

**h e d s**

Haute école de santé  
Genève

# Consultation de grossesse dans un contexte de trouble des conduites alimentaires

**Barbara Soldera Kaiser**

**Sage-femme, psychologue clinicienne,  
PhD**

# Contexte

## Femmes en âge de procréer:

- 9 à 10% présentent une attention exagérée vis-à-vis du poids et de la silhouette (*site ABA, 1997*)
- 4.5 à 9% souffrent ou ont souffert de troubles des conduites alimentaires (*e.g., Hudson et al, 2007*)

- La grossesse est un moment critique dans un contexte de troubles alimentaires
- Risques pour la mère et l'enfant (résultats contradictoires)
- Patientes « secrètes »
- Les sages-femmes doivent être au fait des signes, symptômes et options de prises en charge pour ces patientes

**h e d s**

Haute école de santé  
Genève

Rôle de la sage-femme

# CONSULTATIONS PRÉNATALES

# Dépistage

## Difficile...

- 45% des femmes souffrant de TCA demandent un traitement (*Hudson et al, 2007*)
- Déni
- Honte
- Confusion avec des symptômes de début de grossesse (*Mitchell & Bulik, 2006*)

## Consultations prénatales propices au dépistage

- Amélioration des symptômes pendant la grossesse dans 70% des cas (*Chizawsky & Newton, 2006*)
- Responsabilité envers le fœtus
- Réceptivité aux conseils pendant la grossesse
- Amélioration de l'image de soi

# Signes, symptômes et facteurs de risque

- IMC bas en début de grossesse (<18)
- Prise de poids insuffisante au 2<sup>ème</sup> trimestre
- Perte de poids pendant la grossesse
- Hyperémèse gravidique
- Puberté tardive, règles irrégulières (*Mitchell & Bulik, 2006*)

- Âge (19 à 21 ans)
- Européennes

### **Cognitions** (*Soldera Kaiser, 2008*)

- Anorexie: perfectionnisme, obsessions, anxiété
- Boulimie: impulsivité, sentiment de perte de contrôle
- Faible estime de soi

**Non verbal** (posture « effondrée », fuient le regard)

- Antécédent familial de TCA ou d'autre pathologie mentale (dépression, troubles anxieux) (*e.g., Senior et al, 2005*)
- Abus sexuel
- Abus de substances

# Plus loin dans l'investigation...

- Questions ouvertes
- « comment vous sentez-vous par rapport à votre poids? », « faites-vous un régime en ce moment? »
- Habitudes alimentaires, exercice physique, laxatifs, diurétiques, poids minimum et maximum (*Mitchell & Bulik, 2006*)
- Attitude lors de la pesée

## Questionnaire standardisé

- SCOFF
- 5 items
- 30 secondes

# Examen clinique

## Signes d'alerte

- Hypokaliémie (< 3.5 mmolles/l)
- Érosion des dents, parotides volumineuses
- pH urinaire > 7
- Idées suicidaires
- Syncopes
- IMC < 75% de la normale
- Bradycardie
- Température basse
- Structure pelvienne altérée

Hospitalisation  
Suivi pluridisciplinaire

# Suivi anténatal

- Si possible, une seule sage-femme référente
- Soutien inconditionnel, sans jugement et avec compassion
- Nécessité et bénéfices d'une alimentation équilibrée et des risques inhérents à des comportements inadéquats
- Discussion sur les peurs et les angoisses de la patiente

Cantrell et al, 2009

- Identifier les besoins et apporter de l'information
- renforcer le sentiment de contrôle, sentiment de compétence
- Pas de culpabilisation ni de stratégie de la peur
- Tous les examens et résultats médicaux doivent être explicités

- Arrêt du tabac et abus de substances (*Bulik et al, 2009*)

# Mesure du poids

- Très anxiogène
- Pesée nue
- Demander si la patiente veut connaître son poids
- Faciès neutre
- Assurer de la confidentialité des données
- Discuter du poids uniquement en cas d'extrême nécessité (poids trop faible)
- Question du poids toujours orientée sur la santé foetale et non de la mère

**h e d s**

Haute école de santé  
Genève

Rôle de la sage-femme

# CONSULTATIONS POST- NATALES

- Risque 3 fois plus élevé de développer une dépression du post partum (*Dotti, 2001*)
- Dès le pré-partum, présenter les symptômes de la dépression, orienter vers des sources de soutien
- Visites à 1 et 2 semaines du post partum
- Continuer à évaluer le trouble alimentaire
- Rassurer

# Allaitement

- Dans un contexte de TCA, allaitement moins fréquent et moins long (*Micali et al, 2009*)
- Préoccupations majeures pour le poids de l'enfant (*Wentz et al, 2009*)
- Aborder l'allaitement dès le pré-partum, consultant en lactation
- Lien avec le pédiatre pour suivre la croissance de l'enfant
- Supplémentation en calcium et en vitamine D

# Contraception

- Question majeure dans le post-partum
- Règles irrégulières
- Croyances d'infertilité
- Beaucoup de grossesses non désirées, surtout dans les cas de boulimie (*Morgan et al, 1999*)
- Choix éclairé de la contraception
- Éviter contraception orale chez les femmes qui se font vomir

# Conclusion

- Dépistage des TCA en anténatal indispensable
- Instaurer un climat de confiance, sans jugement
- La sage-femme devient un référent social indispensable
- Elle fournit les clés et les encouragements nécessaires aux femmes souffrant de TCA pour mettre leurs habitudes alimentaires en adéquation avec la santé de leur enfant et la leur
- Travail en réseau, multidisciplinaire

**h e d s**

Haute école de santé  
Genève

Merci de votre attention...

	<b>Avant grossesse</b>	<b>Pendant grossesse</b>	<b>Avant et pendant la grossesse</b>
<b>Anorexie</b>	<b>0.1%</b>		
<b>Boulimie</b>	<b>0.7%</b>	<b>0.2%</b>	<b>0.2%</b>
<b>Binge eating disorder</b>	<b>3.5%</b>	<b>4.8%</b>	<b>2.0%</b>

Bulik et al (2007), 40 000 femmes entre 24 et 34 ans

# Risques pour la mère et le foetus

## Résultats contradictoires

- grossesses normales sans complications (*e.g.*, *Franko & Spurrell, 2000*)
- prématurité, enfant de petit poids de naissance, microcéphalie, fausses couches, mort foétale, infections maternelles etc. (*e.g.*, *Morgan et al, 2006*)