques pour le suivi des femmes atteintes de TCA.

TEXTE:
AURÉLIE
DELOUANE-
ABINAL,
VANDA
SERRANO,
SHADYA
BARTUTE
DIAZ, MILENA
LESQUEREUX,
SABRINA
DELEAN

Selon Gebhard (2017), on estime que les TCA toucheront 5 à 8 % des femmes durant leur grossesse. La maternité est un moment charnière dans la vie d'une femme, un temps qui s'accompagne de nombreux changements physiques et psychiques. La grossesse modifie le corps et les sensations physiques. Elle exige également un remaniement du fonctionnement psychique de la mère pour accueillir l'enfant. A la naissance et durant la première année de vie, les soins du bébé se concentrent essentiellement sur son bien-être et sur son alimentation. Devenir mère est une étape de vie à la croisée du biologique, du psychique et du social. Face à ces bouleversements, quel impact un TCA peut-il présenter sur une grossesse, la construction d'un enfant et son lien avec sa mère? Le désir ou la venue d'un enfant est un enjeu dans l'accompagnement d'une femme souffrant d'un TCA.

Définitions générales et symptômes

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) se divisent en trois catégories: l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie¹. Selon l'Office fédéral de la santé publique (n. d.), 3,5 % des personnes domiciliées en Suisse souffrent d'un trouble alimentaire au cours de leur existence. Il met en lumière les taux de prévalence-vie entière pour les trois formes de troubles alimentaires: il en ressort que 1,2 % des femmes sont touchées par l'anorexie, 2,4 % par la boulimie et 2,4 % par l'hyperphagie boulimique tandis que, chez les hommes, 0,2 % sont touchés par l'anorexie, 0,9 % par la boulimie et 0,7 % par l'hyperphagie boulimique.



¹ Voir aussi <https://boulimie-anorexie.ch>

L'anorexie mentale

L'anorexie mentale est un trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle, induite et maintenue par le-la patient-e. Le trouble est associé à une psychopathologie spécifique qui consiste en l'intrusion persistante d'une idée surinvestie: la peur de grossir et d'avoir un corps flasque. Les sujets s'imposent à eux-mêmes un poids faible. Il existe habituellement une dénutrition de gravité variable s'accompagnant de modifications endocriniennes et métaboliques secondaires et de perturbations des fonctions physiologiques. Les symptômes comprennent une restriction des choix alimentaires, une pratique excessive d'exercices physiques, des vomissements provoqués et l'utilisation de laxatifs, de coupe-faim et de diurétiques.

On différencie deux types d'anorexie:

- L'anorexie restrictive: la personne s'impose un régime très restrictif en sélectionnant progressivement son alimentation et en éliminant tout aliment perçu comme trop calorique, ou jeûne régulièrement.
- L'anorexie avec accès hyperphagie ou purgatif: l'aspect restrictif est similaire mais peut déboucher sur des crises d'hyperphagie (ingestion de nourriture en quantité importante en un temps limité) pouvant entraîner des vomissements ou des prises de laxatifs, pour éliminer les apports.

La boulimie

La boulimie est caractérisée par des accès répétés d'hyperphagie et une préoccupation excessive du contrôle du poids corporel, conduisant à une alternance d'hyperphagie et de vomissements ou d'utilisation de laxatifs. Ce trouble comporte de nombreuses caractéristiques de l'anorexie mentale, par exemple une préoccupation excessive liée aux formes corporelles et au poids. Les vomissements répétés peuvent provoquer des perturbations électrolytiques et des complications somatiques. Dans les antécédents, on retrouve souvent, mais pas toujours, un épisode d'anorexie mentale, survenu de quelques mois à plusieurs années plus tôt.

L'hyperphagie

L'hyperphagie boulimique correspond à la boulimie, mais sans comportement compensatoire (vomissements, prise de purgatifs, périodes de jeûne, activité physique excessive) pour éliminer les calories ingérées.

Evaluation et diagnostic

Le diagnostic de TCA doit être nommé avec tact, sans stigmatisation, en soulignant qu'il est un mode d'adaptation comportementale à un mal-être. Tout-e professionnel-le de santé est à même d'identifier un

nal (nausées, douleurs abdominales), dyspepsie, trouble du transit; frilosité; aménorrhée primaire ou secondaire (Épiny et al., 2011). Cette thématique n'est pas toujours facile à aborder avec un-e patient-e. Le questionnaire SCOFF est une aide pour poser les questions (voir encart ci-dessous).

Selon l'Office fédéral de la santé publique, 3,5 % des personnes domiciliées en Suisse souffrent d'un trouble alimentaire au cours de leur existence.

TCA et grossesse: ce que dit la littérature

Dans une revue de la littérature de 2021 (Mah et al.), les auteur-ric-e-s ont identifié que les troubles du comportement alimentaire dans la population en général sont associés à:

- De graves conséquences sur la santé, notamment une mortalité accrue (Berkman et al., 2007);
- Des comorbidités psychiatriques telles qu'une prévalence accrue de la dépression



Questionnaire SCOFF, aide au dépistage de TCA

Le terme SCOFF est un acronyme reprenant les termes-clé des questions du questionnaire en anglais.

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

Deux réponses sur cinq sont déjà fortement prédictives d'un trouble du comportement alimentaire (TCA).

et de l'anxiété, et une qualité de vie altérée (Bauer *et al.*, 2014).

Les auteur·rice·s ont également indiqué que les femmes enceintes atteintes de troubles alimentaires présentent:

- Un risque augmenté d'hospitalisation (Micali *et al.*, 2012);
- Une différence dans la prise de poids (Micali *et al.*, 2012);
- Un risque augmenté de césarienne (Bulik *et al.*, 2009).

En ce qui concerne les risques pour le bébé:

- Il existe une corrélation entre TCA et faible poids à la naissance, microcéphalie, prématurité et anémie (Arnold *et al.*, 2019);
- Un lien d'attachement perturbé, avec des interactions moins bonnes entre la mère et le nouveau-né, en particulier pendant l'alimentation (Martini *et al.*, 2020).

Le vécu des femmes est important à prendre en compte dans leurs prises en soin, tout particulièrement leur crainte en lien avec l'alimentation du nouveau-né. Venturo-Cornerly (2020) a décrit dans son étude qualitative que les femmes avaient le désir de ne pas transmettre le trouble ou la crainte de nuire au nourrisson de quelque manière que ce soit.

Prise en charge: exemple de cas clinique

Mme D., 34 ans, mariée, 6G3P (10 ans, 8 ans et 2 mois et demi), est connue pour un trouble des conduites alimentaires (TCA) depuis l'âge de 12 ans. Il a débuté sous forme de restriction alimentaire et a évolué en crise de boulimie avec vomissements associés. Elle est également connue pour des conduites addictives.

Pour ses trois grossesses, l'accouchement a été prématuré du fait des troubles électrolytiques en lien avec le trouble alimentaire. Elle est hospitalisée dans le service de lits médico-psychiatriques (Hôpitaux universitaires de Genève)² au vu d'une péjoration thymique dans le cadre du post-partum. Dans un premier temps, le bébé est confié à son conjoint. Puis, après évaluation de l'équipe interdisciplinaire, une hospitalisation conjointe avec son bébé est organisée. Tout au long de l'hospitalisation, l'équipe travaille avec la patiente autour du sentiment de culpabilité en lien avec les réper-

cussions de ses troubles alimentaires sur le nouveau-né.

Objectif général de la prise en charge

L'objectif général est principalement de réduire voire si possible arrêter les crises de boulimie et de purge. Pour cela, une équipe pluridisciplinaire est mobilisée afin d'agir sur les aspects organiques (bilan somatique), nutritionnels (évaluation des besoins et des apports, information et psychoéducation), psychologiques (faible estime de soi, troubles de la régulation émotionnelle, présence de troubles psychiatriques), psychocorporels (travail autour des perceptions du corps et des sensations) et familiaux.

Le cas échéant, un accompagnement autour de l'activité sociale (activités extérieures: professionnelle, scolaire et sociale) peut aussi être proposé. L'un des facteurs clé du succès de la prise en soins est la qualité du lien créé entre la patiente et les soignant·e·s, qui permet de renforcer l'adhésion aux soins.

Suivi pré-conceptionnel

Le suivi devrait pouvoir être proposé en pré-conceptionnel par le·la gynécologue ou médecin traitant pour sensibiliser la future mère à l'influence que le TCA peut avoir sur la grossesse et le développement intra-utérin de l'enfant. Cependant, celui-ci n'est pas toujours réalisable.

La nécessité d'un suivi de grossesse adapté devrait être évoquée dès les premières consultations notamment pour les jeunes femmes diagnostiquées présentant une aménorrhée. Un travail de psychoéducation peut ainsi débiter et permettre un meilleur accompagnement. Lors des échanges, les conséquences du TCA peuvent être évoqués autour de ces aspects:

- la perturbation du cycle hormonal (aménorrhée, blocage du cycle);
- l'augmentation des besoins caloriques journaliers dès le début de la grossesse, avec un risque d'hypoglycémie, et un risque de carence pour l'enfant pouvant entraîner un retard de croissance à long terme, etc.;
- la gestion des carences et l'apport en compléments, calcium, acide folique, etc.

Lorsque ces éléments n'ont pas pu être abordés en pré-conceptionnel, il est nécessaire de faire intervenir une équipe interdiscipli-

naire (psychiatre, diététicien·ne, gynécologue, médecin traitant, psychomotricien·ne, sage-femme) le plus tôt possible durant la grossesse.

Période prénatale

Lors de la période prénatale, un suivi obstétrical régulier doit être mis en place. La prise en charge doit reposer sur plusieurs axes, décrits ci-dessous.

*La nécessité d'un suivi
de grossesse adapté
devrait être évoquée dès
les premières consultations
notamment pour les jeunes
femmes diagnostiquées
présentant une aménorrhée.*

Suivi diététique

Un suivi diététique est indispensable, comprenant notamment le suivi des carences potentielles (prise de sang régulière des marqueurs biologiques). Cependant, cela ne devrait pas être le seul sujet de préoccupation, car l'attention de la patiente présentant un TCA est souvent focalisée sur ses apports alimentaires et l'hyper contrôle de son poids. La courbe pondérale devrait être contrôlée par un·e professionnel·le, et la patiente encouragée à ne pas se peser quotidiennement, cela pouvant avoir un effet anxiogène.

Un enseignement thérapeutique doit être proposé par un·e diététicien·ne en partenariat avec le·la psychiatre, pour compléter la prise en charge – l'objectif étant de travailler autour des conduites à risque: rééquilibrage de l'alimentation, limitation de l'activité physique, limitation du recours aux vomissements et aux laxatifs, etc. Le régime alimentaire doit donc être réévalué et réadapté tout au long de la grossesse. Une supplémentation protéinique et vitaminique peut être proposée.

Au fur et à mesure de l'évolution de la grossesse, pour certaines patientes, il est remarqué une évolution favorable dans les

² www.hug.ch

manifestations du trouble alimentaire, et le rapport à l'alimentation s'assouplit. Elles acceptent par exemple de manger des aliments qu'elles s'interdisaient jusqu'alors (fromage par exemple).

Travail sur l'image corporelle

La patiente souffrant d'un TCA a généralement une perception erronée de son image corporelle. A mesure que la grossesse évolue, sa perception d'elle-même est impactée. Un soutien psychologique doit être proposé tout au long de la période périnatale afin d'accompagner les (futures) mères dans ces différents changements (image, rôle, etc.). Le processus de maternité doit être soutenu autour des besoins de la mère qui souvent les occulte au bénéfice des besoins de son enfant.

Perte de contrôle

Le troisième axe est de travailler sur la perte de contrôle. En effet, au cours de la grossesse, le corps ne cesse de se modifier: prise de poids, augmentation de la poitrine, proéminence du ventre, élargissement des hanches, etc. Ces changements physiques s'accompagnent également de changements psychiques avec une modification des repères: le passage du rôle de femme à celui de mère, la perception d'un être qui grandit dedans, l'acceptation que ce corps souvent malmené puisse attirer l'attention des autres mais aussi être source de plaisir.

Tous ces changements viennent se confronter aux besoins de contrôle, d'idéal et de perfection qui caractérisent souvent les femmes présentant ces troubles alimentaires. Il est également important que le réseau social et familial soit sollicité afin de soutenir la (future) mère dans l'appréhension de ce nouveau rôle, notamment en rendant les proches attentifs à ne pas surinvestir la surveillance des prises alimentaires, ce rôle pouvant être confié aux professionnel·le·s de santé qui l'accompagnent.

Le moment de l'accouchement

Le projet de naissance doit être abordé. En effet, il permet de verbaliser les envies ou les peurs de la patiente et de travailler autour d'un sentiment de culpabilité ou d'angoisse. L'étude de cohorte de Mantel (2020) portant sur plus de 7 452 femmes souffrant

de troubles de l'alimentation comparées à 1 225 321 femmes sans troubles alimentaires a identifié plusieurs issues défavorables. En effet, l'anorexie mentale maternelle était associée à un risque accru d'hémorragie ante-partum de 60 %. Il ne semble pas qu'il y ait de résultat significatif en termes d'impact sur le mode d'accouchement. Cependant, les femmes souffrant de troubles de l'alimentation, tout sous-types confondus, présentent un risque accru de 60 % d'accouchement prématuré. Le risque était plus faible pour les femmes atteintes de boulimie, mais toujours significativement augmenté.

La période du post partum

Le post-partum est une période de vulnérabilité psychique pour la mère et le nouveau-né. Comme vu plus haut, les patientes ayant un antécédent de TCA présentent une augmentation de l'anxiété et de dépression du post-partum (Micali, 2007). Selon Morgan

et al. (2006), la période du post-partum est à risque accru de rechute des symptômes du TCA, voire une période déclencheuse des symptômes (Taborelli *et al.*, 2013). Dans l'étude de Taborelli (2013), les femmes ont exprimé un malaise avec la prise de poids durant la grossesse. Elles ressentent le besoin de perdre rapidement du poids après la naissance, ce qui peut avoir un impact sur l'enfant. En effet, il a été mis en évidence que les mères atteintes d'un TCA étaient plus à même de présenter un comportement contrôlant et omniprésent pendant les repas avec un risque d'obnubilation du poids de leur enfant (Taborelli *et al.*, 2013).

Allaitement et souhait de la patiente

La question de l'allaitement doit être discutée avec la patiente afin qu'elle se sente libre de son choix. Son état clinique tant somatique que psychiatrique doit être évalué afin de lui permettre le débuter un allaitement si tel est son désir. C'est cette évaluation qui



iStock

permettra à la patiente de mettre en œuvre son projet d'allaitement tout en préservant le bon développement de son bébé. Chez certaines femmes, la notion de faim est déjà difficile à percevoir pour elles-mêmes, et elles peuvent se sentir inconfortables dans son identification chez leur nourrisson. L'alimentation par biberon peut alors apporter un sentiment de sécurité tant dans la quantité ingérée que dans le rythme. Il faut par ailleurs rester attentif·ve à l'éventualité que l'allaitement soit considéré par les patientes avec TCA comme un moyen de perdre du poids plus rapidement.

Relation à son propre corps

Selon Taborelli (2013) plusieurs sentiments entrent en confrontation au fil de la grossesse et de la maternité: la crainte d'être une mauvaise mère ou de transmettre le TCA à son enfant. Tout au long de ce processus, la femme a besoin d'être rassurée dans ses compétences. Cette période est également l'occasion de débiter un suivi tant nutritionnel que psychologique. La femme peut ainsi expérimenter autrement son rapport à son corps, à son poids, à son alimentation, à son rôle au sein de son couple et de sa famille. C'est aussi pour elle, la possibilité

Une identification précoce permettra une prise en charge rapide et complète, évitant une possible installation longue de la maladie et ses conséquences. Les soignant·e·s et particulièrement les sage-femmes ont un rôle prépondérant à jouer durant la période de la grossesse, car elles et ils sont au plus près de ces femmes. En cas de doute, il faut oser poser les questions pour mieux dépister la maladie, informer la patiente des risques encourus pour elle et son bébé, et l'orienter vers des professionnel·le·s spécialisé·e·s.

Si la grossesse est dans la vie d'une femme une période de fragilité, elle peut aussi être une chance pour ces femmes de rencontrer leur corps différemment et de constituer un réseau de soin qui les accompagnera par la suite. ☉



Un prochain épisode du podcast de la Fédération suisse des sages-femmes, *Herztöne / Battements de cœur*, abordera le travail avec les femmes souffrant de troubles psychiques. À retrouver sur www.sage-femme.ch

*La grossesse est aussi,
pour la femme avec TCA,
la possibilité de s'apaiser
avec son corps par
la proximité du toucher
et par la production
d'hormone de
l'attachement.*

de s'apaiser avec son corps par la proximité du toucher, par la production d'hormone de l'attachement (ocytocine).

Le personnel de santé, la famille, les personnes gravitant autour de la patiente peuvent avoir un doute sur un risque de TCA. L'important est de pouvoir mettre un mot sur le mal-être ressenti par la personne.

Références

- Arnold, C., Johnson, H., Mahon, C. & Agius, M. (2019) Les effets des troubles de l'alimentation pendant la grossesse sur la mère et le bébé : une revue. *Psychiatra Danubina*; 31 (suppl 3), 615-618.
- Bauer, A., Knapp, M. & Parsonage, M. (2016) Coûts à vie de l'anxiété et de la dépression périnatales. *Journal des troubles affectifs*; 192, 83-90.
- Berkman, N. D., Lohr, K. N. & Bulik, C. M. (2007) Résultats des troubles de l'alimentation: une revue systématique de la littérature. *Journal international des troubles de l'alimentation*; 40 (4), 293-309.
- Bulik, C. M., Von Holle, A., Siega-Riz, A. M., Torgersen, L., Lie, K. K., Hamer, R. M., ... & Reichborn-Kjennerud, T. (2009) Birth outcomes in women with eating disorders in the Norwegian Mother and Child cohort study (MoBa). *International Journal of Eating Disorders*; 42(1), 9-18.
- Epiney, J., Martignier, B., Scherler, B. (2011) Le médecin de premier recours a-t-il sa place dans le traitement des troubles du comportement alimentaire? *Revue Médicale Suisse*. www.revmed.ch
- Mah, B., Cibralic, S., Hanna, J., Hart, M., Loughland, C. & Cosh, S. (2021) Outcomes for infants whose mothers had an eating disorder in the perinatal period: A systematic review of the evidence. *International Journal of Eating Disorders*; 54(12), 2077-2094.
- Mantel, A., Hirschberg, A. L. & Stephansson, O. (2020) Association of Maternal Eating Disorders With Pregnancy and Neonatal Outcomes. *JAMA psychiatry*; 77 (3), 285-293.
- Martini, M. G., Barona-Martinez, M. & Micali, N. (2020) Troubles alimentaires des mères et de leurs enfants : une revue systématique de la littérature. *Archives de la santé mentale des femmes*; 23, 449-467.
- Micali, N., De Stavola, B., dos-Santos-Silva, I., Steenweg-de Graaff, J., Jansen, P. W., Jaddoe, V. W. V., ... & Tiemeier, H. (2012) Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: A population-based cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*; 119(12), 1493-1502.
- Micali, N., Simonoff, E. & Treasure, J. (2007) Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*; 190(3), 255-259.
- Morgan, J. F., Lacey, J. H. & Chung, E. (2006) Risk of postnatal depression, miscarriage, and preterm birth in bulimia nervosa: retrospective controlled study. *Psychosomatic medicine*; 68(3), 487-492.
- Office fédéral de la Santé publique (n. d.) Troubles alimentaires. www.bag.admin.ch.
- Taborelli, E. (2021) Périnatalité et trouble du comportement alimentaire: une revue de littérature. *Enfances et psy*; 90(2), 37-49.
- Taborelli, E., Krug, I., Karwautz, A., Wagner, G., Haidvogel, M., Fernandez-Aranda, F., ... & Micali, N. (2013) Maternal anxiety, overprotection and anxious personality as risk factors for eating disorder: A sister pair study. *Cognitive therapy and research*; 37, 820-828.
- Venturo-Conerly, K. E., Wasil, A. R., Dreier, M. J., Lipson, S. M., Shingleton, R. M. & Weisz, J. R. (2020) Why I recovered: a qualitative investigation of factors promoting motivation for eating disorder recovery. *International Journal of Eating Disorders*; 53(8), 1244-1251.

AUTRICES

Auréli Delouane-Abinal,
infirmière sage-femme Msc, spécialiste clinique
aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

Vanda Serrano,
infirmière spécialisée
en psychiatrie et obstétrique, HUG.

Shadya Bartute Diaz,
infirmière, Certificate of Advanced Studies
en périnatalité, HUG.

Milena Lesquereux,
infirmière en psychiatrie, certifiée Brazelton, HUG.

Sabrina Delean,
infirmière responsable de l'équipe de soins,
lits médico-psychiatriques, HUG.