



HAL
open science

Pompe à GNRH : le désir d'enfant et la grossesse à l'épreuve des troubles des conduites alimentaires

Irema Barbosa Magalhães Santos

► **To cite this version:**

Irema Barbosa Magalhães Santos. Pompe à GNRH : le désir d'enfant et la grossesse à l'épreuve des troubles des conduites alimentaires. Psychologie. Université Sorbonne Paris Cité, 2015. Français. NNT : 2015USPCB210 . tel-01914948

HAL Id: tel-01914948

<https://theses.hal.science/tel-01914948>

Submitted on 7 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Paris Descartes

« **Cognition, Comportement, Conduites Humaines** »

Laboratoire de Psychologie Clinique, Psychopathologie, Psychanalyse

Pompe à GNRH :

le désir d'enfant et la grossesse à l'épreuve des troubles des conduites alimentaires

Par Irema Barbosa Magalhães Santos

Thèse de doctorat de Psychologie

Dirigée par M. le Pr Maurice Corcos

En collaboration avec Mme le Dr Alexandra Pham-Scottez

Présentée et soutenue publiquement le 30 novembre 2015

Devant un jury composé de :

M. le Pr Sylvain MISSONNIER, Président du Jury, Professeur des Universités, Univ. Paris Descartes

M. le Pr Maurice CORCOS, Directeur de Thèse, Professeur des Universités, Univ. Paris Descartes

Mme le Pr Sylvie NEZELOF, Rapporteur, Professeur des Universités, Université de Franche-Comté

M. le Pr Ludovic GICQUEL, Rapporteur, Professeur des Universités, Université Poitiers

Mme le Pr Silke SCHAUDER, Examineur Professeur des Universités, Université de Picardie

Mme le Dr Alexandra PHAM-SCOTTEZ, Membre Invité, Praticien Hospitalier, Hôpital Sainte-Anne

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) ont des conséquences importantes sur l'état psychique et le système ovulatoire des femmes qui en souffrent.

Toutefois, il est de plus en plus fréquent que les femmes souffrant d'un TCA actuel ou passé parviennent à être enceintes. La littérature internationale met en lumière la surreprésentation de ces femmes dans les services de PMA et dans les services psychiatriques lors du post-partum.

Nous nous sommes intéressée dans cette étude à une méthode particulière de PMA, la pompe à GnRH. Cette recherche a ainsi été mise en place afin de répondre à deux questionnements spécifiques et complémentaires, l'un quantitatif et l'autre qualitatif :

- d'une part, nous avons voulu évaluer la prévalence des TCA parmi la population de femmes ayant recours à la pompe à GnRH ;
- d'autre part, nous avons voulu évaluer les influences du TCA maternel sur le désir d'enfant, la grossesse et le post-partum des femmes qui en souffrent.

Nous avons pour cela suivi des femmes souffrant d'un TCA et ayant accédé à la grossesse grâce à la pompe à GnRH au moyen de 4 entretiens réalisés durant leur grossesse et leur post-partum. Afin d'isoler ce qui pourrait relever de l'influence du TCA maternel, nous avons comparé ce groupe de femmes à deux autres groupes : l'un composé de femmes enceintes n'ayant jamais souffert d'un TCA et ayant eu recours à d'autres méthodes de PMA ; l'autre composé de femmes n'ayant jamais souffert d'un TCA et ayant conçu leur grossesse spontanément.

Sur le plan méthodologique, nous avons fait passer un entretien structuré capable de diagnostiquer un TCA actuel ou passé (CIDI) à un groupe de 21 femmes sous traitement par pompe à GnRH afin de répondre à notre premier questionnement. Ensuite, nous avons constitué un groupe de 7 femmes enceintes souffrant d'un TCA et ayant eu recours à la pompe à GnRH dont nous avons analysé l'état psychique à travers des entretiens cliniques semi-structurés et des outils d'évaluation standardisés et validés internationalement (HAD, STAI, BVAQ, EPDS).

Mots clefs : anorexie mentale, boulimie nerveuse, troubles des conduites alimentaires, pompe à GnRH, infertilité, grossesse.

Abstract

Eating disorders (ED) have major consequences on the mental state and ovulatory system of women who are affected by them.

Nevertheless, it's increasingly common for women with a lifetime ED to be able to get pregnant. The international studies highlight the outstanding proportion of these women attending the ART services as well as the psychiatric services during the postpartum period.

We mainly focused in this study on a specific ART method, the GnRH pulsatile administration. This study was conducted in order to answer two specific and complementary interrogations, one quantitative and the other qualitative.

On the one hand we wanted to assess the prevalence of women with a lifetime ED on the total number of women seeking GnRH pulsatile administration.

On the other hand we wanted to assess the influence of a lifetime ED on desire for a child, pregnancy and postpartum.

To that effect we followed patients with a lifetime ED who were able to get pregnant by seeking GnRH pulsatile administration. We interviewed them 4 times during their pregnancy and postpartum period. In order to detect what is to be attributed to the influence of maternal ED we compared this group to two other groups of pregnant women: one made of women who have never had ED and who used other ART treatments, and one made of women who have never had ED and who got pregnant naturally.

The methodology we used is as follows: in order to answer our first interrogation 21 women seeking GnRH pulsatile administration were interviewed and answered a fully structured interview that is able to diagnose a lifetime ED (CIDI). Later on we followed a group of 7 women with a lifetime ED who got pregnant by seeking GnRH pulsatile administration. We assessed their mental state thanks to semi structured clinic interviews and standardized and internationally acknowledged assessment tools (HAD, STAI, BVAQ, EPDS).

Keywords : eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, GnRH pulsatile administration, infertility, pregnancy

Remerciements

Au terme de ces quatre années de Thèse, je tiens à remercier :

Mon directeur de Thèse, M. le Pr Maurice Corcos, de m'avoir parlé de ce projet et de m'avoir accordé toute sa confiance pour sa réalisation en acceptant la direction de ce Doctorat.

Merci en particulier d'avoir tout fait pour la mise en place de cette recherche.

Merci enfin de m'avoir tant aidée lorsque je me sentais *bloquée* dans l'écriture de cette thèse, et notamment pour vos réflexions si uniques et inspiratrices.

Mme le Dr Alexandra Pham-Scottez, pour votre confiance et pour m'avoir embarquée il y a déjà six ans dans cette aventure autour de la thématique *TCA et maternité*. Merci pour toutes ces consultations faites en binôme qui ont été si riches et si fondamentales dans mon parcours et, bien évidemment, merci de m'avoir proposé le Groupe Poussette, pour lequel j'ai tant d'affection. Merci enfin de tout ce que vous avez fait pour que cette Thèse puisse aboutir, merci de votre disponibilité, de votre bienveillance et de votre rigueur, mais aussi de me demander toujours plus - il y a eu ainsi un nombre de publications considérable cette année !

Les endocrinologues sans qui cette recherche n'aurait pas été possible, et un grand merci en particulier au Pr Christin-Maître, pour sa disponibilité et pour m'avoir tant aidée à mettre en place cette recherche. Merci également aux Dr De Crecy, Dr Savale, Dr Dubourdieu, Dr Bry et Dr Perdigao-Cotta, pour la confiance qu'ils m'ont accordée en m'adressant certaines de leurs patientes. Enfin, un immense merci au Dr Julie Galey, d'être toujours aussi attentive et disponible, sans jamais se plaindre de toutes les fois où je suis venue la déranger dans son bureau !

Mme le Pr Sylvie Nezelof,

M. le Pr Ludovic Gicquel,

de me faire tous deux le grand honneur d'être rapporteurs de cette Thèse, merci de votre lecture et de vos rapports.

M. le Pr Sylvain Missonnier, de me faire l'honneur d'avoir accepté d'être le président du jury de cette Thèse et de m'avoir tant appris lors de ses enseignements à Paris 5.

Mme le Pr Schauder, de me faire l'honneur d'avoir accepté d'être membre de ce jury.

Toutes les femmes qui ont accepté de participer à cette recherche et qui m'ont dit vouloir aider d'autres femmes dans les mêmes situations qu'elles - un immense merci pour votre investissement, votre partage, votre confiance et le temps que vous y avez consacré.

M.le Pr Taki Cordas, créateur et directeur de la plus grande Unité TCA de l'Amérique Latine à l'Hospital das Clinicas de Sao Paulo, de m'avoir acceptée aussi rapidement pour que je vienne connaître l'AMBULIM - le mois que j'y ai passé a été très enrichissant. Merci pour ton intérêt dans ma recherche, ton partage intellectuel et ta convivialité. Je ferai de mon mieux pour que se réalise bientôt cette collaboration tant attendue entre la France et le Brésil.

Mme Zoé Logak, pour son aide et ses réflexions précieuses dans les moments de doute au cours de ces quatre années de Thèse. Je garde toujours vos conseils.

Mme Chabert, de m'avoir laissée participer à ses supervisions cliniques, si enrichissantes et si importantes pour le bon déroulement de cette Thèse.

Mme le Dr Isabelle Nicolas, pour ses réflexions toujours très riches. Je ne suis pas sûre que tu t'en souviennes, mais tu m'a été d'une grande aide dans l'élaboration du protocole de cette recherche.

Le Dr Chloé Vassor, avec qui l'amitié est née dans le travail et l'intérêt commun pour cette thématique *TCA et maternité*, amitié qui continue bien au delà de l'IMM. Merci de tes encouragements !

Tous mes amis de Paris :

- La famille Teisserenc, Delphine, Babou et Pierre, que j'ai le grand plaisir d'appeler « ma famille en France », muito obrigada por tudo !
- Cécile, pour sa si fidèle amitié, j'attends avec impatience notre recherche en commun.
- Les deux Priscila - quelle belle amitié nous avons. Mais aussi Axelle, Eliana et Marc, pour leur amitié et leur présence fidèles dans ma vie - et merci Axelle pour ton aide précieuse dans ce monde de la statistique. Merci à Andrea, de m'avoir *dépannée* à la dernière minute. Un grand merci enfin à Masha, que je n'ai pas pu voir depuis la naissance de son petit, mais la Thèse est finie, je me rattraperai, promis !
- Tous « les amis d'Eric », qui ont été si disponibles et si présents lors de cette dernière ligne droite - vous m'avez touchée. - et en particulier Marie So, Fabos, Karim, Will, Charlotte et Jim.

Obrigada às « Vovós », le meilleur groupe de Whatsapp, celui où on partage nos vies et finit par rire de nos bêtises comme de nos malheurs. Amo vocês, Lais, Adê, PG e Cintia !

Obrigada, Ju, pour ces presque trente ans d'amitié. Si différente et si complémentaire de moi, tu es comme ma soeur, mon amour. J'attends avec impatience ton séjour à Paris.

Merci à Nina, mon ange gardien, qui a l'incroyable pouvoir de m'envoyer des messages dans les moments de plus grand stress, notamment lors du rendu de cette Thèse, je ne saurai jamais comment tu fais ça !

Un immense merci à ma famille :

A la famille Barata, « notre famille à Belém », si aimée. En particulier à Vovo Norma qui n'est plus là, à tia Maria Helena, à tio Ruy et à tia Rosângela, vous êtes toujours dans mon coeur.

A mes oncles et mes tantes, notamment Tia Soca, Tia Ju, Tio Preto, Dadai, et à Zana, de m'avoir aidée à la dernière minute avec les tableaux. A mes cousins chéris (vous êtes presque trente - impossible de nommer tout le monde ! - mais une pensée pour Daniel).

A Dinda, ma marraine, je sais que tu penses que je ne te le montre pas assez, mais je pense beaucoup à to...

A mes grand-parents maternels : grande Vozão et grande Vó. Vous êtes supers, je vous aime.

A mes grand-parents paternels : vô Alfredo et vó Ruth. Vó, tu me manques tellement et je pense tellement à toi, si tu le savais - je suis sûre que tu le sais.

A mes parents, deux chercheurs incroyables et passionnés, qui m'ont transmis leur passion pour la recherche et pour l'Amazonie. Merci de m'avoir toujours écoutée, soutenue, aimée - d'être toujours si présents, si importants et inspirateurs. Sans vous, cette Thèse n'aurait jamais été possible, et vous le savez !

Merci Pa, de ta joie, de tes blagues, de me connaître autant et d'être une personne avec qui j'aime tellement discuter, partager et rigoler. Tu es le meilleur au monde !

Merci Ma aussi de ta joie, de tes blagues, de ta douceur, de tes conseils, de nos discussions, de m'inspirer tellement, de ta rigueur et de me faire rire en voulant être toujours aussi avant-gardiste !

Merci à vous deux pour votre amour l'un envers l'autre, qui est si beau et si inspirateur.

Merci beaucoup de me transmettre cet amour, tous les jours.

Merci en particulier de m'avoir appris à vivre la vie toujours avec beaucoup de responsabilité et de bonne humeur (il paraît que c'est rare les gens comme ça !)

Et un immense merci à Eric, qui a été avec moi pendant toute l'écriture de cette Thèse.

Merci d'avoir lu, relu et corrigé (encore et encore) chaque ligne de cette Thèse.

Merci de ta disposition (incroyable), de ton soutien, de ta présence et de ta bonne humeur pendant même les moments de plus grand stress, de chanter « On n'est pas fatigués ! » quand on travaillait tard dans la nuit. Cette Thèse ne serait pas la même sans toi et je ne l'oublierai jamais.

Table des matières

Résumé	3
Abstract	4
Remerciements	5
Table des matières	7
Introduction	10
Partie 1 : CONTRIBUTIONS THEORIQUES	12
Chapitre 1 - Désir d'enfant et maternalité	12
<i>Naissance d'un corps, origine d'une histoire</i>	12
1.1 La construction du désir d'enfant chez Freud	13
1.1.1 <i>Pour introduire le narcissisme (1914)</i>	13
1.1.2 <i>Sur les transpositions de pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal (1917)</i>	14
1.1.3 <i>La disparition du complexe d'Œdipe (1923)</i>	15
1.1.4 <i>Sur la sexualité féminine (1931)</i>	16
1.1.5 <i>La Féminité (1933)</i>	17
1.2 Autres contributions autour du désir d'enfant	18
1.3 L'enfant imaginé et ses avatars	21
1.3.1 L'enfant imaginaire	22
1.3.2 L'enfant fantasmatique	22
1.3.3 L'enfant mythique ou culturel	22
1.3.4 L'enfant narcissique	23
1.3.5 L'enfant virtuel et la ROV	23
1.4 La parentalité : rencontres et divergences entre le désir d'enfant et le devenir parent	24
1.5 La fonction maternelle	27
1.5.1 Winnicott.....	27
1.5.2 Bion	30
1.6 L'arbre de vie, la transmission inter et trans-générationnelle.....	32

Chapitre 2 - Les troubles des conduites alimentaires	34
<i>Effraction d'un corps, effraction du féminin</i>	34
2.1 Les troubles des conduites alimentaires : présentation.....	34
2.1.1 Anorexie et boulimie : historique.....	35
2.1.2 L'anorexie mentale.....	36
2.1.3 La boulimie nerveuse.....	39
2.2 Les TCA d'un point de vue psychodynamique	41
2.2.1 Les troubles des conduites alimentaires dans l'oeuvre freudienne.....	42
2.2.2 La vulnérabilité et la dépendance narcissiques.....	45
2.2.3 Le conflit dépendance/autonomie.....	50
2.2.4 Le masochisme.....	54
2.3 Troubles des conduites alimentaires et parentalité	56
2.3.1 TCA, poids et infertilité.....	56
2.3.2 TCA et grossesse.....	61
2.3.3 TCA et interactions précoces.....	63
 Partie 2 : LA RECHERCHE.....	 67
 Chapitre 1 - Le projet de recherche.....	 67
1.1 Origine et naissance du projet	67
1.2 Construction du projet	73
1.2.1 Présentation du projet.....	73
1.2.2 Les hypothèses	74
1.2.3 Les objectifs	75
 Chapitre 2 - Méthodologie	 76
2.1 Présentation	76
2.2 Critères de recrutement et précautions éthiques	79
 Chapitre 3 - Résultats et discussion	 88
3.1 Première phase de recherche.....	88
3.2 Deuxième phase de recherche.....	93

Chapitre 4 - Etude de cas	115
Partie 3 : DISCUSSION ET CONCLUSION	155
Discussion	155
Conclusion	162
Bibliographie	164
Annexes	174
Publications	174
Annexe 1	176
Troubles des conduites alimentaires et maternité : dysfonctionnements dans la parentalité, interrogations sur la lignée transgénérationnelle maternelle et enjeux au moment du devenir mère - données d'une étude exploratoire (in press).....	176
Annexe 2	198
Eating disorders and GnRH pulsatile administration : diagnosis of lifetime ED among women seeking infertility treatment in France (soumis)	199
Annexe 3	216
Construction d'une recherche autour du désir d'enfant et de la périnatalité chez les femmes souffrant de TCA (in press).....	216
Annexe 4	227
Prise en charge psychanalytique des troubles des conduites alimentaires.....	
Au risque de se rencontrer soi-même (in press).....	227
Annexe 5	236
Protocole Désir d' enfant et alimentation (dossier).....	236
Annexe 6	268
Protocole Désir d' enfant et alimentation - Inclusion	268

Nos réflexions cliniques sur le champ des femmes souffrant d'un trouble des conduites alimentaires (TCA) et accédant à la maternité se construisent depuis 2010, et notamment par étayage entre la recherche et la pratique clinique.

Notre première étude à ce sujet portait sur les représentations maternelles des femmes souffrant d'un TCA. Cette étude, à but exploratoire, avait pour objectif de repérer les thèmes les plus récurrents chez ces femmes au moment du devenir mère. Nous en avons dégagé des thématiques et des « noeuds » en ce qui concerne la filiation transgénérationnelle maternelle et les représentations liées au père, au mari et à l'enfant. Ces thématiques, concernant le processus de séparation/individuation et toutes les difficultés qu'il pose à ces femmes au moment de la maternité, nous ont permis de mettre en place un espace de partage et d'investissement de la parole créé et adapté spécifiquement pour ces femmes. Le Groupe Poussette a ainsi été mis en place au sein de la CMME de l'hôpital Sainte-Anne, avec le Praticien Hospitalier Dr Alexandra Pham-Scottez, et grâce au soutien financier de la Fondation de France.

Si cette liaison entre recherche et pratique clinique nous a permis de créer et mettre en place un dispositif thérapeutique, elle nous a aussi menée vers d'autres réflexions et interrogations. Partant des données issues de la littérature scientifique indiquant la forte prévalence d'un déni et donc un sous-diagnostic probable de ces troubles, nous nous sommes d'abord interrogée à propos des femmes qui accèdent ou souhaitent accéder à la maternité sans être diagnostiquées et donc prises en charge pour leurs troubles. Mais comment rencontrer ces femmes ? Se trouveraient-elles en nombre parmi la population de femmes consultant les services de traitement de l'infertilité ? Et d'une manière générale, observant parfois dans notre pratique clinique des grossesses répétées, voire enchaînées, qu'en est-il du désir d'enfant chez ces femmes souffrant d'un TCA ?

C'est pour répondre à ces questions que nous avons élaboré ce projet de recherche, et mis en place une méthodologie qui nous a permis, dans un premier temps, d'éva-

luer la prévalence des TCA au sein d'une population de femmes ayant recours à une méthode de traitement d'infertilité particulière, la pompe à GnRH, et dans un un second temps, d'accompagner les femmes ainsi rencontrées au cours de leur grossesse et du post-partum.

Nous avons ainsi divisé ce manuscrit en trois parties.

La première partie expose les contributions théoriques les plus importantes sur le sujet et est sous-divisée en trois chapitres : dans le premier, nous avons repéré brièvement ce qui relève d'un point de vue psychodynamique sur le désir d'enfant et le processus de construction de la maternité chez la femme ; dans le deuxième, consacré aux TCA, nous avons d'abord relevé chez quelques auteurs contemporains les éléments psychopathologiques si pluriels et spécifiques des femmes/individus souffrant de TCA, et nous avons ensuite effectué une revue de la littérature scientifique internationale en ce qui concerne la prévalence des femmes souffrant d'un TCA dans les services de PMA, et les influences du TCA maternel durant la grossesse et le post-partum ainsi que chez leurs enfants.

La seconde partie, consacrée à notre recherche, est sous-divisée en quatre chapitres : le premier chapitre présente les origines de notre projet ; le second décrit la méthodologie que nous avons élaborée et utilisée pour ce projet ; le troisième analyse les résultats obtenus lors de notre recherche, et le quatrième présente sept études de cas rapportant ce qu'a été notre expérience avec ces femmes.

Enfin, à travers une discussion, nous analyserons les résultats obtenus en reliant des tronc communs en ce qui concerne la prévalence des femmes ayant recours à la pompe à GnRH et les influences du TCA maternel lors de ce processus du devenir mère.

Partie 1 : CONTRIBUTIONS THEORIQUES

Chapitre 1 - Désir d'enfant et maternalité

Naissance d'un corps, origine d'une histoire

Le désir d'enfant s'inscrit très tôt chez l'individu, dans le souhait de ressembler à ses parents en devenant parent lui-même, de fonder une famille analogue, ou contraire, à sa famille originaire. Ce désir se manifeste dans une dimension consciente, voire programmée, s'intégrant à un plan de vie conforme aux idéaux sociaux et familiaux. Parfois, là où certaines infertilités féminines et/ou masculines pourraient vouloir s'exprimer, le désir d'enfant se construit aussi comme un « droit à avoir un enfant », d'où le recours à toute méthode de Procréation Médicalement Assistée (PMA) proposée, de façon à remédier à « tout prix » à ce dysfonctionnement « inexplicé ».

Le désir d'enfant s'intègre selon Houzel (2000) dans la dimension subjective consciente et inconsciente de l'expérience de la parentalité. Le devenir mère et le devenir père, quant à eux, s'établissent bien avant la conception ou l'arrivée de l'enfant, avoir un enfant ne signifiant pas, devenir un parent (Lebovici, 2009).

Le devenir mère et le devenir père s'établit avant la conception ou l'arrivée de l'enfant, « avoir un enfant ne signifie pas devenir parent » (Lebovici, 2009).

Nous verrons dans cette partie comment la question du désir d'enfant se construit avec Freud et Monique Bydlowski, ce qui est de cette représentation et la constructions du processus du *devenir mère*.

1.1 La construction du désir d'enfant chez Freud

Le concept de désir d'enfant occupe dans l'œuvre freudienne une place assez restreinte. Nous avons ici recueilli cinq textes, dont la parution s'échelonne entre 1914 et 1933, qui traitent, au moins en partie, de cette thématique.

Nous verrons, par la suite, que si Freud ouvre certaines voies vers la compréhension du désir d'enfant chez la femme, des auteurs contemporains comme Bydlowski se montrent plus éclairants sur le sujet.

1.1.1 Pour introduire le narcissisme (1914)

Dans ce texte, Freud ne traite pas encore du désir d'enfant proprement dit, mais il élabore ce que nous pourrions appeler une théorie narcissique du désir d'enfant, à savoir comment l'enfant peut s'inscrire dans le choix d'objet chez la femme dite narcissique.

Le concept de narcissisme a d'abord été introduit par Nack (1899) comme étant « un comportement par lequel un individu traite son corps de façon semblable à celle dont on traite d'ordinaire le corps d'un objet sexuel » (*op. cit*, p. 81). Selon Freud, le narcissisme a sa place dans le développement sexuel régulier de l'être humain.

Freud fait la distinction entre libido du moi et libido de l'objet : « d'une part la libido qui est propre au moi, et d'une autre celle qui s'attache aux objets » (*op. cit*, p.85). D'où proviendrait dans la vie psychique cette contrainte qui pousserait la libido à sortir des frontières du narcissisme pour se placer sur les objets ? A travers sa réflexion et sa compréhension de la vie amoureuse des êtres humains, Freud donne un premier éclairage concernant cette question. Selon lui, la libido peut avoir deux types de choix d'objet : celui par étayage et celui de type narcissique.

Les premiers objets sexuels sont tirés des premières expériences de satisfaction. Celles-ci sont vécues d'une part à travers les fonctions vitales de l'individu, d'autre part à travers des satisfactions auto-érotiques.

Chez les individus ayant une source de choix d'objet par étayage, ce choix d'objet va se tourner vers celui qui porte les premiers échanges avec l'enfant : « les

pulsions sexuelles s'étaient d'abord sur la satisfaction des pulsions du moi, dont elles ne se rendent indépendantes que plus tard, mais cet étayage continue à se révéler dans le fait que les personnes qui ont affaire avec l'alimentation, les soins, la protection de l'enfant deviennent les premiers objets sexuels ; c'est en premier lieu la mère ou son substitut » (*op. cit*, p.93).

En revanche, chez les individus ayant une source de choix d'objet narcissique, le choix d'objet d'amour ne se porte pas sur le modèle de la mère ou de son substitut, mais sur celui de leur propre personne, en se cherchant eux-mêmes comme objet d'amour. Freud accorde une spécificité plus féminine à ce choix. Les femmes en question resteraient « froides envers l'homme » (*op. cit*, p. 95), comme si un investissement libidinal envers un objet leur était impossible. La seule voie qui mène à un plein amour de l'objet serait alors l'enfant qu'elles mettent au monde et qui se présente à elles à la fois comme une partie de leur propre corps et à la fois comme un objet étranger, pour lequel elles peuvent, dans ce sens, « partant de leur narcissisme, vouer le plein amour d'objet » (*op. cit*, p. 95).

Dans ce type de choix narcissique se niche une tendance chez ces femmes à attribuer à leur enfant, c'est-à-dire à elles-mêmes, toutes les perfections. A travers lui, elles recherchent inconsciemment comme une immortalité de leur moi, qui aurait retrouvé un lieu sûr en se réfugiant chez elles-mêmes par l'intermédiaire de l'enfant. « L'amour des parents, si touchant et, au fond, si enfantin n'est rien d'autre que leur narcissisme qui vient de renaître et qui, malgré sa métamorphose en amour d'objet, manifeste à ne pas s'y tromper son ancienne nature. » (*op. cit*, p.96)

1.1.2 Sur les transpositions de pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal (1917)

C'est à partir de ce texte que Freud commence à employer le terme « désir d'enfant » et qu'il trouve un nouveau point de départ à ses réflexions sur le sujet.

L'auteur fait à partir de ce texte et, comme nous le verrons, tout au long de son œuvre, une analogie entre le désir d'enfant chez la femme et le fait d'avoir un pénis, comme si l'enfant était un substitut au pénis, un symbole phallique équivalent chez la femme : « c'est dans les relations entre 'enfant' et 'pénis' qu'il est le plus aisé de le

constater. Il n'est sans doute pas indifférent que, dans la symbolique du rêve aussi bien que dans celle de la vie quotidienne, un symbole commun peut être substitué à l'un et à l'autre. L'enfant, tout comme le pénis, s'appelle le *petit* » (*op. cit*, p.108). Le désir d'enfant serait donc comme une conséquence du complexe d'Œdipe. La castration et la frustration de ne pas avoir de pénis établiraient une autre origine au désir d'enfant. Ce désir d'enfant serait une « envie de pénis », une envie de ne pas (ou de ne plus) se sentir castrée (*op. cit*, p.108).

1.1.3 La disparition du complexe d'Œdipe (1923)

Dans ce texte de 1923, Freud reprend l'analogie entre le désir d'enfant et le désir de pénis. Si sa réflexion se poursuit dans le même sens que celle menée six ans auparavant, il ajoute ici quelques pistes pour la compréhension de la féminité, tout en affirmant que la compréhension du processus de développement de la fille, comparé à celui du garçon, est encore *peu satisfaisante, pleine de lacunes et d'ombres*.

Une phrase célèbre de Napoléon est reprise par Freud, et celle-ci peut être considérée non seulement comme l'un des piliers du complexe d'Œdipe (et de sa disparition), mais aussi de l'œuvre tout entière du fondateur de la psychanalyse : « l'anatomie c'est le destin ». L'anatomie marquerait toute la différence entre le garçon et la fille, en ce qu'elle détermine la disparition du complexe d'Œdipe et, conséquemment, leurs *destins*.

Chez le jeune garçon, la crainte est marquée par la *possibilité d'être castré*, tandis que chez la jeune fille, la castration est acceptée *comme un fait déjà accompli*. Devant ce fait accompli et irrémédiable, la seule solution pour la fille serait de se consoler avec « l'espoir d'obtenir plus tard, et en grandissant, un appendice aussi grand que celui du garçon » (*op. cit*, p.121). Cet appendice serait une tentative de compensation, comme une équation symbolique du pénis à l'enfant : « Son complexe d'Œdipe culmine dans le désir longtemps retenu de recevoir en cadeau du père un enfant, de mettre au monde un enfant pour lui. (...) Les deux désirs visant à la possession et d'un pénis et d'un enfant demeurent fortement investis dans l'inconscient et aident à préparer l'être féminin pour son futur rôle sexuel » (*op. cit*, p.122).

1.1.4 Sur la sexualité féminine (1931)

Freud, dans le texte précédent, décrivait le changement d'objet, chez la petite fille, de la mère vers le père, ce qui amènerait celle-ci à désirer en cadeau du père un enfant. Cependant, d'autres réflexions viennent ici nourrir sa compréhension du désir d'enfant, et notamment celle qui sera désormais présente tout au long de son œuvre : la question de l'attachement de la petite fille à sa mère. En particulier, ce texte est le premier où Freud s'interroge sur la durée de l'attachement de la petite fille à la mère préœdipienne, en même temps que sur les raisons qui amènent ensuite les hostilités envers cette mère : « comment, quand et pourquoi s'est-elle détachée de sa mère ? », se demande-t-il.

En ce qui concerne la durée de l'attachement à la mère, Freud constate que celle-ci « avait été fortement sous-estimée. (...) En fait, il fallait admettre la possibilité qu'un certain nombre d'êtres féminins restent attachés à leur lien originare avec la mère et ne parviennent jamais à le détourner véritablement sur l'homme. La phase préœdipienne de la femme atteint par cela une importance que nous ne lui avons jamais attribuée jusqu'ici. » (*op. cit* , p.140)

En ce qui concerne les hostilités de la petite fille envers sa mère, l'auteur cite quelques exemples de comportements maternels qui pourraient être ressentis comme défailants par la petite fille et seraient à l'origine de ces hostilités : le fait de ne pas avoir donné suffisamment de lait à son enfant, de ne pas l'avoir nourrie assez longtemps, de ne pas lui avoir donné un vrai organe génital... Cependant, Freud introduit par ailleurs dans ce texte un point qui sera capital pour la compréhension du sujet. En effet, il commence ici à s'interroger sur l'universalité de cette frustration envers la mère. Selon lui, l'avidité infantile est si grande que, même si la mère n'est pas spécialement défailante en la matière, la frustration de l'enfant et les récriminations qui en découlent ont de fortes chances d'être tout aussi intenses. Néanmoins, cette frustration ne peut, selon lui, expliquer entièrement le détournement de la petite fille vers le père, ni les hostilités envers la mère. Que réclame donc la petite fille de sa mère ? Elle réclamerait le fait d'être elle-même mère à son tour, de prendre la place de sa mère : « maintenant jouons à la maman, c'est moi la mère et toi l'enfant » (*op. cit* , p. 149), dit-elle en jouant avec sa poupée, qui est ici l'enfant. C'est le côté actif de la féminité qui s'exteriorise, et « cette

préférence témoigne aussi de l'exclusivité du lien à la mère avec négligence complète de l'objet-père » (*op. cit* , p. 149).

Le fait de se détourner de la mère précœdipienne est non seulement l'une des conditions fondamentales pour que la féminité et la sexualité puissent prendre ses racines chez la petite fille, mais aussi l'un des piliers essentiels pour que la séparation d'avec la mère puisse avoir lieu et que la petite fille puisse être mère à son tour.

1.1.5 La Féminité (1933)

Dans ce texte, Freud reprend le même chemin exploré dans « Sur la sexualité féminine », en y ajoutant quelques points de réflexions. Il débute par une phrase semblable à celle qui deviendra la célèbre formule de Simone de Beauvoir dans « Le deuxième sexe » en 1949 : « Il appartient à la nature même de la psychanalyse de ne pas vouloir décrire ce qu'est la femme (...) mais d'examiner comment elle le devient. »

Freud distingue ici deux modalités du désir d'enfant : vouloir faire un enfant pour la mère *ou* vouloir faire un enfant par la relation au père.

Il revient ainsi dans un premier temps sur la question de l'attachement à la mère précœdipienne : « Nous savions naturellement qu'il y avait eu un stade antérieur de liaison à la mère, mais nous ne savions pas qu'il pouvait être si riche de contenu, qu'il pouvait se maintenir si longtemps et laisser derrière lui tant de facteurs occasionnant fixations et dispositions. Au cours de cette période, le père n'est qu'un rival opportun ; dans bien des cas, la liaison à la mère dure au-delà de la quatrième année. Presque tout ce que nous trouvons plus tard dans la relation au père était déjà présent dans cette liaison et a été par la suite transféré sur le père. Bref, nous acquérons la conviction qu'on ne peut pas comprendre la femme si l'on ne prend pas en compte cette liaison précœdipienne à la mère. » (*op. cit* , p.203) De cette liaison précœdipienne, Freud fait émerger un premier désir d'enfant qui serait celui « de faire un enfant à la mère (...) de mettre au monde un enfant pour elle ».

Dans un second temps, Freud se ré-interroge sur la question de la disparition de cet attachement et des hostilités de la petite fille envers la mère : « Il ne s'agit pas, pour cette étape du développement, d'un simple changement d'objet. Cet éloignement par

rapport à la mère se produit sous le signe de l'hostilité, l'attachement à la mère se termine en haine. » La petite fille ne se remettra jamais de la douleur d'avoir perdu le sein maternel en même temps qu'elle rendra la mère responsable de son défaut de pénis, et ce sont ces points clefs qui feront basculer l'attachement et le désir de la mère vers la figure paternelle : « La fille rend la mère responsable de son défaut de pénis et ne lui pardonne pas de lui avoir infligé ce désavantage. » (*op. cit* , p.208) Ce basculement de la mère vers le père culmine à l'étape finale par la volonté d'avoir un enfant de ce dernier. Ainsi, le complexe de castration prépare le complexe d'Œdipe au lieu de le détruire : « Sous l'influence de l'envie du pénis, la petite fille est expulsée de la liaison à sa mère et se hâte d'entrer dans la situation œdipienne comme dans un port. »

Freud arrive en conclusion de ce texte à l'idée que « l'identification à la mère, chez la femme, permet de reconnaître deux strates, la précœdipienne, qui repose sur la liaison tendre à la mère et la prend pour modèle, et celle, plus tardive, issue du complexe d'Œdipe, qui veut éliminer la mère et la remplacer auprès du père. De toutes deux il reste beaucoup pour l'avenir, et l'on est assurément en droit de dire qu'aucune n'est surmontée dans une mesure suffisante au cours du développement. Mais c'est la phase de la tendre liaison précœdipienne qui est décisive pour l'avenir de la femme. » Et nous ajouterons, pour son avenir de mère. C'est d'ailleurs cette liaison tendre à la mère précœdipienne qui sera en partie reprise et mise en lumière par Monique Bydlowski dans sa théorie du désir d'enfant.

1.2 Autres contributions autour du désir d'enfant

Monique Bydlowski a apporté de nouvelles contributions théoriques au désir d'enfant. Dans la continuité de ce que nous venons d'étudier chez Freud, elle éclaire plus particulièrement cette question en approfondissant sa réflexion sur le lien de la petite fille envers la tendre mère précœdipienne.

Bydlowski s'appuie, entre autres, sur les écrits de Georg Groddeck, qui mettait déjà en évidence la qualité du lien maternel comme étant le précurseur du désir d'enfant chez la jeune fille. Enfanter serait selon lui reconnaître la mère à l'intérieur de soi.

Bydlowski cite d'ailleurs Groddeck à deux reprises, dans *La Dette de vie* (1997), mais aussi dans *Je rêve un enfant* (2000) : « En enfantant, une femme rencontre sa propre mère ; elle la devient, elle la prolonge, tout en se différenciant d'elle. »

C'est de cette rencontre et cette reconnaissance avec sa propre mère d'avant l'Œdipe que Bydlowski traite tout au long de son œuvre, en soulignant et mettant en évidence l'hypothèse du désir d'enfant comme étant un signe de gratitude, une « dette de vie » de la jeune femme envers sa propre mère. A ce propos, Groddeck est à nouveau cité, Bydlowski reprenant sa phrase célèbre et polémique qui affirme que les jeunes femmes qui détestent leurs mères n'ont pas d'enfant, la haine ne leur permettant pas de s'inscrire dans cette continuité : « le désir de vengeance barre la transmission » (Bydlowski, 1997, p. 76).

Selon Bydlowski, les mouvements du désir d'enfant commencent dès les origines, dans les premiers liens qui lient la petite fille à sa mère ou à cette fonction de mère. Ces mouvements accompagneraient ensuite la transformation du lien de la petite fille envers sa mère à l'âge adulte : la place inconsciente de la mère œdipienne, rivale et toute puissante, qui l'accompagne depuis son enfance, doit se représenter comme un lien assez malléable, psychiquement parlant, pour pouvoir permettre la rencontre avec une autre image maternelle, celle d'avant l'Œdipe, une mère affaiblie, fragile et porteuse des tous les soins. L'élan du désir d'enfant commencerait avec le mouvement d'identification qui lie la petite fille à cette mère d'origine : « en s'identifiant à cette image, la petite fille désirera son tout premier enfant de sa propre mère » (Bydlowski, 2000, p. 34).

Plus tard, cette mère merveilleuse des débuts est un peu oubliée. Avec la période de latence, la petite fille se détourne de son premier objet d'amour et se tourne exclusivement vers le père pour en désirer un bébé.

Plus tard encore, l'amour sexuel pour un compagnon lui permet de construire le triptyque harmonieux de ces trois composants et lui fait avoir des projets d'enfant. Bydlowski décrit la convergence de ces trois points comme une charade : « Mon premier est le désir d'être comme ma mère du début de la vie, et le second est un autre vœu, celui d'avoir comme elle un enfant du père ; quant à mon troisième, il est constitué par la rencontre adéquate de l'amour sexuel pour un homme. Mon tout est la conception et la naissance de cet enfant qui va me transformer de jeune femme en mère. » (Bydlowski,

2000, p. 34-5) Toute aptitude à la maternité suppose la coïncidence de ces trois éléments : « d'une part, le lien à la mère d'origine, d'autre part le désir phallique - ce vœu incestueux d'un enfant donné par le père - et, enfin, l'amour sexuel pour un homme du présent » (*op. cit.*, p. 37).

La réalisation du désir infantile nécessite donc une identification suffisamment tendre à son premier objet d'amour en même temps qu'un renoncement à obtenir un enfant de son père. C'est la mère préœdipienne, fragile, archaïque, tendre et fusionnelle, qui laisse sa propre place à la jeune fille afin qu'elle puisse devenir mère à son tour et lui donner l'enfant qu'elle-même ne peut plus avoir.

En outre, la grossesse et la maternité marquent une expérience de solitude et de remaniements psychiques qui requiert la chaleur, la tendresse d'une référence féminine, à savoir la mère idéalisée, à qui elle pourrait confier son bébé. C'est donc grâce aux retrouvailles avec l'image d'une mère tendre, sans laquelle l'enfant tout petit ne pourrait survivre, et à laquelle la fille pourra s'identifier, que celle-ci pourra s'imaginer à son tour mère.

L'auteure met ainsi en lumière le concept de « dette de vie », qui serait comme une étape permettant de se perpétuer à travers les générations : « cette étape d'identification à une mère suffisamment faible est nécessaire pour recevoir en cadeau l'enfant qui vient sceller la dette liant les deux femmes, la fille à la mère ». Le règlement de cette « dette de vie » suppose un sentiment de gratitude suffisamment reconnu et instauré vis-à-vis de la mère, formant le pilier indispensable pour être capable de devenir mère et d'enfanter soi-même : « par le désir d'enfant, la femme donne corps au lien charnel indestructible qui l'unit à sa mère » et, « grâce à la puissance de ce lien, la maternité de la fille constitue une retrouvailles avec la mère perdue de la première enfance, et s'exprime comme un souvenir nostalgique. » (Bydlowski, 1997, p. 79)

Par ailleurs, le désir d'enfant viendrait aussi s'inscrire dans un registre « tantôt œdipien, tantôt narcissique » (Bydlowski, 1997, p. 81). Toute femme viendrait un jour à désirer l'enfant imaginaire, celui des fantasmes préconscients, celui qui peut tout accomplir, tout réparer, tout combler : deuils, solitude, sentiment de perte. Il est l'objet par excellence. Ce qui serait désiré, ce ne serait pas tant un enfant, « c'est le désir d'enfant, désir d'enfance, réalisation d'un souhait infantile » (Bydlowski, 1997, 2006).

Pour finir, nous voulons ajouter que la grossesse doit simultanément instaurer l'émergence d'une nouvelle organisation pour qu'il y ait une rupture de la répétition de la lignée maternelle et que la filiation des deux parents, de la mère mais aussi du père, puisse prendre sa place. Nous verrons que c'est notamment en cela que les femmes souffrant d'un TCA peuvent présenter un dysfonctionnement.

1.3 L'enfant imaginé et ses avatars :

Le désir d'enfant culmine normalement à l'avènement d'une grossesse, spontanée ou non, mais dans la plupart des cas programmée, voire parfois revendiquée.

Nous parlerons ici de la place inconsciente de cet enfant à venir et de comment elle s'inscrit dans l'imaginaire parental. Le mouvement interne des représentations parentales joue un rôle important dans le sens où il permet dans le même temps la mise en place du processus de la parentalité. Par ailleurs, nous verrons qu'il est aussi essentiel que ces représentations ne soient pas figées, mais au contraire s'élaborent et se transforment lors de la grossesse puis de la rencontre avec l'enfant de la réalité.

Nous verrons, dans les résultats de notre recherche, qu'une problématique particulière aux femmes souffrant d'un TCA concerne l'enfant en tant qu'investissement libidinal de l'objet. Selon Aulagnier (1990), cet investissement n'est en effet pas toujours possible pour toutes les mères, du fait que certaines présentent des difficultés à représenter fantasmatiquement leur futur bébé. Il y a alors un surinvestissement narcissique et l'enfant, n'étant pas symbolisé, est perçu comme celui qui vient ajouter quelque chose à leur propre corps. Or c'est cet investissement inconscient et objectal qui est l'un des piliers permettant à l'enfant de se sentir exister en tant que sujet : « Pour pouvoir un jour se saisir de soi comme sujet, il est nécessaire d'avoir été d'emblée et/ou d'être devenu sujet pour l'autre. C'est là une des formes de la division du sujet : avant d'être sujet pour lui-même, il doit avoir été sujet - ou pour le moins sujet potentiel - pour l'autre. » (Roussillon, 1999 *in* Missonnier, 2006)

La mère et le père portent dans leurs bras l'enfant de la réalité. Cependant, c'est le processus tissé entre les différents enfants qui existent dans leurs pensées qui, au sein d'un « maillage » avec leur narcissisme, va concourir à l'édification et au développement du *self* de l'enfant (Golse *in* Houzel, 2000).

1.3.1 L'enfant imaginaire :

L'enfant imaginaire naît après la période de transparence psychique correspondant au premier trimestre de la grossesse. La jeune femme imagine alors un enfant qu'elle donne à son conjoint ; elle espère un sexe ; elle craint qu'il soit mal formé (Stoleru et Lebovici, 2004). Cet enfant est le fruit du désir de grossesse, celui qui alimente les rêveries de la mère. Il est le porteur de l'histoire transgénérationnelle, qui anime le choix du prénom, joue un rôle important dans le processus de parentalisation et donne la dimension de filiation à travers les générations. « C'est par l'intermédiaire de leur enfant que les parents retrouvent les grands-parents dont le rôle est ainsi fixé dans l'imagination de leurs enfants et éventuellement dans la conduite de leurs petits-enfants. » (Lebovici *et al.*, 2009, p. 80).

1.3.2 L'enfant fantasmatique :

L'enfant fantasmatique est celui des fantasmes inconscients. Il naît très tôt dans l'inconscient maternel. Il est celui des conflits infantiles et refoulés des parents, et avant tout celui des fantasmes infantiles de la mère qui, aimant son père comme sa mère aime ce dernier, veut avoir elle aussi un enfant de lui. « Chaque fois qu'un adolescent utilise un moyen contraceptif, c'est un peu comme s'il faisait, inconsciemment, un petit salut à l'enfant imaginaire, comme s'il lui disait : *Ce n'est pas pour cette fois, mais c'est pour bientôt !* » (Soulé, 1982) Ce bébé est « l'objet d'une dette » (Stoleru et Lebovici, 2004 ; Soulé, 1982;) et réactualise « la transparence psychique » (Bydlowski, 1991 ; Lebovici *et al.*, 2009) de la grossesse.

1.3.3 L'enfant mythique ou culturel :

Cet enfant est celui qui est chargé de toutes les références de notre société, de notre groupe culturel et médiatique, de toutes les références enveloppant la parentalité périnatale et l'éducation de l'enfant. Il est « l'inscription dans l'arbre de vie » (Solis-

Ponton, 2004, p.11). Laplanche (1989) indique que la mère, en donnant les soins, transmet aussi sa culture et le produit de sa sexualité infantile inconsciente. Et Golse (2010) fait à ce sujet une observation très critique à l'égard de notre société actuelle : « Nous vivons dans une organisation sociale marquée par le triple sceau d'une culture de l'expertise, d'une culture de la rapidité (qui ne laisse pas aux bébés le temps suffisant d'être bébés), et d'une culture du résultat (qui néglige les processus qualitatifs du développement) » (Golse, 2010, p. 120).

1.3.4 L'enfant narcissique :

L'enfant narcissique est celui que nous avons rencontré précédemment dans l'œuvre de Freud, « Pour Introduire le Narcissisme ». Il est celui qui a été décrit comme « *His majesty, the baby* ». Lui sont attribuées par ses parents toutes les perfections, comme s'il était une prolongation, une immortalité de leur moi, qui aurait retrouvé un lieu sûr en se réfugiant chez l'enfant. Il est l'enfant qui peut tout accomplir, tout réparer. Tous les idéaux manqués sont reportés vers cet enfant, dépositaire de tous les espoirs et attentes des parents.

1.3.5 L'enfant virtuel et la ROV :

L'enfant virtuel est l'enfant du dedans, l'embryon/fœtus, « le bébé qui se situe à l'entrecroisement du bébé virtuel prénatal et du bébé actualisé en postnatal ». Il s'inscrit dans un processus qui n'est pas statique mais au contraire dynamique et adaptatif, et que Missonnier appelle la *ROV*, relation d'objet virtuel : « La *ROV* se réfère à un processus qui va de l'investissement narcissique extrême (qui tend vers un degré zéro de l'objectal) à l'émergence progressive d'un investissement (pré) objectal. » (Missonnier, 2006, p. 121) Il concerne l'ensemble des comportements, des affects et des représentations (conscientes, préconscientes et inconscientes) à l'égard de l'embryon puis du fœtus. C'est à travers cette relation avec l'objet virtuel, l'enfant du dedans, que l'interface entre le naître humain et le devenir parent est rendue possible et prépare la relation parent-bébé. En outre, Missonnier affirme, en citant Deleuze, que le virtuel *ne s'oppose pas au réel mais seulement à l'actuel*, soulignant l'importance de ce travail avec l'enfant virtuel en ce qu'il peut aboutir, en fin de grossesse, à une authentique préfiguration de l'altérité objectale de l'enfant à venir.

L'ensemble de ces concepts relatifs à l'enfant à venir permet de rendre compte du fonctionnement psychique spécifique à la période périnatale, ainsi que du processus du devenir parent : la parentalité.

1.4 La parentalité : rencontres et divergences entre le désir d'enfant et le devenir parent

La parenté est définie, selon *Le Robert*, comme suit : « 1. rapport, lien existant entre personnes descendant les unes des autres ; 2. hérédité ; 3. rapport (entre deux où plusieurs choses) provenant de leur origine commune. »

En revanche, la parentalité, du fait du suffixe « -ité », suggère la notion d'étude, de connaissance. Ainsi, on pourrait dire que la parentalité est l'étude des liens de parenté et des processus psychologiques qui en découlent. La parentalité nécessite de plus un processus de préparation, voire d'apprentissage, non dans le sens d'une pédagogie parentale, mais dans celui d'un travail qui met en évidence la complexité et le caractère paradoxal du phénomène naturel de la parenté (Solis-Ponton, 2004).

Les parents sont certes le premier environnement et les premiers responsables pour le bien-être du fœtus. Mais suffit-il d'être parent, d'avoir un lien parental, pour s'inscrire dans le processus de la parentalité ? En outre, quand débute cette parentalité ?

Certainement, la parentalité ne commence pas avec l'arrivée de l'enfant, mais bien plus tôt. L'avenir du tout nouveau-né ne dépend pas du fait qu'il ait seulement des parents, un lien parental, mais surtout de la capacité de ces derniers à élaborer le processus et les remaniements psychiques liés à la grossesse afin de s'inscrire, non dans la parenté, mais dans la parentalité. Selon Lebovici (2009) et Solis-Ponton (2004), il ne faut surtout pas penser la parentalité dans le sens biologique du terme : « être parente, ce n'est pas seulement avoir un enfant mais aussi pouvoir penser sa descendance » (*op.cit.*, p. 7). Il s'agit de *devenir parent*.

En ce qui concerne l'origine du mot parentalité, il semble que la première personne à avoir conceptualisé ce processus psychique ait été la psychanalyste hongroise Therese Benedek, qui a introduit en 1959 le terme *parenthood* dans son article « *Parenthood as a developmental phase* » (Benedek, 1959). Deux ans plus tard, en 1961, Paul-Claude Racamier, en faisant référence au terme présenté par Therese Benedek, introduit pour la première fois ce terme dans la langue française, qu'il vient à nommer *parentalité*. Quelle que soit la langue, ce néologisme a été créé dans le but de conceptualiser le processus du devenir parent, et ce non seulement dans le sens de devenir un père ou une mère, mais afin de décrire ce processus psycho-affectif commun aux deux géniteurs durant toute la période périnatale.

Tout d'abord, Paul-Claude Racamier introduisit le terme *maternalité*, par analogie au terme anglais *motherhood*. Ce n'est que dans une note de bas de page que l'auteur indiquait les néologismes *parentalité* et *paternalité*, sans détailler davantage ce à quoi ils correspondaient. Les travaux de Racamier sont issus de ses consultations mère-bébé en milieu psychiatrique fermé après un épisode de psychose puerpérale. C'est pourquoi longtemps on eut tendance à associer ce néologisme de maternalité à quelque chose de l'ordre du psychopathologique. Racamier (1961) définit la « maternalité » comme l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité. Ce temps représenterait une période de deux ans, qui s'étend de la conception à l'autonomisation de l'enfant. Il concerne essentiellement la relation de la mère à son enfant et correspond à l'élaboration par la (future) mère d'une phase où les désirs infantiles et les défenses qui s'y opposent sont réactivés. Sa capacité (ou son incapacité) d'élaboration psychique et de liaison de ces nouvelles images avec les précédentes déterminera l'issue de la maternalité ainsi que sa relation à son enfant. Ce processus peut par ailleurs se poursuivre et évoluer sur plusieurs maternités successives (*op. cit.*).

Selon Racamier, on trouve dans le processus de la maternalité des traits comparables à ceux observés durant l'adolescence : transformation corporelle et hormonale, changement de statut social, réactivation et remaniements des conflits infantiles (conflits précoces oraux et conflits œdipiens, dissolution et reconstruction des identifications précoces, en particulier à la mère). Dans « De la psychologie à la psychopathologie de la maternité » (1979, p. 195), Racamier décrit ce processus comme

une véritable étape du développement, dont le déroulement dépendrait du problème central de l'identification à la mère selon les modalités suivantes :

1 – La situation maternelle ravive et ranime avant tout les expériences propres à la phase orale : la mère de l'enfant est en même temps l'enfant de la mère. Ses expériences infantiles de satisfaction et de frustration d'amour avide et d'agressivité dévoratrice ont constitué les images de la mère aimante, aimée et bonne, et de l'enfant aimé, aimant et bon.

2 – La dyade mère-enfant durant la grossesse est une phase où la femme a tendance à s'aimer plus fortement, et où elle aime indistinctement l'enfant qu'elle porte et son corps qui le porte. Ce régime narcissique et fusionnel est interrompu par la naissance. Ce traumatisme peut être amorti par la voie du « maternage ». Toutefois, cet amortissement n'est effectif que dans la mesure où la femme est capable d'entrer avec son enfant dans cette relation singulière où les deux êtres séparés restent unis et consubstantiellement confondus.

3 – Comme Winnicott avec la *psychose maternelle primaire*, Racamier fait le lien entre cette phase du fonctionnement psychique et une modalité « psychotique réversible ».

Le destin de la maternalité peut alors aboutir soit à une « réussite », soit à un « échec ». Une évolution peut être considérée comme normale et réussie lorsque l'enfant objectalise progressivement sa relation avec sa mère et quand, en même temps, la mère le prend elle aussi pour un objet distinct et extérieur à elle. Il y a alors un climat de sécurité qui s'installe.

Racamier distingue en revanche deux formes d'échecs de la maternalité : celui de type névrotique et celui de type psychotique.

L'échec est considéré de type névrotique lorsque la mère cherche à éviter les angoisses qu'elle rencontre afin de sauvegarder les exigences de son narcissisme. Ne supportant pas la régression fusionnelle, elle traite l'enfant comme un adulte prématuré. Et ne supportant pas non plus les contacts libidinaux, elle peut développer des comportements obsessionnels ou phobiques. La séparation du sevrage n'est alors pas

acceptée, tout comme l'objectalisation de l'enfant, et elle maintient ce dernier, par une hyper-protection enveloppante, dans une dépendance prolongée voire définitive.

L'échec est considéré de type psychotique lorsque la mère se révèle incapable de contrôler la régression puerpérale. Au contraire de ce qui se produit dans un processus normal, cette régression devient irréversible et elle est alors livrée à une régression pathologique, c'est-à-dire la psychose.

Comme nous l'avons dit plus haut, les travaux de Racamier sont longtemps restés associés à la psychopathologie. C'est seulement depuis le milieu des années 1980, et grâce notamment aux travaux de René Clément et de Serge Lebovici, que l'appellation parentalité a commencé à regrouper les fonctions et les rôles parentaux de façon globale et sans rapport avec une éventuelle pathologie. D'autres psychanalystes ont depuis poursuivi des recherches en rapport plus ou moins direct avec ce processus, tels que Daniel Stern avec « la constellation de la maternité », Sylvain Missonnier avec le concept de *ROV*, la relation à l'objet virtuel, et Monique Bydlowski avec le concept de « dette de vie » évoqué précédemment mais aussi celui de la « transparence psychique », que nous étudierons par la suite dans la partie méthodologique.

1.5 La fonction maternelle

1.5.1. Winnicott

D'après Winnicott (2009), au tout premier moment, on trouve chez la mère un état très spécifique, une condition psychologique à laquelle il donne le nom de préoccupation maternelle primaire. L'auteur compare cet état « à un état de repli, ou à un état de dissociation, ou à une fugue, ou même encore à un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus ».

Winnicott parle ainsi d'un état "normal", pourtant les mots qu'il utilise appartiennent au registre pathologique : dissociation, épisode schizoïde, trouble plus profond... Cette disposition de la mère, caractérisée par son extrême sensibilité à l'égard

de tout ce qui a trait à son nourrisson, permet l'étayage du moi de l'enfant en lui offrant une continuité d'existence, comme un *cordon ombilical psychique* (Deutsch, 2002, p.231) offrant à l'enfant la possibilité d'évoluer dans un milieu sécurisant, parfaitement adapté à ses besoins.

Ainsi, dans les premiers stades de développement, le nourrisson est dans l'indifférenciation intérieur/extérieur : il vit son environnement comme un prolongement de lui-même, et c'est progressivement qu'il va percevoir sa mère comme un individu séparé.

C'est donc dans le bain d'affects et de dialogues avec sa mère que l'enfant va se sentir être et s'organiser. « Le visage de la mère est le premier miroir de l'enfant. Ce que l'enfant regarde en regardant sa mère, c'est lui. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit. » (Winnicott, 1975, p.155) De ce fait, la façon dont la mère regarde son enfant joue un rôle fondamental dans la constitution de celui-ci en tant que sujet.

Si tout se passe "bien", les débuts de la vie de l'enfant sont, selon Winnicott (2009), « silencieux ». Qu'ils soient de sources pulsionnelles ou exogènes, les cris témoignent, à ces moments précoces du développement, d'une seule chose : l'empiètement du monde de l'être en voie de construction. Or, la vertu fondamentale de la *mère suffisamment bonne* réside, paradoxalement, dans sa capacité à « préserver le nourrisson de la nécessité même de connaître et la dépendance infantile et l'existence de soins maternels : la mère rend réel ce que l'enfant est prêt à faire apparaître » (Yi, 2006, p.32). Si le sein est placé par la mère au lieu même, au temps même où le bébé peut le créer, celui-ci vit une expérience d'illusion féconde, celle de se croire lui-même créateur du sein. Pour être créé, l'objet doit être aussi trouvé, c'est-à-dire placé là par la mère/environnement : « Le sein est pour ainsi dire sous le contrôle magique du bébé. [...] La tâche ultime de la mère est de désillusionner progressivement l'enfant, mais elle ne peut espérer réussir que si elle s'est d'abord montrée capable de donner les possibilités suffisantes d'illusion. [...] Un phénomène subjectif se développe chez le bébé, phénomène que nous appelons le sein de la mère. La mère place le sein réel juste là où l'enfant est prêt à le créer, et au bon moment. » (Winnicott, 1975, p.21)

C'est donc grâce à la disposition particulière de la mère à donner à son bébé des capacités suffisantes d'illusion, puis à le désillusionner progressivement, que celui-ci se retirera de cet état d'illusion, à son rythme et selon ses capacités, afin de reconnaître l'existence de l'objet : « un vrai *self* commence à prendre vie. » (Winnicott, 2006, p.105)

Ce sont ainsi les soins maternels qui soutiennent le moi de l'enfant encore immature : « la dépendance physique engendre petit à petit la dépendance psychique ; la mère étant associée à la satisfaction des besoins physiologiques engendre émotionnellement le besoin d'autrui » (Zazzo, 1979). Cette notion est centrale car elle aboutit à la construction du *self* de l'enfant, à la condition que la mère lui assure et lui offre de façon satisfaisante et continue une sécurité affective et une chaleur protectrice tant physiologique que psychique.

Dans cette perspective, Winnicott a fait émerger les notions de *holding* et de *handling* en tant que les deux prémices fondamentales, apportées par la mère, en vue de la constitution de l'intériorité, des limites corporelles et ainsi de l'espace psychique de l'enfant.

Le *holding*, ou le fait de tenir le bébé, met en place chez l'enfant le sentiment d'exister et de se sentir comme une unité différenciée, le sentiment de "continuité d'être". Il correspond à une fonction contenante, de pare-excitation, qui s'accorde à l'excitation de l'enfant et répond à son besoin-demande dans une satisfaction objectale sexuelle et narcissique (Corcos, 2010).

Le *handling*, ou la manipulation physique du bébé, joue un rôle important dans la constitution de ses limites corporelles et, par conséquent, dans la différenciation entre soi et l'autre, nécessaire pour que la mise en place du processus de séparation-individuation d'avec l'objet primaire puisse avoir lieu.

La délimitation de l'espace psychique est en effet un préalable indispensable pour l'accès au moi et au registre œdipien. Exister, c'est d'abord (pouvoir) se séparer. Pour que l'enfant puisse se séparer de la psyché maternelle et de la mère en tant qu'objet, et ainsi puisse se sentir exister, il lui faudra avoir pu établir son territoire psychique, c'est-à-dire avoir fait l'expérience de ses limites, de ses frontières. Mais il faut aussi qu'il vive ces expériences dans un niveau d'échange offrant quelque chose de perméable, de

malléable, de non rigide. Il faut trouver la bonne distance, comme les porc-épics dans la métaphore de Schopenhauer. Milner développe le concept d'objet malléable dans sa réflexion sur la séparabilité de l'objet. Dans le travail de différenciation entre le sujet et l'objet, une part revient au sujet (ou futur sujet), mais une part revient aussi à l'objet lui-même, qui doit permettre au sujet de vivre des alternances de rapprochement et de distanciation, de fusion, de défusion et de refusion, comme dans les phénomènes transitionnels décrits par Winnicott. Dans ce sens, avant de se séparer de l'objet, l'enfant doit avoir eu l'illusion d'une fusion totale avec l'objet.

Tous ces processus jouent le rôle d'atténuateurs de l'anxiété de séparation ou plutôt, ici, de différenciation. Le concept d'objet malléable, enfin, peut être entendu en termes d'objet partiel (le sein) ou d'objet total (la mère), c'est-à-dire au sens propre ou au sens figuré. Mais cela suppose une mère *suffisamment bonne* qui sait s'offrir à l'enfant comme séparable et comme malléable, au travers d'expériences successives et ménagées de fusion et de défusion qui sont fondamentales pour le devenir de l'enfant en tant que sujet.

1.5.2. Bion

L'idée première de la « fonction contenante » est due à Winnicott, avec la notion de *holding*. Comme nous venons de le voir, si un bébé peut se développer, exister, c'est d'abord parce qu'il a connu un environnement sur lequel s'appuyer, l'aire intermédiaire d'expérience transitionnelle étant justement cette aire entre les deux, cet espace potentiel entre le « dedans » et le « dehors », entre le sujet et son environnement.

Wilfried Bion, de la même société psychanalytique que Winnicott, a introduit quant à lui le concept de la « fonction alpha ». La « fonction alpha » (Mellier, 2008) représente également un moyen d'insertion de soi et de l'autre : elle est la capacité à intégrer certains matériaux provenant de l'extérieur pour en faire une partie de soi.

Si nous prenons l'exemple de la dyade mère-bébé, c'est la « fonction alpha maternelle » qui donnerait du sens aux pleurs de l'enfant. Bion affirme que la mère essaie ainsi de transformer les cris et les pleurs de son enfant afin de leur donner du sens, et que de cette expérience commune entre cette mère et ce bébé naît un lien entre l'un et l'autre.

Le bruit produit par l'enfant est ainsi qualifié par Bion d'« élément bêta ». Les « éléments bêta » ne seront intégrés par la mère que si elle est suffisamment en lien avec son bébé. Au stade précoce du développement, la psyché de l'enfant est assaillie par toutes sortes d'éléments bêtas, bruts, qu'il ne pourra intégrer par lui-même. L'adulte joue un rôle déterminant dans cette construction précoce : c'est le mouvement de tâtonnement cherchant à donner un sens aux éléments bêtas qui va éveiller la fonction alpha maternelle. L'auteur parle de « capacité de rêverie maternelle ». Il ne s'agit pas ici de contempler son bébé, mais de pouvoir continuer à rêver, dans le sens de pouvoir penser avec lui, de pouvoir associer la psyché de son enfant à la sienne, de laisser la psyché de l'enfant se reposer sur celle de sa mère (Bion, 2007, p.24).

Il s'agit donc de garder une pensée associative, une « rêverie », qui par tâtonnement amènera la mère à une solution, à la construction d'un sens, d'une interprétation (plus ou moins « violente » et arbitraire) susceptible de contenir la souffrance du bébé. Il s'agit d'être contenante pour son bébé, du *holding* winnicotien, du *moi-peau* de Didier Anzieu. Il s'agit de (pouvoir) s'engager à la fois à la construction de la psyché, du corps et de l'existence de l'autre.

A ce sujet il nous semble pertinent d'évoquer, même brièvement, ce concept de *moi-peau* développé par Didier Anzieu (2006). Celui-ci précise que l'enfant aura la perception de la peau en tant qu'une surface, dans un fantasme de peau commune, à travers les expériences et le contact entre son corps et celui de sa mère. Cela ne peut se produire que si a été établi au préalable le sentiment d'une relation de sécurité et d'attachement entre l'enfant et sa mère. L'enfant ne pourra se sentir en confiance que s'il possède un sentiment de base (une mère suffisamment bonne et contenante pour son enfant) « qui lui garantit l'intégralité de son enveloppe psychique » (*op.cit*, p.155).

Ainsi, le *moi-peau* serait l'enveloppe corporelle de l'enfant. Le passage du fantasme de peau commune avec sa mère, fantasme fusionnel, à la création d'un espace psychique qui lui est propre, permettra à l'enfant d'avoir une psyché séparée de celle de sa mère. L'instauration du *moi-peau* est alors l'une des conditions du passage du masochisme primaire au masochisme secondaire et du narcissisme primaire au narcissisme secondaire, c'est-à-dire des modalités d'investissement purement narcissiques à des investissements objectaux.

Comme nous l'observerons plus tard dans notre travail de recherche, ce sentiment de se sentir exister en tant qu'individu séparé est défaillant chez les sujets souffrant de troubles des conduites alimentaires. Les mères de ces sujets ne s'accordent pas au rythme de leur enfant ; le *holding*, la *fonction alpha* maternelle ont été défaillants lors de leurs expériences les plus archaïques ; leur *moi-peau* est troué, voire parfois déchiré ; la construction de leurs assises narcissiques en est rendue défaillante.

1.6 L'arbre de vie, la transmission inter et trans-générationnelle : le besoin d'une histoire

Comme nous l'avons vu avec la représentation de l'enfant mythique, la transmission psychique se fait aussi à travers les générations et ceci est une étape importante en ce qui concerne l'inscription, de l'enfant comme des parents, dans la lignée familiale.

L'importance de cet héritage est déjà évoquée par Freud (*Pour introduire le narcissisme*, 1914) quand il insiste sur deux aspects de l'identité : l'identité individuelle et l'identité groupale. De fait, pour se construire, l'individu hérite de tout un matériel psychique indispensable par le biais de ses filiations (Golse in Houzel, 2000). Cette transmission peut être intergénérationnelle et/ou transgénérationnelle, selon la distinction établie par Abraham et Torok (1987).

La transmission intergénérationnelle s'effectuerait principalement entre des générations en contact direct, soit entre l'enfant et ses parents, et les voies de communication empruntées seraient plutôt non verbales ou préverbales.

La transmission transfénérationnelle se jouerait quant à elle essentiellement entre des générations sans contact direct, soit entre l'enfant et ses grands parents. Se faisant plutôt dans le sens descendant, cette transmission emprunterait surtout les voies de la communication verbale.

Les transmissions inter et trans-générationnelles constituent ce que Lebovici appelle l'héritage psychique de l'être humain (Lebovici in Solis-Ponton, 2004). Ces transmissions peuvent avoir une composante enrichissante pour le développement de l'enfant et son inscription dans la lignée familiale, mais peuvent aussi avoir un rôle particulièrement bloquant dans le cas de transmissions de conflits inconscients, jouant le rôle d'un « mandat transgénérationnel » (Lebovici in Solis-Ponton, 2004).

Il nous paraît important de souligner ici l'importance de cette pluralité de sources d'identification : d'un côté cela permet l'inscription dans l'arbre de vie, dans la lignée familiale, et de l'autre cela permet aussi à l'enfant d'avoir un différenciateur des identifications, de passer de la dyade à la triade, tout en se construisant un espace psychique suffisamment perméable pour permettre de s'identifier à d'autres sources.

Nous voyons ainsi l'inscription dans l'arbre de vie comme quelque chose à la fois de solide et de dynamique, permettant de donner des bases à l'individu, de l'inscrire dans et selon les codes culturels et familiaux qui lui sont transmis, tout en lui laissant suffisamment de place, d'espace et de rêverie créatrice pour qu'il puisse créer sa propre histoire personnelle (Moro, 2003).

Partie 1 : CONTRIBUTIONS THEORIQUES

Chapitre 2 - Troubles des conduites alimentaires

Effraction d'un corps, effraction du féminin

2.1 Les troubles des conduites alimentaires : présentation

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont des affections fréquentes et parfois chroniques qui modifient les rapports de l'individu à son corps et à soi, à son entourage et à la société (Corcos, 2005).

Les TCA recouvrent plusieurs pathologies alimentaires telles que l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse, mais aussi des troubles des conduites alimentaires non spécifiés, comme le fait de mâcher et cracher, sans les avaler, de grandes quantités de nourriture, de manger des objets qui n'ont pas de valeur nutritionnelle ou ne sont pas destinés à la consommation, comme des pierres et d'autres minéraux, le syndrome d'alimentation nocturne etc. Par ailleurs, le Binge Eating Disorder, ou l'hyperphagie boulimique, est depuis le DSM-V traité comme un trouble à part entière.

Nous nous sommes intéressés, pour ce travail de recherche, aux deux grandes nosographies des troubles des conduites alimentaires, l'anorexie mentale et la boulimie nerveuse, mais aussi à la forme mixte de ces troubles, l'anorexie-boulimie, c'est-à-dire la présence, en plus des symptômes d'une anorexie mentale, de comportements compensatoires tels que le vomissement ou la prise de purgatif. Les formes mixtes ou l'évolution de l'anorexie restrictive vers la boulimie sont extrêmement fréquentes (50% des cas). La transition d'un diagnostic initial dans le sens inverse, c'est-à-dire d'une boulimie vers une anorexie, s'observe moins fréquemment (10 à 15% des cas).

La clinique des troubles des conduites alimentaires s'inscrit dans un modèle étiopathogénique plurifactoriel qui comporte d'une part des facteurs environnementaux, socioculturels et familiaux, d'autre part des composantes individuelles génétiques, biologiques et/ou psychologiques. L'hypothèse la plus répandue est que ces troubles se révéleraient chez des sujets prédisposés et seraient perpétués par des facteurs pérennisants, entraînant un véritable cercle vicieux (Jeammet, 2004).

Les conséquences de ces pathologies alimentaires peuvent être assez délétères à plusieurs niveaux : sur le plan psychique, on peut observer une comorbidité dépressive et/ou anxieuse assez présente, souvent associée à des troubles de la personnalité, sans que l'on puisse savoir si ces derniers sont la cause ou la conséquence des troubles alimentaires (Pham-Scottez, 2012) ; sur le plan somatique peuvent être rencontrés une cachexie, des carences vitaminiques, une susceptibilité accrue aux infections, un risque cardiaque assez important, une ostéoporose précoce, des altérations dentaires, des troubles de l'ovulation (pouvant mener à une infertilité) ; et sur le plan social, on observe couramment des conséquences telles que interruption de scolarité, incidence sur le parcours professionnel, conflits familiaux, isolement social.

Par ailleurs un aspect spécifique des TCA commence à faire l'objet de recherches mais reste encore peu discuté dans notre société actuelle : le déni de la part des individus souffrant de TCA, ainsi que de la part de leur entourage, ce qui entraîne un sous-diagnostic de ces pathologies. Il est d'autant plus difficile d'identifier et de traiter ces troubles que nous rencontrons de véritables entraves concernant son dépistage. Le déni des individus souffrant de TCA est d'ailleurs l'un des points de réflexion clefs à l'origine de ce projet de recherche, et a également influencé, comme nous le verrons, la méthodologie utilisée.

2.1.1 Anorexie et boulimie : historique

C'est à Richard Morton que l'on reconnaît d'avoir publié, en 1689, la première description clinique d'un cas d'anorexie, sous les termes de « phtisie nerveuse » ou de « consommation nerveuse ». La jeune femme de vingt ans qu'il décrivait ne s'alimentait plus depuis deux ans, présentant un état de maigreur extrême en même temps qu'une activité physique et intellectuelle importante. Malgré ses consultations régulières, le Dr

Morton ne put empêcher le décès de sa patiente au bout de quelques mois (Lamas *et al.*, 2012).

L'histoire retient néanmoins les noms de Lasègue en France en 1873, et de Gull en Angleterre en 1874, pour désigner les "pères" de l'anorexie. Lasègue, tout comme Gull, se réfère à l'hystérie et à un trouble dépressif pour catégoriser cette variété pathologique de restriction alimentaire. Parmi les descriptions fournies figuraient notamment les maux de tête et les dégoûts alimentaires. L'expression même d'anorexie mentale est de Hussard et date de 1883 (Lamas *et al.*, 2012).

La boulimie, quant à elle, n'a été décrite de façon détaillée pour la première fois qu'en 1869 par Blachez, dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (Lamas *et al.*, 2012).

2.1.2 L'anorexie mentale

Description

D'un point de vue clinique, l'anorexie mentale est souvent décrite par la triade symptomatique des trois « A » :

- anorexie : un refus volontaire de toute alimentation ;
- aménorrhée : absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs, l'aménorrhée est considérée comme primaire ou secondaire selon son apparition avant ou après la ménarche ;
- amaigrissement : important et rapide, entre 10% et 50% du poids considéré comme normal pour l'âge, il est toujours secondaire à l'altération des conduites alimentaires, et souvent aggravé par une prise de laxatifs, des vomissements ou d'autres méthodes compensatoires.

Prévalence

L'anorexie mentale débute le plus souvent après la puberté, avec un âge moyen de début des troubles à 17 ans. On observe par ailleurs deux grands pics de fréquence, à 14 ans et à 18 ans (HAS, 2010).

Il est difficile de connaître exactement le pourcentage de personnes touchées par l'anorexie mentale. Une revue de la littérature a récemment été réalisée au sujet des recherches épidémiologiques concernant cette pathologie (Roux *et al.*, 2013). Elle montre qu'il existe une grande disparité en matière de méthodologie utilisée et que les résultats obtenus en sont de ce fait extrêmement influencés, ce qui explique qu'une « vraie » épidémiologie des TCA en général, et de l'anorexie en particulier, soit encore à faire. Cette revue révèle néanmoins une donnée assez intéressante : au contraire de ce que l'on aurait pu croire, il n'existerait aucune relation entre classe sociale et anorexie mentale. Par ailleurs, une autre croyance commune doit être battue en brèche, à savoir que cette pathologie ne toucherait que le monde occidental. Or, nous remarquons à travers la littérature internationale que ce trouble fait aussi l'objet de recherches dans des pays asiatiques comme le Japon et la Chine, et que des cas d'anorexie mentale sont également signalés en Afrique. Ce dernier point représente d'ailleurs un facteur supplémentaire du sous-diagnostic global des pathologies alimentaires, sous-diagnostic que nous avons déjà pointé du doigt dans notre présentation des TCA.

En France, la seule étude que nous connaissons et qui pourrait être considérée comme l'ébauche d'une étude épidémiologique est une étude toulousaine datant de 2003 (Callahan *et al.*, 2003). Un auto-questionnaire *Q-EDD* (Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses) a été soumis à 1001 adolescentes. Les données récoltées sont assez intéressantes : 0,3% d'anorexie mentale, 2% d'anorexie sub-clinique, avec la présence de menstruations, et 1% d'anorexie avec ce que l'étude appelle « un poids subnormal ». Les données utilisées internationalement, celles du DSM-5, vont dans ce sens et affirment que la prévalence de l'anorexie mentale est de 0,4%. Ces données sont moins connues chez les hommes, cependant le sexe-ratio retrouvé dans les populations cliniques est d'un patient homme sur dix. Les formes sub-cliniques seraient quant à elles deux à cinq fois plus fréquentes.

Le taux d'évolution de l'anorexie mentale vers la chronicité est de l'ordre de 15 à 25%. Cette persistance des TCA à l'âge adulte s'associe fréquemment à d'autres pathologies psychiatriques, certaines étant déjà présentes à l'origine tandis que d'autres, telles que des troubles cognitifs, sont généralement absents ou masqués à l'adolescence par un surinvestissement intellectuel. Cette chronicité, en plus d'avoir un retentissement

sur l'insertion socioprofessionnelle et familiale, influe sur l'adhésion aux soins et le devenir global de ces patients (Lamas *et al.*, 2012).

Critères diagnostiques (DSM-IV-TR)

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

Critères diagnostiques DSM-IV-TR de l'anorexie mentale (Anorexie Nerveuse)

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

Spécifier le type :

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

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

Pour notre recherche, nous nous sommes volontairement axée sur les critères diagnostiques du DSM-IV-TR, et ce pour des raisons de conviction clinique, la suppression du critère diagnostique « aménorrhée », du fait que l'aménorrhée est masquée chez beaucoup de femmes par une prescription de contraception, de la dernière version de ce manuel nous paraissant être un détournement important en ce qui concerne la clinique et la prise en charge de ces troubles.

2.1.3 La boulimie nerveuse

Description

La boulimie, même si considérée comme une classification à part de celle de l'anorexie, devrait être de plus en plus associée à l'anorexie mentale, du fait que le passage de l'une à l'autre se produit dans plus de 50% des cas.

Les accès boulimiques se définissent par la consommation de grandes quantités d'aliments, avec un sentiment de perte de contrôle. Cette quantité est dans la majorité des cas plusieurs fois supérieure à celle habituellement consommée par une personne exempte de TCA durant la même période et dans les mêmes circonstances. La durée d'une crise est en moyenne d'une à deux heures, en continu, et en cachette de l'entourage. Les aliments alors consommés sont en général ceux qui étaient habituellement exclus de l'alimentation car contenant un apport calorique trop riche. Ces accès sont suivis d'une sensation de culpabilité et de malaise physique intenses, qui ne peuvent être réduits qu'avec le recours répété à des comportements compensatoires inappropriés destinés à prévenir la prise de poids : conduites de restriction, excès d'exercice physique, vomissements, abus de laxatifs ou diurétiques.

Prévalence

En France, l'étude toulousaine précédemment citée (Callahan *et al.*, 2003), soumettant l'auto-questionnaire *Q-EDD* (Questionnaire for Eating Disorder Diagnoses) à 1001 adolescentes, a révélé un taux de boulimie de 0,3% et un taux de boulimie sub-clinique de 1,8%. Cependant, nous ne devons pas négliger que l'âge de début de la boulimie est sensiblement plus tardif que celui de l'anorexie mentale, le pic de fréquence du trouble se rencontrant chez les grands adolescents et les jeunes adultes. La prévalence de la boulimie est ainsi supposée supérieure à celle de l'anorexie mentale et s'établirait autour de 1,6% (DSM-V). La prévalence chez les hommes est là aussi mal connue mais très certainement beaucoup moins élevée que chez les femmes. Comme pour l'anorexie mentale, on estime le sexe-ratio à un homme sur dix patients. Par ailleurs, seul un tiers des patients boulimiques auraient recours aux soins (Keski-Rahkonen *et al.*, Incidence and outcome of bulimia nervosa, 2008), ce qui nous amène à penser qu'il existe le même sous-diagnostic concernant la boulimie que l'anorexie.

Critères diagnostiques (DSM-V)

Critères diagnostiques DSM-V de la boulimie (Boulimie Nerveuse)

- A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (« binge eating »). Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :
 - (1) Absorption, en une période de temps limitée (p. ex. moins de 2 heures), d'une grande quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances
 - (2) Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex. sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)
- B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.
- C. Les accès hyperphagiques et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois.
- D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
- E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant les périodes d'anorexie mentale (*anorexia nervosa*).

Spécifier si :

En rémission partielle : alors que tous les critères de la boulimie ont été précédemment remplis, plusieurs, mais pas la totalité, ont persisté pendant une période prolongée.

En rémission complète : alors que tous les critères de la boulimie ont été précédemment remplis, aucun ne l'est plus depuis une période prolongée.

Spécifier la sévérité actuelle :

Légère : une moyenne de 1-3 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

Moyenne : une moyenne de 4-7 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

Grave : une moyenne de 8-13 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

Extrême : une moyenne d'au moins 14 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

2.2 Les troubles des conduites alimentaires d'un point de vue psychodynamique

Si l'anorexie et la boulimie peuvent apparaître comme des conduites opposées, la clinique des patients souffrant de ces troubles montre au contraire qu'ils partagent une même préoccupation. Les personnes souffrant d'anorexie ou de boulimie ont en commun d'être habitées par un certain « appétit », à entendre dans tous les sens du terme, et par la terreur que cet appétit ne les déborde. Ce terme d'appétit désigne en premier lieu le besoin primaire de nourriture, mais il est aussi l'expression du désir et de la vie pulsionnelle, comme l'établit Freud en 1905 dans *Trois essais sur la théorie sexuelle*, et plus généralement, il renvoie à l'élan vital et créatif, en lien avec autrui (Logak et Barbosa, *sous presse*).

En voulant à tout prix « contrôler leur appétit », c'est toute la dynamique pulsionnelle et fantasmatique de ces sujets qui se trouve court-circuitée par des formations réactionnelles et des passages à l'acte mettant leur corps en jeu. Dans le cas de l'anorexie, il s'agit le plus souvent du contrôle du poids, de rites et d'obsessions alimentaires ; dans le cas de la boulimie, de prises alimentaires démesurées, accompagnées de sentiments de honte, de culpabilité et d'un profond désarroi.

Paradoxalement, lorsque les TCA s'imposent, ils revêtent souvent pour ces personnes une fonction à visée dite « adaptatrice », décrite d'ailleurs par elles-mêmes comme « consolante » et « efficace », les préservant de pulsions vécues comme une menace d'effondrement voire de désorganisation de tout leur être.

Les TCA seraient en ce sens des aménagements défensifs ayant pour objectif de déplacer par dérivation sur une scène extérieure, agie, certains nœuds inconscients, conflits ou traumatismes (notamment dans le cas d'abus sexuels, de violences ou de maltraitance), qui n'ont pu être élaborés par le sujet.

Si les recherches psychanalytiques sur les TCA se sont portées, au départ, sur la nature des fantasmes et le conflit pulsionnel à l'œuvre, elles se sont centrées, plus récemment, sur la pathologie de l'organisation narcissique et les troubles de la

personnalité. L'émergence de ces troubles résulte en effet de la conjonction de trois traits caractéristiques :

- celui de la vulnérabilité et de la dépendance narcissiques en regard d'une défaillance du maternel ;
- celui du conflit dépendance/autonomie et du recours à l'agir ;
- celui du masochisme moral.

Comme Marinov (2001), on peut à juste titre se poser la question suivante : « quelle pathologie, sinon celle des troubles des conduites alimentaires - anorexie et boulimie comprises - questionne d'une manière si spectaculaire et si caricaturale le problème des assises corporelles du narcissisme chez l'être humain ? ».

Dans ce qui suit, nous allons d'abord nous pencher sur les quelques contacts que Freud a pu avoir avec des patientes anorexiques/boulimiques et sur ce qu'il nous en a rapporté. Puis, nous tenterons d'éclairer les points importants et caractéristiques de ces troubles à la lumière des réflexions menées sur le sujet par quelques auteurs contemporains.

2.2.1 Les troubles des conduites alimentaires dans l'œuvre freudienne

Si Freud n'a pas exploré dans son œuvre la problématique des TCA à proprement parler, on remarque qu'il a été en contact, à travers ses recherches sur l'hystérie, avec des femmes souffrant d'une anorexie-boulimie. Il a démontré un rapport entre le manque d'appétit et le manque de libido, associant ce trouble à une mélancolie.

Dans « Un cas de guérison hypnotique avec des remarques sur l'apparition des symptômes hystériques par la contre-volonté » (1893), Freud décrit le cas d'une jeune femme entre vingt et trente ans qui présentait des symptômes de TCA systématiquement après l'accouchement de chacun de ses trois enfants.

Après le premier accouchement, cette jeune femme s'est trouvée dans l'impossibilité de pouvoir allaiter son enfant : « le lait ne venait pas en abondance, la mise

au sein provoquait des douleurs, l'appétit manquait, une inquiétante contre-volonté vis-à-vis de l'absorption de nourriture s'installait, les nuits étaient agitées et sans sommeil » (*op.cit*, p. 33). Pour que ni la mère ni l'enfant ne soient mis en danger, ce dernier fut confié à une nourrice, après quoi « tous les maux de la mère disparurent rapidement » (*op.cit*, p. 33).

Trois ans plus tard, après le second accouchement, elle se trouva de nouveau dans l'impossibilité de pouvoir nourrir son enfant : « la jeune mère vomissait toute nourriture, était absolument insomniaque et déprimée (...) pour éviter le vomissement, elle n'avait rien pris de toute la journée » (*op.cit*, p. 33).

Freud traite cette patiente à travers trois séances d'hypnose et sa guérison est marquée par le fait que peu après le départ du psychanalyste, « la patiente ait réclamé si véhémentement de la nourriture et ait fait des reproches à sa mère comme il n'avait jamais été dans sa manière » (*op.cit*, p. 35).

Un an plus tard, à la naissance de son troisième enfant, les mêmes symptômes réapparaissent avec de nouveau une guérison apparemment complète sous hypnose. Freud qualifie ce cas d'« hystérie occasionnelle ».

Ainsi, et probablement pour la première fois, était suggérée une perturbation du lien mère-fille en liaison avec des TCA, avec une possible accentuation des symptômes liée à la maternité et au devenir mère.

Dans « Le mécanisme psychique des phénomènes hystériques », Breuer et Freud affirment que l'on trouve parmi les symptômes hystériques « des vomissements persistants et des anorexies allant jusqu'au refus de toute nourriture » (*op.cit*, p. 2).

Décrivant le cas de Mme Emmy Von N, et même s'il ne s'est pas spécifiquement intéressé aux symptômes des troubles alimentaires manifestés, Freud nous parle du refus de nourriture comme étant l'un des symptômes observés chez cette patiente. Emmy von N. reçut elle aussi comme traitement la suggestion hypnotique, en même temps qu'une séparation d'avec le milieu familial, des bains chauds et des massages. Elle lui rapporta qu'en cas de grosse contrariété elle ressentait des « douleurs gastriques » qui

l'empêchaient de manger et que suite à la mort de son mari elle avait durant longtemps perdu « tout son appétit ».

Dans « Le manuscrit G » (1895), Freud, s'intéressant au destin pulsionnel, rapproche la névrose alimentaire nommée anorexie de la mélancolie : « l'anorexie mentale des jeunes filles apparaît, après une observation poussée, comme une forme de mélancolie chez des sujets à sexualité encore inachevée (...). Peut-être pourrait-on partir de l'idée que la mélancolie est un deuil provoqué par une perte de la libido, là où le sujet s'identifie à l'objet perdu » (Corcos *et al.*, 2003, p.627). Ici, Freud oriente son propos essentiellement autour de l'équivalence perte d'appétit (domaine du besoin) / perte de libido (domaine du sexuel), le terme mélancolie désignant encore sans distinction tous les états de dépression.

Si Freud n'a donc pas étudié profondément l'anorexie et la boulimie, il est possible, à travers la lecture de ses textes, de faire le lien entre certaines de ses contributions théoriques et les TCA. Freud a ainsi ouvert de nombreuses perspectives, qui ont été depuis suivies, en vue de comprendre la métapsychologie de cette pathologie (Jeammet et Chabert, 1998) :

- d'un point de vue topique : l'hystérie, avec ses fixations orales de la libido
- d'un point de vue dynamique : la mélancolie, avec la question de la perte d'objet. Freud parle d'une anesthésie qui encourage la pensée mélancolique, en ouvrant une direction dans la recherche qui a une certaine connexion avec la troisième perspective
- d'un point de vue économique : la névrose actuelle qui nous mène à la triple question du poids d'actualité conjecturale, des facteurs somatiques, et finalement, des échecs du moi et de ses capacités d'élaboration.

On peut supposer que Freud a rencontré des patientes anorexiques boulimiques qui seraient aujourd'hui considérées comme des sujets « états-limites ». Cependant cette classification n'était pas utilisée à son époque. Ceci explique peut-être la grande variété des manifestations pathologiques décrites par Freud concernant ces patientes.

Cela va à la rencontre des études contemporaines sur l'anorexie et la boulimie, qui inscrivent ces troubles dans un modèle étiopathogénique plurifactoriel.

2.2.2 La vulnérabilité et la dépendance narcissiques

Pour commencer, il convient d'aborder la problématique de la (dés)organisation du moi, celle-ci étant à l'origine de la vulnérabilité narcissique.

Tout individu est dépendant de son environnement. Avec le temps, cette dépendance environnementale/maternelle/parentale diminue peu à peu, laissant place à une relation plus équilibrée, faite d'échanges et de complémentarité.

Chez les individus souffrant d'un TCA, on observe des entraves en ce qui concerne l'équilibre et l'autonomie vis-à-vis des imago parentaux. Cette problématique prend ses racines très tôt, dès les interactions précoces mère-bébé.

Toute la clinique de la première enfance indique que les premières interactions mère-bébé doivent être suffisamment adéquates pour que le bébé puisse les intégrer et se les approprier. Ce sont les parents, et notamment la mère, qui assurent la survie de l'enfant, notamment par le biais de l'alimentation. Celle-ci, fondamentale dans le domaine physiologique, joue aussi un rôle important dans les premiers échanges et permet les premières notions de « continuité d'être » de l'enfant. Autour de l'alimentation et de ces premiers échanges s'organisent les notions de plaisir et de déplaisir, mais aussi la différence entre dedans et dehors, entre soi et l'autre (Jeammet 2004). Joyce McDougall a été l'une des premières à parler de ces soins comme d'un mode de « communication primitive », de « messages » entre la mère et son enfant. René Roussillon (2011), par la suite, parle d'une « évaluation » des soins maternels de la part du bébé, comme si le nouveau-né était déjà dans l'attente de ces soins : « tout ce que nous savons à l'heure actuelle sur la vie psychique des bébés porte à penser que les bébés ont, au moins à certains moments et en partie, des attentes à l'égard des réponses et des qualités relationnelles de la mère, qu'ils doivent ou peuvent rencontrer en regard de leurs élans et mouvements pulsionnels propres ». Les déceptions premières apparaissent comme « la figure centrale des traumatismes précoces et de la souffrance qui leur est associée » (*op.cit*, p.1499).

Cette souffrance psychique serait vécue par la petite fille (ou le petit garçon) comme une défaillance des soins maternels qui lui ont été apportés. Cette défaillance concernerait, en ce qui concerne les TCA, plus particulièrement l'investissement corporel de l'enfant par sa mère. Ces investissements seraient vécus comme opératoires, en creux, pour tout ce qui concerne les affects, le toucher, les mots, les regards et le contact corps à corps, qui sont des fondements indispensables pour que l'enfant puisse se sentir investi, érotiquement parlant, et ainsi puisse se sentir exister.

En termes winnicottiens (Winnicott, 1975), ce dysfonctionnement entraverait deux prémices que nous avons déjà décrits comme fondamentales pour la conception du moi psychique et corporel de l'enfant : le « handling », ou la manipulation physique du bébé, qui est précurseur dans la constitution d'une intériorité et des limites corporelles ; et le « holding », ou le fait de tenir le bébé, qui joue un rôle de pare-excitation par les soins maternels, indispensable au développement et à l'intégration de soi. En même temps que ces deux concepts de Winnicott, nous avons aussi évoqué le concept de Moi-Peau développé par Didier Anzieu, qui qualifie celui-ci, quand il est considéré comme « troué » ou « poreux », de Moi-Peau passoire. Le Moi-Peau, à la rencontre de ce qui a été décrit par Winnicott comme le holding, passe par la douceur du contact peau à peau, par la solidité du portage, du bercement, la disponibilité à donner les soins, la nourriture, par le contact du regard et du sourire de la mère envers son enfant. Le concept de Moi-Peau figure la construction d'une enveloppe psychique à travers l'enveloppe corporelle. Les registres de satisfaction des besoins physiologiques du bébé se construisent à travers un étayage et fonctionnent comme des messagers entre la mère et l'enfant, responsables du sentiment vécu par l'enfant de se sentir exister et unique.

Néanmoins, si ces fonctions sont ressenties comme « défaillantes », en creux ou, au contraire, avec une alternance de grands excès puis d'absences, il en résulte une constitution trouée de soi, ce qu'Anzieu nomme donc le *moi-peau passoire*. Deux types d'angoisses seraient la conséquence de ce manque d'organisation psychique : une angoisse d'organisation pulsionnelle diffuse, permanente, non apaisante ; et une angoisse en creux, avec un intérieur qui se vide, qui n'est pas capable de donner des ressources internes suffisamment bien établies pour que le sujet puisse se sentir responsable de sa propre existence, puisse se sentir exister en tant qu'un individu différent et séparé des imago parentaux.

Ce dysfonctionnement ne permet pas l'intégration d'expériences et la bonne constitution de l'objet interne, qui pourrait être réactivé lors de son absence, dans des auto-érotismes, permettant la satisfaction hallucinatoire du désir et donc la capacité d'attente (Corcos, 2005). Il y a alors un échec des intériorisations précoces, empêchant le sentiment d'une « continuité d'être ». Le processus de séparation-individuation d'avec l'objet primaire échoue et il apparaît une problématique de dépendance narcissique du moi à l'objet. Dès la réapparition de l'état de tension, la charge se transmet à ses deux souvenirs et provoque une hallucination. Précisons la qualité nécessaire de cet autoérotisme : un autoérotisme non mortifère car nourri d'introjects suffisamment présents et bons, sans fixation irrémédiable au narcissisme primaire infantile ; un autoérotisme, maternage de soi réactivant la tendresse et la sécurité de base des expériences passées (...). Le développement des autoérotismes du nourrisson ayant pour fonction essentielle de libérer le sujet de sa dépendance à l'objet primaire maternel, comme plus tard nous retrouverons cette même fonction chez l'objet transitionnel (Corcos, 2000).

Selon Corcos (2000) :

« D'un point de vue topique, la fixation narcissique primaire va empêcher la bonne constitution et la différenciation du surmoi, et l'idéal du moi. Le narcissisme secondaire (surmoi et idéal du moi personnifiés) sous-entend un investissement objectal grâce à une bonne différenciation sujet-objet. Le dysfonctionnement dans l'accès aux identifications secondaires, du fait d'indifférenciation ne permet pas la constitution de suffisamment bonnes instances (idéal du moi et surmoi) permettant que se développe un jeu psychique. Le moi va se trouver confronté au moi idéal archaïque et à ses exigences, instance hypertrophiée et omniprésente qui se forme chez l'enfant par identification narcissique à la mère, à ses gestes, paroles et comportements. Le patient reste livré à une instance impersonnelle omniprésente et sadique (plus qu'un surmoi contenant), dictateur d'une destinée.

Les patients additifs sont toujours en quête de limites que l'extérieur pourrait leur opposer, faute de la bonne constitution d'un surmoi venant remplacer dans sa fonction contenante d'objet analytique.

Le moi idéal, loin de contenir, génère des blessures narcissiques puisque le sujet ne peut accéder à cet idéal, et organise progressivement la dimension masochique du sujet. »

La construction du moi corporel et psychique est ainsi altérée. De ce fait, ces sujets n'arrivent pas à se sentir exister en tant qu'objet séparé de leur premier objet d'amour, ce qui fait défaut dans la construction (et reconstruction) de leur moi corporel et psychique et de leurs assises narcissiques. Ces individus, et notamment ces futures femmes, ont manqué et manquent d'espace, physique et psychique, pour construire et investir leur propre espace, pour apprendre à donner une continuité à leurs désirs, besoins, émotions et sensations. Par conséquent, ce dysfonctionnement empêche une bonne distillation puis intégration du féminin.

Kestenberg *et al.* (1972) proposent, en ce qui concerne les individus souffrant d'une anorexie mentale, une réflexion qui met en avant les modalités spécifiques de la régression et de l'organisation pulsionnelle. La régression est vertigineuse en ce qu'elle ne rencontre aucun point de fixation et d'organisation au niveau des zones érogènes. Les auteurs constatent une régression à un auto-érotisme archaïque, sans point de fixation à des zones érogènes, et une organisation pulsionnelle masochiste où le plaisir est lié au refus de la sensation de besoin, ce qu'ils appellent « l'orgasme de la faim ».

Les modalités spécifiques d'organisation de la relation objectale de ces sujets sont « inefficaces », « balayées » par le mouvement régressif qui ne se trouve à s'arrêter qu'au niveau de ce que les auteurs appellent les précurseurs de la relation avec l'objet et de l'organisation du moi et qu'ils conceptualisent de Soi (Corcos *et al.*, 2003).

D'un point de vue identificatoire, les identifications des individus souffrant d'un TCA sont dans ce sens superficielles et se font à l'égard de personnages extérieurs transitoires et non objectalement investis. Ces personnages auraient en quelque sorte valeur d'objets transitionnels entre eux et les imagos qu'ils ne peuvent investir pour n'en pas dépendre ni les détruire, en une modalité identificatoire qu'ils ne peuvent que difficilement atteindre.

Les investissements libidinaux sont dans ce sens pauvres, en revanche les investissements narcissiques sont massifs, tant en ce qui concerne le sujet lui-même

qu'autrui, vécu comme un objet idéalisé, et non comme un objet extérieur existant pour son propre compte (*op. cit*, p. 145).

La vulnérabilité narcissique des ces patientes est donc absolument majeure, et leur carence objectale également, puisque bien évidemment elles ne peuvent rencontrer en aucun lieu ni en aucun temps ces personnages idéaux. Toute personne extérieure, du fait même de son existence propre, est vécue comme une blessure attentatoire à la façon dont elles-mêmes l'ont investie. Parallèlement leurs corps, dont les besoins sont vécus comme tout à fait méprisables au regard de leur image idéalisée, représente une blessure permanente, une dérision morcelante, qui les contraint à ne le point satisfaire, sous peine de se détruire.

L'oralité, qui est toute à fait prévalente dans ces pathologies, ne peut spécifier une fixation à une zone érogène. L'oralité diffuse infiltre tout, mais demeure inscrite au sein des relations confuses du tout début de la vie, avec pour support l'imgo archaïque de la mère et la non-différenciation de l'enfant d'avec cet imago. Il semble que l'objet n'existe pas et qu'en fait il soit perdu aussitôt que trouvé. Le sujet rejoint en quelque sorte cet état pré-objectal qui est la zone d'efflorescence des fantasmes inconscients non formulés spécifiquement ou ne donnant pas lieu à des représentations imagées.

Ainsi, les anorexiques ne peuvent avoir de relations à des objets totaux qui soient extérieurs à eux mêmes, ils vivent les relations en termes d'objets partiels. Nous l'avons déjà reconnu dans l'organisation particulière des imagos des parents comme au travers de l'importance de la toute-puissance déstructurante, et nous le retrouvons également au sein de leurs références identificatoires à des personnages transitoires qui peuvent être considérés comme des objets transitionnels mais qui semblent aussi pouvoir être tenus pour autant d'objets fétiches (*op. cit*, p. 153). Ces relations fétichisées aux autres s'inscrivent dans un modèle où l'objet n'a pas de valeur d'objet total mais valeur d'intégrité narcissisante.

Selon ces auteurs, la logique de l'anorexie est fondamentalement narcissique, totalitaire et autocratique. Elle exclut en effet les besoins et les désirs du sujet envers l'objet, dans un désaveu de la dépendance, au sein d'une problématique dominée par le refus de désirer. Elle donne lieu à des bénéfices secondaires du côté du masochisme et de

la jouissance, mais elle reste profondément destructrice car sous-tendue par la pulsion de mort.

En effet, partant du postulat que l'enfant cesse de manger pour punir sa mère, et plus spécifiquement que « c'est au travers de sa propre insatisfaction que l'enfant imagine atteindre sa mère, signifiant par-là que lui et elle ne feraient qu'un », les auteurs démontrent qu'en se menant ainsi à la mort, ces sujets en viennent à mourir de plaisir.

2.2.3 Le conflit dépendance/autonomie : les aménagements pervers et le recours à l'agir

Pour éclairer le conflit dépendance/autonomie et les aménagements pervers qui en découlent, il nous faut ici nous transposer à une nosographie assez particulière et assez similaire à celle des TCA, à savoir celle des conduites addictives.

Un lien apparaît en premier lieu clairement à la comparaison de la boulimie à la toxicomanie : les individus souffrant d'une boulimie, comme les toxicomanes, ont en effet recours à une substance. D'autre part, la dimension négative que ce comportement revêt chez les individus qui en dépendent est aussi assez similaire.

Chez les personnes souffrant d'une anorexie, la dépendance est également caractérisée, mais dans un autre sens. L'individu souffrant d'une anorexie est, comme nous le savons, dépendant de son comportement. Ce comportement d'une part le protège de sa peur de devenir boulimique et, d'une certaine façon, démontre son grand appétit « de vie ». D'autre part, il a pour lui une fonction thérapeutique en ce qu'il le protège, au moins pour un temps, de l'angoisse et de la dépression, en le confortant dans sa différence et lui conférant une identité (Jeammet, 2004). On entend d'ailleurs souvent dans la pratique clinique : « mais si je ne suis plus anorexique, qui vais-je devenir ? », comme si la pathologie alimentaire agissait tel un bouclier, entre soi et l'autre, entre soi et soi-même.

Tant l'anorexie que la boulimie aident l'individu qui en souffre à l'auto-organisation de soi, qui est peut-être la seule organisation possible quand tout ce qui est à l'intérieur déborde.

Comme nous l'avons déjà souligné, il y a en effet chez ces individus un défaut d'intériorisation des assises narcissiques. La problématique de dépendance de soi à l'objet est révélatrice d'un échec des intériorisations précoces, cet échec mettant en péril le processus de séparation-individuation. Les TCA sont initialement compris, dans la littérature spécialisée, comme une régression devant la sexualité génitale. Cet élément est soutenu par le fait que ces troubles surviennent le plus souvent pendant l'adolescence, moment d'émergence de la sexualité adulte, mais aussi du questionnement sur l'autonomie et l'identité propre.

Durant l'enfance, ces individus sont généralement reconnus comme étant « sage(s) comme une image ». L'enfance se passe sans conflit, et ils font leur maximum pour correspondre parfaitement à ce qu'ils imaginent être les attentes de leurs parents et/ou proches.

C'est, nous l'avons dit, au moment des remaniements psychiques et corporels de la puberté qu'est observé l'un des grands pics d'incidence des TCA. Ce qui se passait silencieusement jusque là commence à résonner avec la puberté et ses remaniements, qui engendrent un moment révélateur de la problématique dite de dépendance. Au moment où le sujet devrait faire face au deuil de l'enfance et aborder l'adolescence, il connaîtrait, de façon largement inconsciente, une difficulté à intérioriser le processus d'individuation et de séparation d'avec les *imago* parentaux, ceci renvoyant plus généralement au déni de la différence des sexes et des générations.

Dans cette perspective, les TCA peuvent apparaître dès le début de l'adolescence comme une défense face aux bouleversements qu'elle engendre, et en particulier face au processus de séparation d'avec les parents qu'elle implique. Les TCA seraient dès lors une façon symptomatique d'externaliser le conflit latent présent au sein du sujet. Celui-ci aurait tendance à créer des relations de dépendance avec des objets externes, sous forme de privation ou de prise excessive de nourriture, faute de pouvoir investir une réalité interne qui n'est pas en mesure de lui procurer un sentiment de sécurité « suffisamment bonne ». Les TCA viennent ici en « aide », ayant pour « fonction » d'être une défense

créée contre la peur d'être envahi par l'objet, celui-ci constituant une menace narcissique. Dans ce type de relation, il est important de maintenir un contact avec l'objet pour s'assurer de sa présence et de sa non-destruction, mais « un contact qui maintienne cet objet aux limites du moi, à l'extérieur du moi, suffisamment proche pour ne pas être perdu, et suffisamment extérieur pour ne pas risquer d'en être envahi » (Jeammet, 1991).

On se retrouve face à ce paradoxe où le sujet aura un accroissement potentiel de la dépendance aux objets externes comme contre-investissement d'une réalité psychique interne menaçante ou défaillante. Les TCA viennent dans ce sens « assurer une fonction de pare-excitation et de limite entre soi et l'objet » (Jeammet, 1991). Le sujet surinvestit la réalité externe, c'est-à-dire le monde perceptivo-moteur - le monde de l'image, des perceptions et des actions motrices -, au détriment d'une réalité interne, autrement dit de ses vécus internes - sensations, émotions, sentiments - considérés comme défaillants car ne lui donnant pas une sécurité interne suffisante pour qu'il puisse s'appuyer dessus.

Cette dépendance vis-à-vis de la nourriture, assurant une fonction d'objet de substitution, devient un mode d'aménagement pervers et prévalent du fonctionnement du sujet, au détriment d'autres modalités du lien à autrui, comme la parole, les affects et les relations humaines.

Cet objet peut être qualifié d'addictif dans la mesure où il devient, pour le sujet souffrant de TCA, « un objet transitionnel pathologique », c'est-à-dire qu'il devient à la fois son mode relationnel, dont le sujet ne peut se passer - tout en croyant le contrôler - mais, en même temps, il ne permet pas la constitution d'un espace mental potentiel, c'est-à-dire la possibilité de s'approprier psychiquement son corps, ses émotions et sa capacité de penser. Ceci explique pourquoi vouloir « ôter » trop brutalement aux patients leurs conduites alimentaires « pathologiques » comporte un risque réel, celui de les priver de cette barrière, de cette néo-identité qui constitue leur mode de fonctionnement et de relation aux autres. Il est donc nécessaire de pouvoir accompagner les patients hospitalisés pour ces troubles par une prise en charge psychothérapeutique, afin qu'ils puissent élaborer la signification profonde de leur « identité » d'anorexique ou de boulimique, et ainsi s'en détacher à leur rythme et à leur manière.

Par ailleurs, Maurice Corcos (2000, p. 64) a mis en lumière la question d'une lutte anti-dépressive au sein de ces troubles. La conduite addictive s'intégrant dans une

organisation à la fois dépressive et antidépressive, « qui tente laborieusement de pallier une décompensation narcissique sous forme de dépression mélancoliforme, ou d'une dépression essentielle avec son cortège psychosomatique ».

Corcos reprend le concept de « dépressivité » dégagé par Nacht et Racamier (1959) pour rendre compte de la différence entre le dépressif (dépressivité) et le déprimé (dépression). La dépression étant liée à un deuil non réussi et la dépressivité à l'impossibilité même du travail de deuil, l'impossibilité de se détacher des idéaux infantiles sans risque de chute, l'impossibilité de renoncer à une perte de l'objet vécue comme radicale et irrémédiable, et donc de se construire à partir d'un accord donné à cette perte. Le patient bute contre l'irréparable de la perte, il ne peut changer ni d'objet, ni de mode d'investissement.

La conduite addictive relevant d'une problématique narcissique primitive, l'objet premier n'a pas été reconnu (ou que partiellement) comme ne faisant pas partie de soi (une partie du moi est clivée, identifiée et aliénée au narcissisme parental), son deuil n'a pas pu en être fait, il n'a pas pu se constituer en objet interne de qualité, « si ce n'est d'une manière singulièrement persécutrice, vampirique » (*op. cit*, p.66). L'objet investi et perdu n'est pas facilement retrouvé dans un travail de deuil, car du fait de l'investissement narcissique, c'est une partie du sujet lui-même qui doit accepter de mourir dans ce travail. Et investir un autre objet serait prendre le risque de perdre cet objet d'attachement primaire.

A cet égard, la dépressivité serait comme l'organisation d'une solution dépressive comportementale et corporelle permettant le maintien d'une idéalisation d'un objet absent.

L'auteur fait ainsi l'hypothèse d'une dimension alexithymique, d'une insuffisance émotionnelle primaire dans les TCA occupant une dimension psychopathologique centrale dans l'organisation psychique de ces sujets. Cette dimension peut être par ailleurs « fonctionnelle », à un moment particulier d'organisation de la personnalité et des relations aux autres : « cette dimension est défensive contre l'émergence pulsionnelle brutale et massive passivement vécue à la puberté, ce qui nous invite à considérer dans une perspective génétique que les sujets alexithymiques pourraient lutter contre un tempérament pulsionnel et constitutionnel marqué par l'excès » (Corcos, 2000, p.250).

La dimension alexithymique protègerait d'un risque de dépression essentielle. Dans ce sens, l'enfant va incarner l'absence en miroir de l'absence de l'objet, il va réprimer ses émotions en miroir de la défense maternelle, le sujet va s'absenter à lui-même.

Corcos évoque ainsi un dysfonctionnement des interrelations précoces en lien avec des aspects transgénérationnels qui est révélateur des achoppements dans le processus de séparation-individuation, et d'une constitution défectueuse des assises narcissiques. Cette problématique témoigne de conflits introjectifs entre la jeune fille et son objet significatif, la mère. Elle se pose de façon privilégiée sur le corps de l'adolescente stigmatisant et figurant l'origine du trouble : « il nous semble qu'à l'origine de cette position alexithymique nous retrouvons ce vide identificatoire dû à la mauvaise « distillation » corps à corps, du féminin, de la mère à l'enfant ». Ce corps, dans une large mesure encore indifférencié d'avec celui de la mère, est celui qui subit passivement les modifications/pubertaires qui réactivent la problématique de séparation/individuation. C'est ce fantasme de « même corps », « corps pour deux » que l'adolescente doit apprivoiser pour pouvoir se réapproprier subjectivement son corps, pour l'habiter son propre espace psychique et pour pouvoir affirmer sa féminité, voire se laisser passivement féconder (Corcos, 2003, 624).

2.2.4 Le masochisme

Kerstemberg *et al.* (1972) et Catherine Chabert (1999) soulignent la problématique, pour les fonctionnements limites, de se détacher des objets originaires, et que cela conduit à l'organisation de « complexes » spécifiques. Contrairement à ce qui se passe dans la névrose, on admet généralement que l'organisation œdipienne est soumise, chez les fonctionnements limites, à un défaut de refoulement des fantasmes incestueux et parricides : « les mouvements incestueux et meurtriers sont très présents et envahissants fantasmatiquement et nécessitent des conduites de contre-investissement massif pour lutter contre l'excitation et l'angoisse qu'ils engendrent » (*op. cit.*, p.102). Ainsi, ces contre-investissements touchent essentiellement la réalité externe : « la réalité interne

trop débridée, n'ayant pas trouvé des voies psychiques suffisamment contenant, va chercher dans la réalité externe des moyens de la neutraliser » (*op. cit.*, p.102).

Du fait d'un défaut de refoulement et de structuration œdipienne, le corps sexué devient persécuteur pour la jeune femme anorexique ou boulimique, tout comme l'excitation dont il est porteur, déterminant des mesures de rétorsion et d'attaque pouvant aller jusqu'à la désobjectalisation, dans le refus de le voir se « constituer » comme suscitant le désir de l'autre (*op. cit.*, p.102) : c'est en effet l'autre et son désir qui menacent le sujet par le risque d'emprise sur son corps, mettant en cause une maîtrise narcissique indispensable certes, mais dénonçant, mettant à nu les fantasmes incestueux, dans une problématique œdipienne insuffisamment refoulée et peu structurante.

Dans ce sens, ce qui domine, c'est la conviction de séduire activement le père dans une organisation fantasmatique qui semble renverser la construction hystérique de la séduction – le sujet n'est pas victime du désir de l'autre, comme dans l'hystérie, mais « criminel » au sein d'un scénario incestueux où il occupe la place centrale. L'agent séducteur n'est plus l'adulte pervers, il est le sujet lui-même. « La culpabilité n'est nullement absente, bien au contraire, elle est massivement alimentée par des contraintes masochistes traduites par le recours à une mortification sacrificielle implacable : le fantasme de séduction bascule alors dans une dérive mélancolique soutenue par l'auto-accusation » (Chabert, 1993).

C'est la voie d'entrée au masochisme moral : dans l'impossibilité d'assumer la rivalité avec une figure maternelle dont le sujet se vit mal différencié, le moi, dans une version mélancolique de ce fantasme, assume une position active, il « réclame » une punition et il ne trouve des voies d'expression que par le comportement. « La haine contre l'autre s'exerce contre le sujet lui-même, en l'injuriant, en le rabaissant, en le faisant souffrir et en tirant (paradoxalement) de cette souffrance le bénéfice d'une satisfaction sadique » (Chabert, 1999).

Celui-ci trouve sa source dans un fantasme narcissique primordial, dans la nécessité pour le sujet de se soustraire au désir de l'autre, en lui imposant, comme il se l'impose, le déni d'attente. Il s'agit d'une forme de perversion narcissique dans la mesure où le sujet se constitue à la fois comme auteur et bénéficiaire d'un état de béatitude qui risque de devenir sa seule source de jouissance. L'ancrage narcissique déborde une simple

prévalence et constitue un véritable contre-investissement par rapport aux mobilisations objectales. L'aménagement pervers qui au départ maintenait, grâce à ses déviations, le lien libidinal à l'objet, va basculer dans un isolement anobjectal ou encore sombrer paradoxalement dans la mélancolie (Chabert, 1993).

A propos des TCA et de leur lien avec le masochisme, Chabert nous dit : « le masochisme moral s'ancre, dans la resexualisation œdipienne, à une conviction incestueuse déterminant une angoisse majeure de perte d'amour et un retournement haineux, conte le moi, des attaques destructrices visant l'objet. C'est l'impossible mise en scène de la rivalité avec la mère, certes, mais surtout l'impossible confrontation à la passivité qui engage la version mélancolique des fantasmes de séduction : la fille coupable de séduire le père devient la cible privilégiée des accusations de transgression et châtement (...) châtement que l'accusé se charge d'assurer elle-même. Au-delà de l'expiation mortifiante à laquelle elle se soumet, c'est sa mère qui est visée et atteinte du fait de la prévalence narcissique des identifications » (Chabert, 2003).

Au regard des problématiques du masochisme et du féminin au sein de ces organisations, le scénario de la scène fictive de séduction implique pour les jeunes filles présentant de TCA une passivation insupportable narcissiquement par la dépendance à l'autre que cela suppose, risquant de raviver l'emprise de la relation au premier objet.

2.3 Troubles des conduites alimentaires et parentalité

2.3.1 Troubles des conduites alimentaires, poids et infertilité

Longtemps une pensée dominante affirmait que les femmes souffrant d'un TCA et, notamment d'une anorexie mentale, ne pouvaient pas avoir d'enfant, ceci particulièrement en raison du fait que la dénutrition entraîne des perturbations hormonales à l'origine de troubles de l'ovulation et d'une aménorrhée (Bulik *et al.*, 2010).

Cette aménorrhée est secondaire à une insuffisance gonadotrope globale à l'origine d'une anovulation chronique. Cette insuffisance gonadotrope est dite

« globale » car on retrouve une absence de maturation folliculaire ovarienne dont témoignent l'effondrement de la sécrétion œstrogénique et les données de l'histologie endométriale. Elle entre dans le cadre des insuffisances gonadotropes hypothalamiques fonctionnelles, dont l'altération ou l'origine est située au niveau des interactions entre le système nerveux central et l'hypothalamus (Corcos, 2005).

On estime que de 68 à 89% de femmes souffrant d'une anorexie mentale présentent une aménorrhée et que 6 à 8% présentent une oligoménorrhée (Bulik *et al.*, 2010). Par ailleurs, sur le plan anatomique, on note un utérus hypotrophique, une hypotrophie mammaire et une diminution de la taille des ovaires (Corcos, 2005). En revanche, pendant le processus de rétablissement somatique, lorsque le poids atteint 90% de l'IMC idéal, les cycles menstruels réapparaissent (Lamas *et al.*, 2012).

Si des troubles de l'ovulation sont donc remarqués, nous notons pourtant, à travers notre pratique clinique, qu'il est de plus en plus fréquent que les femmes souffrant d'un TCA actuel ou passé soient désireuses d'avoir un enfant et parviennent à être enceintes.

Le thème de la grossesse chez les femmes souffrant d'un TCA n'est pas encore connu de la population. Il suscite beaucoup d'étonnement au sein même du milieu médical. Les publications à ce sujet ne sont pas non plus exhaustives, comme nous le verrons.

En ce qui concerne le taux de grossesses parmi cette population, la littérature internationale a divisé les recherches en deux catégories : d'une part celles qui affirment que, malgré tous les dysfonctionnements du cycle ovulatoire observés chez les femmes souffrant d'un TCA, celles-ci conçoivent leurs grossesses de façon spontanée et parfois même de façon non planifiée ; et d'autre part celles qui s'interrogent sur la probable réduction de la fertilité provoquée par ces pathologies alimentaires, et qui s'attachent à déterminer le taux de femmes souffrant d'un TCA parmi la population de patientes consultant les services de Procréation Médicalement Assistée.

Parmi celles qui affirment que les femmes souffrant d'un TCA conçoivent leur grossesse de façon spontanée et non planifiée, nous n'avons retrouvé que cinq études.

La première a été menée par Brinch *et al.* (1988), et consistait en une étude retrospective parmi une population de patientes qui était suivies pour anorexie mentale. Chez les 140 anciennes patientes interviewées, 50 avaient accouché de 86 enfants au bout de 12 ans et demi. Cette étude aboutit donc à un taux de fertilité d'un tiers chez les femmes ayant une anorexie mentale. Cependant, elle ne mentionne pas si les patientes souffriraient encore d'un TCA ni si certaines femmes auraient eu recours aux méthodes de PMA.

Morgan *et al.* (2006) ont investigué et comparé les taux de grossesses non planifiées chez une population souffrant d'une boulimie (n=122) et chez une population de femmes ayant souffert d'une boulimie (n=82). Ils ont retrouvé un taux de grossesses non planifiées assez élevé.

Bulik *et al.* (2010) ont retrouvé 62 femmes souffrant d'une anorexie parmi une cohorte de 62060 femmes enceintes. Plus de 50% des femmes souffrant d'une anorexie mentale ont reporté ne pas avoir planifié leurs grossesses, contre seulement 18,9% du groupe contrôle.

Easter *et al.* (2011) ont par la suite retrouvé un taux de grossesses non planifiées de 41,5% chez les femmes souffrant d'une anorexie mentale, actuelle ou passée (n=171) contre 28,3% dans la population générale (n=10636).

Micali *et al.* (2014) ont mené une étude auprès de trois groupes de femmes souffrant d'un TCA : 160 femmes présentant une anorexie mentale, actuelle ou passée ; 265 femmes présentant une boulimie nerveuse, actuelle ou passée ; et 130 femmes présentant une anorexie-boulimie, actuelle ou passée. Cette population a été comparée à deux cohortes témoins, l'une avec des femmes n'ayant jamais souffert d'un trouble psychiatrique (n=4367) et une autre avec des femmes ayant déjà souffert d'un trouble psychiatrique autre que les TCA. Le résultat de cette étude va dans le sens des études citées précédemment, le taux de grossesses non planifiées ayant été plus important parmi les groupes concernés par un TCA (32,3% chez les femmes souffrant ou ayant souffert d'une anorexie mentale ; 25,3% chez les femmes souffrant ou ayant souffert d'une boulimie nerveuse ; et 32,3% chez les femmes souffrant ou ayant souffert d'une anorexie-boulimie) que parmi les deux cohortes contrôles (22,3% chez les femmes n'ayant jamais présenté de trouble psychiatrique et 29,3% chez les femmes ayant déjà

présenté un trouble psychiatrique autre que les TCA). Par ailleurs, cette étude apporte une autre donnée intéressante : 55,2% des femmes ayant souffert d'une anorexie mentale dans l'année précédant la grossesse ont affirmé avoir eu une grossesse non planifiée.

Même si ces données sont certes intéressantes et démontrent un taux de grossesses non planifiées assez élevé parmi une population de femmes souffrant ou ayant souffert d'un TCA, et particulièrement d'une anorexie mentale, nous ne pouvons négliger deux facteurs : d'abord le fait que c'est l'état de dénutrition qui engendre des troubles ovulatoires, donc une femme ayant souffert d'une anorexie mentale n'aura plus de problème en ce qui concerne son ovulation une fois le poids minimal considéré comme « normal » atteint ; d'autre part, ces recherches restent en nombre extrêmement restreint dans la littérature internationale.

Dans un autre sens, les recherches qui s'interrogent sur une probable réduction de la fertilité provoquée par les pathologies alimentaires sont bien plus nombreuses.

Stewart *et al.*, (1990) ont interviewé 66 femmes consultant pour une infertilité dans une clinique, un screening avec l'outil EAT (*Eating Attitudes Test*) ayant été passé. L'étude a démontré un taux de 7,6% de femmes souffrant d'une anorexie ou d'une boulimie. Avec l'inclusion des patientes souffrant d'un TCA présentant des critères sub-cliniques (qui ne remplissent pas tous les critères diagnostiques du trouble) ce taux s'éleva à 16,7%. De plus, parmi les femmes infertiles présentant une aménorrhée ou une oligoménorrhée, 58% présentaient un TCA.

Resch *et al.* (1999) ont évalué 75 femmes infertiles sans trouble organique associé. Ils ont retrouvé une prévalence de 4% pour l'anorexie mentale, de 12% pour la boulimie et 44% de TCA sub-clinique.

Andersen et Ryan (2009) ont rencontré un taux de 60% de femmes souffrant ou ayant souffert d'un TCA, clinique ou sub-clinique, parmi une population de femmes ayant recours à un traitement de stimulation ovarienne.

Frezinger *et al.* (2010) ont retrouvé un taux de 20,7% de femmes souffrant d'un TCA parmi une population de femmes consultant pour une infertilité inexplicée.

La seule étude française connue menée à ce sujet a été réalisée par l'équipe de Lamas (2004) et tendait à évaluer l'existence d'un lien entre l'infertilité « totalement inexpliquée » et les TCA. L'étude a démontré que les patientes souffrant d'infertilité inexpliquée ont des préoccupations alimentaires plus importantes que les femmes fertiles, préoccupations centrées sur la perte du contrôle alimentaire et la peur de manger en public. Par ailleurs, elles ont une prévalence plus élevée des TCA cliniques et sub-cliniques vie entière par rapport aux témoins (22,5% contre 3,2%).

Resch *et al.* (2004), Easter *et al.* (2011) et Pasternak *et al.* (2012) ont montré des résultats qui vont dans le même sens : les TCA seraient fortement liés aux traitements d'infertilité.

Par ailleurs, une donnée que nous observons depuis un certain temps dans notre pratique clinique commence à faire l'objet de recherches : non seulement les femmes ne parlent pas en général de leur TCA actuel ou passé à leurs médecins endocrinologues/gynécologues (Andersen et Ryan, 2009; Freizinger *et al.*, 2010), mais aussi les médecins ne demandent pas à leurs patientes un historique de TCA (Leddy, 2009).

Ceci est d'autant plus important si nous considérons qu'une prise pondérale considérée comme adéquate peut remédier aux troubles d'ovulation liée à une dénutrition. A ce sujet, Bates *et al.* (1982) ont mené une expérience intéressante : un régime hypercalorique a été proposé à des femmes présentant une infertilité inexpliquée ; suite à la prise pondérale, 92% d'entre elles (n=24/29) ont pu mener une grossesse à terme.

Nous ne pouvons ainsi pas négliger ni la surreprésentation de la prévalence des femmes souffrant d'un TCA, actuel ou passé, dans les cliniques d'infertilité, ni la facilité avec laquelle les femmes atteintes d'un TCA accèdent aux méthodes de traitement pour une infertilité « inexpliquée », à savoir les différents types de stimulation ovarienne (clomifène, gonadotrophine, pompe à GnRH) et de PMA (insémination artificielle, fécondation in vitro, etc.).

2.3.2 Troubles des conduites alimentaires et grossesse

Peu d'études se sont intéressées à la prévalence des TCA durant la grossesse. Les données dont on dispose sont d'avantage des extrapolations de la prévalence des TCA dans les populations en âge de procréer. Ainsi, dans les sociétés occidentales, une prévalence vie-entière de l'anorexie mentale s'estime entre 0,5 et 1%, et de 1 à 4% pour la boulimie. Si l'on tient compte des formes succiniques (regroupant au moins la moitié des critères diagnostiques nécessaires), on estime que ces troubles sont deux à cinq fois plus fréquents. Il est donc probable que 3% des femmes prises en charge pour leurs grossesses présentent un TCA et que 15% d'entre elles le présentent en forme succinique (Lamas *et al.*, 2012).

Les études réalisées avec des femmes souffrant d'un TCA au cours d'une grossesse ont rendu des résultats qui vont dans le sens de notre pratique clinique. La grossesse chez les femmes souffrant ou ayant souffert d'un TCA peut être vécue de deux manières : soit d'une façon très idéalisée et épanouissante, avec une rémission des symptômes anorexiques et/ou boulimiques, notamment chez les patientes ayant un état somatique satisfaisant (Lacey, 1987; Blais *et al.*, 2000; Davie *et al.*, 1996 ; Franko *et al.*, 2001; Rocco *et al.*, 2005) ; soit avec une intensification des symptômes anorexiques et/ou boulimiques, notamment chez les patientes ayant un état somatique plus préoccupant (Koubaa *et al.*, 2005; Micali *et al.*, 2007. Nous remarquons ici que les études qui démontrent une intensification des symptômes TCA pendant la grossesse sont bien moins nombreuses que les études montrant une amélioration de ces mêmes symptômes. Or, nous voulons attirer l'attention sur le fait qu'au cours de ces dernières années, absolument toutes les patientes que nous avons vues débuter une grossesse en état somatique grave ont eu une intensification des symptômes TCA durant cette période, et parfois avec des complications obstétricales extrêmement graves. Par ailleurs, l'Institut de Médecine américain, l'organisme analogue à la Haute Autorité de Santé en France, recommande une prise pondérale de 12,7 à 18 kg chez les femmes ayant un IMC inférieur à 18,5. L'Institut de Médecine a été le seul, au niveau mondial, à faire une recommandation de prise pondérale concernant la grossesse de femmes ayant un IMC inférieur à la moyenne.

En ce qui concerne les complications obstétricales, la littérature internationale reporte des données assez alarmantes par rapport à la grossesse et au post-partum. En plus de mettre en évidence une plus grande difficulté en ce qui concerne l'efficacité du traitement d'infertilité (Waugh *et al.*, 1999), la littérature montre qu'il y a aussi plus de risque d'interruption volontaire de grossesse chez les femmes souffrant d'une boulimie (Pasternak *et al.*, 2012).

Concernant la grossesse chez les femmes souffrant d'une anorexie mentale, les données de plusieurs études convergent vers un risque accru de fausse-couche, d'accouchement prématuré et de faible poids de naissance (Conti, 1998; Waugh, Bulik, 1999; Park, 2003; Sollid, 2004; Andersen, 2009; Micali 2012; Pasternak 2012; Linna 2014; Solmi, 2013). Ce faible poids de naissance en fonction de l'âge gestationnel serait fortement corrélé avec la prise pondérale de la mère avant et pendant la grossesse (Micali 2009).

Cependant, si nous remarquons une relation entre l'état somatique de la patiente et l'apparition ou l'amélioration des symptômes TCA pendant la grossesse, ces symptômes ont, quoi qu'il en soit, tendance à réapparaître de manière amplifiée lors du *post-partum*, y compris chez les patientes qui ont été asymptomatiques durant des années. La dépression du post-partum a ainsi été fortement associée aux femmes souffrant d'une boulimie, l'étude de Mazzeo (2006) montrant qu'elles représenteraient 69,2% des cas contre 30,3% chez le groupe contrôle. Nous avons d'ailleurs nous aussi constaté cette corrélation lors de notre recherche de Master 2 (Barbosa *et al.*, *sous presse*). En outre, un antécédent de dépression et de TCA augmenterait le risque de présenter des symptômes dépressifs et anxieux pendant la grossesse et le post-partum (Micali *et al.*, 2010). Koubaa *et al.* (2008) ont reporté à ce sujet que plus de 50% des femmes souffrant d'un TCA ont été suivies dans des services spécialisés après l'accouchement, à cause d'une dépression ou d'un autre trouble psychiatrique associé. Et enfin, d'après l'étude de Godart *et al.* (2006), 75.9% des patientes anorexiques et 75,25% des patientes boulimiques ont déjà présenté au moins un épisode dépressif majeur dans leur vie.

2.3.3 Troubles des conduites alimentaires et interactions précoces

Les données de la littérature internationale convergent de façon assez préoccupante en ce qui concerne les nouveaux-nés : des risques accrus de fausse couche, d'accouchement prématuré et de faible poids de naissance ont été mis en évidence par plusieurs études (Conti 1998; Waugh et Bulik, 1999; Park, 2003; Sollid, 2004; Andersen 2009; Micali, 2012; Pasternak, 2012; Linna, 2014; Solmi, 2013). Quelques études ayant aussi démontré un plus grand risque de mort intra-utérine. (Brinch 1988, Micali 2007, Linna 2014).

Après la naissance, les jeunes mères souffrant d'un TCA rencontrent souvent des difficultés autour du repas. Nous remarquons, dans la pratique clinique, d'abord une difficulté de la mise en place de l'allaitement. Parfois car elles n'arrivent pas à produire de lait à cause de la dénutrition ou autre, mais assez souvent les femmes racontent se sentir plus « rassurées » par le biberon, qui est pour elles l'outil capable de mesurer la quantité journalière exacte, prescrite par le pédiatre, à donner à son enfant.

Nous remarquons que quand l'allaitement prend place, le sevrage peut se passer de façon plus difficile qu'avec une mère qui n'a jamais souffert d'un TCA. En effet, la séparation symbolisée par le sevrage peut parfois être vécue d'une façon assez difficile par ces femmes. Cette problématique de séparation, nous la retrouvons encore une fois symbolisée par l'alimentation quand des inquiétudes importantes s'expriment par rapport à ce que l'enfant mangera en dehors du ventre de la mère. Les mères souffrant d'un TCA essaient de suivre au pied de la lettre toutes les recommandations nutritionnelles qui leur ont été prescrites, tout dépassement pouvant leur être très anxiogène ou angoissant. Nous écoutons souvent de ces mères qu'elles préfèrent ne pas savoir ce que leurs enfants auraient mangé à la crèche, chez des séjours avec leurs grand-parents ou chez des amis, par exemple). Dans des cas extrêmes, nous avons déjà vus des patientes sous-nourrir leurs enfants ou même leur peser tous les jours... ou, au contraire, le fait que toute et chaque crise infantile essaye d'être arrêtée à travers l'allaitement, le biberon ou la nourriture.

D'après l'étude de Woodside et Shekter-Wolfson (1990), les mères anorexiques ne préparent pas à manger à leurs enfants pour éviter le contact avec la nourriture et, dans

la plupart des cas, nourriront leurs enfants d'une façon non adaptée. Franzen et Gerlingoff (1997) quant à eux soulignent que les mères avec des TCA ont des difficultés avec les relations interpersonnelles en général mais aussi avec leurs enfants. Ayant elles-mêmes eu une relation difficile avec leurs parents, ces femmes peuvent se sentir submergées au moment de la maternité et incapables d'avoir les capacités nécessaires pour s'occuper d'un enfant, comme si elles étaient « émotionnellement indisponibles ». Dans ce sens, nous remarquons chez les mères souffrant d'un TCA et plus notamment chez les mères anorexiques une absence de tout jeu pour l'enfant, en étant les moments de loisir aussi associés à quelque chose de l'ordre de l'éducatif, à l'égard des moments de jeu proprement dit. Avec ceci, nous avons remarqué que les enfants des mères souffrant d'un TCA ont considérablement plus d'activités extra-scolaires que les autres enfants, comme s'il était important de remplir le moindre espace vide de leur créneau horaire. Ou dans un autre sens, de la rigidité établie même quand l'enfant « ne doit rien faire », une mère par exemple, nous a une fois raconté que pour suivre les instructions données par son psychiatre, chacun de ses trois enfants passait une heure sans rien faire dans sa chambre, ayant pour objectif « d'apprendre à s'ennuyer ».

Le devenir des enfants de mères souffrant d'un TCA commence aussi à faire objet de recherches, des troubles psychiatriques ayant été clairement identifiés chez ces enfants (Micali 2013, Micali 2014). Différentes hypothèses explicatives peuvent être formulées : sensibilité particulière aux modifications hormonales liées à l'accouchement et au postpartum ; vulnérabilité des femmes souffrant de TCA aux troubles thymiques avec une fréquente comorbidité ; vulnérabilité à l'expression de sentiments de détresse, d'expressions émotionnelles négatives du bébé (pleurs, cris...) et incapacité à y répondre de manière contenantante.

Les travaux d'Abraham (2001), Franko (2001) et Park (2003) vont dans le sens de notre pratique clinique et décrivent un certain nombre d'invariants à ce sujet :

Perturbations alimentaires : difficulté pour l'initiation et/ou le maintien de l'allaitement, diminution de la durée des repas, application stricte des consignes d'alimentation aux dépens d'un certain degré de liberté, absence de convivialité et du caractère ludique habituellement associé aux temps de repas, parfois difficulté dans la préparation des repas, manque de reconnaissance par la mère des signaux de faim et de

satiété de son enfant (Micali 2009). Ainsi, selon les travaux de Stein (1999) plus l'indice de masse corporelle (IMC) maternel est bas, plus les conflits sont forts avec les enfants autour des repas.

Préoccupation excessive de la mère pour le poids et l'aspect physique de son enfant : notamment s'il s'agit d'une fille, exprimant plus d'insatisfaction concernant l'apparence physique, l'appétit et les préférences alimentaires des enfants (Micali 2009).

Dysfonctionnements des interactions précoces : en situation de jeu (plus de contrôle, moins de spontanéité et d'initiatives personnelles), difficulté pour la mère à reconnaître les émotions négatives chez l'enfant, recours à une réponse comportementale avec ingestion de nourriture lors des moments de frustration de l'enfant, manque de capacité pour la mère à favoriser l'autonomisation de son enfant. Selon Koubaa (2008), à trois mois 92% des mères souffrant de TCA rapportent des difficultés interactives avec leurs enfants (13% pour les contrôles). Elles seraient plus autoritaires, intrusives et dans le contrôle dans les interactions, faisant preuve de peu de sensibilité aux besoins et aux états émotionnels des enfants (Stein 1999, Haycraft 2010). A l'opposé, les mères ayant une grande insatisfaction de leur corps semblent être permissives et dans l'évitement du conflit avec leurs enfants (Haycraft, 2010). Ainsi, les TCA maternels, même subcliniques, sont associés à des distorsions interactives précoces et à des troubles précoces de la parentalité.

Troubles psychiques avérés de l'enfant : notamment dépression, troubles de l'attachement, troubles de la socialisation et troubles du comportement, affectant davantage les filles que les garçons (Leinonen 2003, Haycraft 2010).

La littérature scientifique suggère ainsi un impact significatif du TCA maternel sur le développement des enfants, notamment par le biais d'une aggravation du TCA en période postnatale, d'une augmentation de la fréquence de dépression maternelle du postpartum et des distorsions interactives précoces. Les principales conclusions de ces publications sont convergentes et corroborent notre expérience clinique ayant amené à observer que ce temps périnatal est une « période à risque », à tous les points de vue, somatique et psychique, tant pour la mère que pour l'enfant et l'équilibre familial.

Partie 2 : LA RECHERCHE

Chapitre 1 - Le projet de recherche

1.1 Origine et naissance du projet

1.1.1 Origine du projet

L'origine de ce projet de recherche repose sur les réflexions et l'expérience clinique issues d'un travail mené depuis 2010 avec des femmes souffrant d'un TCA et accédant à la maternité.

Notre précédent projet de « Master 2 recherche » portait sur les représentations maternelles des femmes souffrant d'un TCA. Cette étude, à but exploratoire, avait pour objectif de repérer les thèmes les plus récurrents chez ces femmes au moment du devenir mère. Nous en avons dégagé des thématiques et des « nœuds » en ce qui concerne la filiation transgénérationnelle maternelle et les représentations liées au père, au mari et à l'enfant. Nous avons notamment pu faire de nombreuses observations ayant trait à la vulnérabilité narcissique et à la problématique majeure de séparation-individuation, et ce en lien avec la maternité, celle-ci étant, comme l'adolescence, un processus de transformation, voire de déstabilisation psychique. Et si ce travail nous avait permis de mieux comprendre la maternité chez les femmes souffrant de ces troubles, une question nous restait tout de même mystérieuse : la question du désir d'enfant chez ces femmes, et parfois même leur désir manifeste de grossesses consécutives.

Il nous paraît intéressant de partager ici quelques unes des phrases qui nous ont été confiées par certaines des mères ayant participé à cette précédente étude :

« Si je gagne au loto, j'arrête de travailler et je fais des bébés. » (mère souffrant d'une anorexie-boulimie).

« Je suis toute nostalgique de regarder l'accouchement, les photos, le revoir tout petit. (...) Maintenant avec le recul j'ai l'impression que tout ça est quand même lié à cette séparation qu'est la naissance d'un bébé. (...) La mélancolie pour moi c'est une tristesse tournée vers le regret d'un état, de quelque chose.

Dès qu'il est né j'ai eu besoin de parler d'un deuxième, je pense qu'il y a eu... tout de suite une nostalgie de la grossesse et de l'accouchement...

J'avais besoin de savoir que c'était pas la dernière fois que je vivais ça, quoi.

Je trouvais ça bizarre, je me disais c'est pas gentil pour lui parce qu'il est là et au lieu de profiter de lui j'ai besoin déjà de parler du prochain. » (mère souffrant de boulimie)

« Là, par exemple, je désire avoir un troisième enfant. Et je désire l'avoir naturellement, avec vraiment le désir. » (mère souffrant d'une anorexie, ayant eu recours à une stimulation ovarienne)

Au terme de cette étude, un certain nombre de questions restaient donc en suspens concernant cette avidité pour la grossesse. Etait-elle représentative d'un désir « d'être un enfant ou d'être enceinte, plus que de celui d'avoir un enfant et ainsi devenir mère » ? Etait-elle représentative seulement d'un désir de « la grossesse pour la grossesse » ? Que se cachait-il inconsciemment dans cette démarche d'avoir un enfant ? Et, plus spécifiquement, que se passait-il lorsque les troubles alimentaires étaient si actifs que ces femmes étaient empêchées d'ovuler ? Les pathologies alimentaires, l'aménorrhée et le désir d'enfant : un court-circuit ?

C'est pour répondre à ces questions que nous nous sommes lancés dans ce nouveau projet de recherche. Pour cela, nous nous sommes d'abord mis en quête de rencontrer des femmes enceintes et souffrant d'un TCA.

1.1.2 Comment rencontrer ces femmes ?

Par notre pratique clinique d'une part, par la littérature internationale d'autre part, nous savions déjà que les femmes souffrant d'un TCA sont sur-représentées dans les cliniques et services de traitement de l'infertilité et de PMA.

Néanmoins, en dépit de la reconnaissance par la littérature scientifique qu'un nombre important de femmes présentant une infertilité sont concernées par les TCA, cette problématique demeure méconnue des soignants et des services spécialisés.

Le fait que peu d'études ont été portées sur ce sujet en France nous amène à deux points de réflexion. D'une part, que la communauté soignante n'est peut-être pas informée, ou du moins pas encore assez informée, de la gravité des éventuelles conséquences de la maternité chez les femmes souffrant d'un TCA sans un suivi spécialisé. D'autre part, que ces situations cliniques ne reçoivent pas une attention suffisante de la part de notre système de santé.

Mais comment rencontrer ces femmes si, comme nous le croyons :

- elles sont dans le déni de leur trouble ;
- elles ne sont pas suivies sur le plan psychiatrique ;
- nous ne disposons pas assez d'études concernant leur représentativité dans les services de PMA en France ?

Nous avons cependant une piste : à travers nos consultations cliniques, nous avons en effet pu constater que certaines patientes nous parlaient d'une petite boîte en plastique, la *LuttrePulse*. Ces patientes, en aménorrhée depuis plusieurs années, tenaient cette boîte pour « responsable » de ce que leur cycle menstruel, et donc leur système d'ovulation, était redevenue ou redeviendrait normal. Ainsi, bien avant la mise en place de cette étude, une patiente, qui n'avait jamais consulté pour son TCA, nous a notamment été envoyée par son endocrinologue. En consultation, cette patiente nous montra, assez fièrement, la petite boîte « magique » qui était collée à son ventre : ses règles étaient revenues, elle allait pouvoir devenir enceinte.

Par la suite, et en vue de mettre en place ce projet de recherche, nous avons rencontré d'autres endocrinologues. Ils nous ont tous avoué soupçonner qu'un état de dénutrition était sans doute à l'origine de l'aménorrhée des femmes qu'ils traitent par l'intermédiaire de cette petite boîte, que ses utilisatrices nomment *LuttrePulse* et les scientifiques pompe à GnRH.

1.1.3 La Pompe à GnRH



La gonadotropin-releasing hormone ou GnRH, hormone peptidique synthétisée par l'hypothalamus, a été identifiée au début des années 1970. Cette hormone est responsable de la libération par l'antéhypophyse de l'hormone foliculostimulante (FSH) et de l'hormone lutéinisante (LH). Les travaux réalisés chez les singes et chez l'espèce humaine ont montré que la sécrétion pulsatile de GnRH joue un rôle essentiel dans la régulation du cycle menstruel et donc de l'ovulation (Christin-Maître et de Crecy, 2007).

Le premier succès obtenu par administration pulsatile de GnRH a été reporté en 1980 chez deux femmes présentant une aménorrhée hypogonadotrophique. Depuis, cette modalité thérapeutique est utilisée pour traiter l'infertilité de femmes ayant une aménorrhée d'origine hypothalamo-hypophysaire : ces patientes présentent cliniquement une aménorrhée avec biologiquement un estradiol bas et des taux de gonadotrophines basses ou anormalement basses. Les atteintes fonctionnelles hypothalamiques sont de loin la cause la plus fréquente d'aménorrhée hypothalamo-hypophysaire. Ces patientes ont, à l'échographie, de petits ovaires avec quelques follicules antraux voire un aspect multifolliculaire (Christin-Maître et de Crecy, 2007).

Le syndrome de Kalmann et un apport calorique insuffisant sont les principales causes de ce type d'aménorrhée. Conséquemment, ce type d'aménorrhée dûe à la

dénutrition serait complètement réversible si un poids normal est retrouvé (van Elburg 2007; Christin-Maître 2007; Dei 2008).

La pompe à GnRH est donc une petite boîte légère en plastique qui s'adhère à la peau à travers un adhésif, le médicament étant administré par voie sous-cutanée. La solution s'achète en pharmacie, et c'est la patiente qui doit elle-même mélanger cette solution aqueuse à une poudre avant de la mettre dans l'auto-injecteur. Celui-ci délivre des doses précises d'hormone, posologie et intervalles d'administration étant vérifiés et contrôlés par l'intermédiaire d'une télécommande livrée et réglée au préalable par le médecin prescripteur. La patiente doit remplir la boîte avec la solution toutes les 72h. Celle-ci reste imperceptible sous les vêtements et sa seule contre-indication est la baignade.

Le rôle de la pompe à GnRH est donc d'administrer de façon « pulsatile » cette hormone dans le corps de la femme en aménorrhée. Grâce à cette hormone « artificielle », l'hypophyse de la femme est relancée d'une façon « normale », comme si elle recevait la sécrétion pulsatile de GnRH de l'hypothalamus. La femme (re)devient capable d'ovuler et ainsi de concevoir une grossesse. Cette grossesse étant, dans la majorité des cas, conçue de façon « naturelle », c'est-à-dire sans autre méthode d'intervention, la stimulation ovarienne par pompe à GnRH n'est pas considérée comme une méthode de PMA *stricto sensu*.

La mise en place de la pompe à GnRH, même si encore peu connue de la population en général, est proposée dans plusieurs centres et cabinets privés en France. Le coût de cette méthode, remboursable intégralement par la sécurité sociale, s'avère pourtant très élevé : environ 400€ pour trois jours de traitement, sachant qu'une femme doit l'utiliser deux semaines environ par mois, à savoir en début de cycle et jusqu'au jour "fertile" où le rapport sexuel doit avoir lieu.

Son efficacité est par ailleurs indiscutable. Une revue de la littérature (Gronier, 2014) a été faite à partir d'études réalisées entre 1980 et 2014. Elle démontre que le taux d'ovulation par cycle est estimé entre 70 et 95%, et le taux de grossesses par cycle ovulatoire entre 18 et 45%. Le taux de grossesses menées à terme est quant à lui estimé entre 70 et 100% au bout de six cycles de traitement.

Une étude rétrospective, d'une durée de trois ans, a été menée par Christin-Maitre et de Crécy (2007) dans 24 centres français d'administration pulsatile de GnRH. Le panel étudié comportait une majorité de femmes aménorrhéiques (n=223/245, soit 91%), les autres (9%) présentant une oligoménorrhée avec moins de 4 cycles par an. L'évolution des grossesses a été suivie chez 238 femmes, une dizaine de patientes ayant été perdues de vue avant la fin des cycles de traitement. Parmi ces 238 patientes, 170 ont débuté au moins une grossesse durant la période étudiée (71,4%) et le nombre de cycles d'administration pulsatile de GnRH pour aboutir à une grossesse était en moyenne de 2,8. Parmi celles-ci, le taux de grossesses menées à terme durant la période étudiée fut de 91,8% (n= 156/170).

Dans cette même étude, Christin-Maître et de Crecy (2007) ont questionné les patientes sur d'éventuels antécédents de pathologie alimentaire. Un antécédent d'anorexie mentale ou de boulimie nerveuse a été reporté chez respectivement 40,5% et 5,3% de ces femmes. Par ailleurs, 5,5% étaient végétariennes et une "sélection alimentaire" (dont l'étude ne détaille pas d'avantage les critères) a été rapportée chez 52,2% de ces femmes.

Hormis cette étude, la seule autre dont nous ayons connaissance à avoir tenté d'évaluer la prévalence des TCA parmi une population de femmes ayant recours à la pompe à GnRH est celle qui a été menée par Abraham (1990). Les chiffres obtenus sont éloquentes : parmi 14 femmes ayant recours à ce type de traitement, 13 présentaient des critères diagnostiques pour un TCA, actuel ou passé.

Nous allons voir que cette prévalence des TCA chez les femmes ayant recours à la pompe à GnRH aura une influence majeure sur l'évolution de ce projet de recherche.

1.1.4 Naissance du projet

Fort de notre expérience clinique et de notre précédent travail de recherche, nous souhaitons donc étudier de plus près la question du désir d'enfant chez les femmes souffrant d'un TCA. Parti à la rencontre de certaines de ces femmes, nous avons découvert l'existence de la pompe à GnRH. La grande efficacité de cette pompe, et le fait qu'elle semblait être utilisée par un grand nombre de femmes souffrant d'un TCA, ont fait

apparaître un nouveau questionnaire et nous ont amené à faire évoluer notre projet. En effet, nous nous sommes alors demandé quelle part pouvaient représenter les femmes souffrant d'un TCA parmi la population de femmes ayant recours à un traitement par pompe à GnRH.

Tenant de répondre à cette question, nous serons amené à rencontrer un certain nombre de femmes souffrant d'un TCA *et* cherchant à être enceintes grâce à la pompe à GnRH. Ces rencontres nous permettront d'approfondir notre questionnaire initial sur le désir d'enfant de ces femmes, et nous donneront l'envie de les suivre durant leur grossesse et jusqu'au post-partum, faisant naître de nouvelles questions quant au devenir de ces femmes et de leurs enfants.

1.2 Construction du projet

1.2.1 Présentation du projet

Nous avons projeté de diviser notre recherche en deux phases distinctes et, comme nous le verrons, complémentaires.

Dans un premier temps, nous voulions rencontrer un certain nombre de femmes suivant un traitement par pompe à GnRH, et soumettre ces femmes à un test diagnostique de TCA, ceci afin d'évaluer la prévalence de TCA parmi cette population.

Dans un second temps, nous avons voulu organiser le suivi, de la 16^{ème} semaine de grossesse jusqu'à la 9^{ème} semaine du post-partum, de certaines des femmes ayant été diagnostiquées comme souffrant d'un TCA lors de ce test et ayant réussi à être enceintes grâce à la pompe à GnRH.

1.2.2 Les hypothèses

Hypothèse principale :

- Pourcentage important de femmes souffrant de TCA parmi celles ayant recours à la pompe à GnRH.

Nous supposons qu'une grande part des femmes ayant recours à la pompe à GnRH souffre d'un TCA actuel ou passé. Cette part représenterait en effet plus de la moitié de cette population.

Hypothèses secondaires :

- Le TCA maternel aurait des influences sur le désir d'enfant, la grossesse et le post-partum des femmes qui en souffrent.
- Dénier du TCA chez les femmes ayant recours à la pompe GnRH.

Nous supposons qu'il existe chez les femmes souffrant d'un TCA un déni important quant à l'existence et à la gravité de leur trouble, et plus particulièrement chez celles ayant recours à la pompe à GnRH.

- Difficulté de la mère souffrant de TCA à se projeter dans la relation mère-enfant, particulièrement dans le cas d'un enfant de sexe féminin.

Nous sommes partis de l'hypothèse que la maternité engendre chez les femmes enceintes des questionnements sur la transmission de leur propre filiation. En raison de la problématique majeure de séparation-individuation, ces questionnements seraient moins présents chez les femmes souffrant d'un TCA. L'enfant de sexe féminin, du fait d'un effet miroir plus marquant, rendrait encore plus difficiles la projection de cet enfant à venir et les éventuels questionnements liés à la filiation et à la transmission.

- Présence des symptômes de TCA pendant la grossesse.

Nous supposons que l'état somatique de ces femmes ne changerait pas durant la grossesse et notamment que les symptômes liés au TCA resteraient ainsi présents.

- Présence d'une alexithymie.

Nous supposons la présence d'une alexithymie chez les patientes souffrant d'un TCA et donc d'une rigidité et d'une exacerbation défensive du contrôle.

1.2.3 Les objectifs

Objectif principal :

- Obtenir des données permettant d'évaluer la prévalence des femmes souffrant d'un TCA parmi celles ayant recours à la pompe à GnRH afin d'améliorer leur parcours de soin durant ce traitement.

Objectifs secondaires :

- Obtenir des données concernant le vécu de la grossesse chez les femmes souffrant d'un TCA et ayant recours à la pompe à GnRH afin de mieux adapter leur prise en charge durant cette période.
- Obtenir des données concernant l'évolution durant la grossesse de l'état somatique des femmes souffrant d'un TCA et ayant eu recours à la pompe à GnRH, afin d'améliorer le pronostic concernant cette évolution.
- Obtenir des données sur la présence d'une éventuelle alexithymie chez les femmes souffrant d'un TCA afin d'adapter leur prise en charge et de mettre en place une prévention concernant les relations précoces mère-bébé.

Partie 2 : LA RECHERCHE

Chapitre 2 - Méthodologie

Projet initial et adaptation de la recherche

2.1 Présentation

Nous avons donc divisé notre recherche en deux phases successives.

Première phase : diagnostic TCA vie entière

La méthodologie de cette première phase de recherche reposait sur la comparaison des résultats obtenus à un test diagnostic de TCA par deux groupes de femmes :

- le premier groupe que nous avons formé était constitué de femmes suivant un traitement par pompe à GnRH ;
- le second groupe était composé de femmes suivant un traitement de PMA ou de stimulation ovarienne autre que par pompe à GnRH (comprimés à base de citrate de clomiphène ou de tamoxifène ; injections de gonadotrophine).

Nous nommerons par la suite le premier groupe « GnRH » et le second groupe « PMA ».

Deuxième phase : suivi durant grossesse et post-partum

La méthodologie de cette seconde phase de recherche reposait sur la comparaison des données quantitatives et qualitatives obtenues grâce au suivi de trois

groupes de femmes enceintes, ceci de la 16^{ème} semaine de leur grossesse jusqu'à la 9^{ème} semaine du post-partum.

Initialement, ces trois groupes devaient être constitués comme suit :

- le premier groupe, ou groupe « étude de cas », de femmes enceintes souffrant d'un TCA et ayant reçu un traitement par pompe à GnRH;
- le deuxième groupe, ou groupe « contrôle 1 », de femmes enceintes n'ayant jamais souffert de TCA mais ayant reçu un traitement par pompe à GnRH ;
- le troisième groupe, ou groupe « contrôle 2 », de femmes enceintes exemptes de TCA et ayant conçu leur grossesse de façon spontanée.

Il faut ici préciser que la constitution des deux premiers groupes de cette seconde phase reposait essentiellement sur les résultats obtenus lors de la première phase de cette recherche, c'est-à-dire les résultats obtenus par les femmes du groupe « GnRH » au test diagnostique de TCA. En fonction de ces résultats, nous prévoyions en effet de répartir ces femmes - du moins celles qui seraient parvenues par la suite à une grossesse - entre le groupe « étude de cas » (avec TCA) et le groupe « contrôle 1 » (sans TCA).

Cependant, au dépouillement des résultats de la première phase, il nous est rapidement apparu que nous éprouverions des difficultés à constituer le groupe « contrôle 1 » tel que nous l'avions prévu. En effet, et même si nous nous attendions à rencontrer un fort pourcentage de femmes souffrant d'un TCA parmi celles suivant un traitement par pompe à GnRH (ceci constituait d'ailleurs notre hypothèse de recherche principale déjà évoquée), nous ne pensions pas aboutir à une prévalence telle qu'elle nous empêcherait de constituer un groupe suffisamment conséquent de femmes sous traitement par pompe à GnRH *et* exemptes d'un TCA actuel ou passé.

Cette prévalence quasi "totale", qui sera détaillée et discutée lorsque nous aborderons les résultats de notre recherche, nous a donc contraint à modifier les critères de recrutement du groupe « contrôle 1 », à savoir remplacer le critère "*ayant suivi un traitement par pompe à GnRH*" par le critère "*ayant suivi un traitement de PMA ou de stimulation ovarienne autre que par pompe à GnRH*". Les femmes répondant à ces

nouveaux critères ont alors été aisément recrutées parmi celles du groupe « PMA » de notre première phase, et plus précisément parmi celles ayant obtenu un résultat négatif au test TCA *et* étant parvenues ensuite à être enceintes. Notons tout de même que nous avons privilégié, autant que possible, celles parmi ces femmes qui avaient reçu un traitement par stimulation ovarienne, cette méthode se rapprochant davantage de la pompe à GnRH.

Finalement, les trois groupes de cette seconde phase de recherche ont donc été constitués comme suit :

- le premier groupe, ou groupe « étude de cas », de femmes enceintes, souffrant ou ayant souffert d'un TCA, et ayant reçu un traitement par pompe à GnRH ;
- le deuxième groupe, ou groupe « contrôle 1 », de femmes enceintes, n'ayant jamais souffert de TCA, et ayant reçu un traitement de PMA ou de stimulation ovarienne autre que par pompe à GnRH ;
- le troisième groupe, ou groupe « contrôle 2 », de femmes enceintes, exemptes de TCA, et ayant conçu leur grossesse de façon spontanée.

Une fois ces groupes constitués, nous avons organisé quatre rencontres avec chacune de ces femmes : la première entre la 16^{ème} et la 20^{ème} semaine de grossesse ; la deuxième et la troisième entre la 28^{ème} et la 32^{ème} semaine de grossesse ; et la quatrième autour de la 9^{ème} semaine du post-partum.

Ces entretiens, d'une durée d'une heure et demie environ, reposent sur l'utilisation de cinq questionnaires et un entretien standardisés, validés et utilisés internationalement, d'un entretien semi-directif, et de deux entretiens cliniques ouverts. Avec l'accord des participantes, les entretiens réalisés lors des deuxième et troisième rencontres ont été enregistrés et conservés le temps de la recherche, soit trois ans environ.

Pour cette seconde phase comme pour la première, et autant que faire se pouvait, les rencontres devaient se dérouler en milieu hospitalier, des locaux ayant été mis à notre disposition pour ces entretiens à l'Institut Mutualiste Montsouris, à l'hôpital Saint-Antoine et à l'hôpital Sainte-Anne. Toutefois, dans le cas d'une impossibilité de

déplacement de leur part, nous sommes parfois allé à la rencontre de ces femmes, que ce soit à leur domicile ou près de leur lieu de travail. Précisons enfin que tous les entretiens réalisés lors de ces deux phases de recherche l'ont été par nos soins, soit par une même personne.

2.2 Critères de recrutement et précautions éthiques

Nous avons donc été amenés à constituer pour notre recherche cinq groupes de femmes, ces femmes devant être “recrutées” suivant des critères d'inclusion et des critères de non-inclusion spécifiques pour chaque groupe, et que nous détaillons dans les tableaux ci-après.

Les critères de recrutement de chacun des deux groupes constitués pour la première phase de notre recherche sont décrits dans les tableaux 1 et 2.

Les critères de recrutement de chaque groupe formé pour la seconde phase de cette recherche sont détaillés dans les tableaux 3,4 et 5.

Il est important de noter que ces critères étaient stricts, chaque femme devant respecter *tous* les critères d'inclusion du groupe auquel elle était rattachée, tout en ne présentant *aucun* des critères de non-inclusion de ce groupe.

Tableau 1 : groupe « GnRH »

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion
Femme âgée entre 18 et 43 ans Suivant un traitement par pompe à GnRH Maîtrisant la langue française Ayant donné son consentement	Antécédent de trouble psychotique grave (DSM IV) Antécédent de maladie somatique grave Ne maîtrisant pas la langue française

Tableau 2 : groupe « PMA »

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion
Femme âgée entre 18 et 43 ans Suivant un traitement de PMA ou de stimulation ovarienne autre que par pompe à GnRH Maîtrisant la langue française Ayant donné son consentement	Antécédent de trouble psychotique grave (DSM IV) Antécédent de maladie somatique grave Ne maîtrisant pas la langue française

Tableau 3 : groupe « étude de cas » - pompe à GnRH et TCA

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion
Femme âgée entre 18 et 43 ans Présence des critères pour diagnostic de TCA Enceinte de moins de 16 semaines au moment de l'inclusion Ayant suivi un traitement par pompe à GnRH Maîtrisant la langue française Ayant donné son consentement	Antécédent de trouble psychotique grave (DSM IV) Antécédent de maladie somatique grave Ne maîtrisant pas la langue française

Tableau 4 : groupe « contrôle 1 » - PMA sans TCA

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion
Femme âgée entre 18 et 43 ans Absence de tous les critères pour diagnostic de TCA Enceinte de moins de 16 semaines au moment de l'inclusion Ayant suivi un traitement de PMA ou de stimulation ovarienne autre que par pompe à GnRH Maîtrisant la langue française Ayant donné son consentement	Antécédent de trouble psychotique grave (DSM IV) Antécédent de maladie somatique grave Ne maîtrisant pas la langue française

Tableau 5 : groupe « contrôle 2 » - grossesse spontanée sans TCA

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion
Femme âgée entre 18 et 43 ans Absence de tous les critères pour diagnostic de TCA Enceinte de moins de 16 semaines au moment de l'inclusion Ayant conçu la grossesse spontanément Maîtrisant la langue française Ayant donné son consentement	Antécédent de trouble psychotique grave (DSM IV) Recours à la PMA Antécédent de TCA Antécédent de maladie somatique grave Ne maîtrisant pas la langue française

En outre, nous avons déterminé certains critères pouvant mener à une exclusion de l'étude pendant le déroulement du protocole. Ces critères sont détaillés dans le tableau 6 suivant.

Tableau 6 : critères de refus de l'étude

Critères de refus de l'étude
Formulation du désir manifeste de quitter l'étude Survenue d'une perte périnatale Découverte d'une fœtopathie Mort de l'enfant Survenue d'une pathologie maternelle grave pendant la grossesse et la puerpéralité (incompatibilité fœto-maternelle, pré-éclampsie, embolie pulmonaire, hystérectomie d'hémostase) Survenue d'une pathologie grave chez l'enfant

Toutes les précautions éthiques de rigueur avaient par ailleurs été prises et ont été respectées :

- information éclairée des participantes, en présence du clinicien responsable pouvant répondre à toutes les questions afférentes au protocole, et remise d'un formulaire de description de la recherche, notamment des bénéfices et des contraintes qu'elle pouvait engendrer ;
- signature d'un consentement éclairé par les participantes, tous les formulaires de consentement ayant été conservés dans un lieu unique ;
- possibilité pour les participantes de se retirer d'elles-mêmes, à tout moment, de la recherche, sans que leur suivi éventuel n'en soit en rien modifié.

Le promoteur de cette recherche est l'Unité de recherche du Département de Psychiatrie de l'Adolescent et du jeune adulte de l'Institut Mutualiste Montsouris (IMM), qui l'a enregistrée sous le numéro ID 2013-BCR A00338-37 auprès de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de Santé (ANSM) et a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP) IDF-III le 5 juin 2013. Enfin, toutes les données personnelles recueillies ont été numérisées de façon anonyme et déclarées à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

La justification éthique du protocole reposait sur les bénéfices attendus de cette étude pour les femmes souffrant d'un TCA acceptant d'y participer. Ces bénéfices sont ceux d'un suivi régulier d'un trouble potentiellement accompagné de difficultés alimentaires : surveillance attentive et régulière du trouble alimentaire, avec détection rapide des troubles éventuels, et fourniture d'une aide à ces femmes dans la compréhension de leurs troubles et l'accompagnement de leur grossesse.

2.3 Déroulement du protocole

2.3.1 Recrutement et inclusion

Les femmes susceptibles de faire partie des groupes que nous venons de décrire nous ont été adressées par différents organismes publics et privés et par deux médecins libéraux.

Les femmes suivant ou ayant suivi un traitement par pompe à GnRH, soit celles susceptibles de composer le groupe « GnRH » (première phase de recherche) et le groupe « étude de cas » (seconde phase de recherche), nous ont été adressées par deux endocrinologues travaillant en libéral et par des endocrinologues travaillant dans les services de PMA suivants :

- Unité de PMA du Département Mère-Enfant de l'Institut Mutualiste Montsouris, sous la supervision du Dr Julie Galey ;
- Unité de PMA du Service de Gynécologie et Obstétrique de l'hôpital Saint-Antoine, sous la supervision du Pr Christin-Maître ;
- Service de PMA du Centre Hospitalier Inter-Communal de Créteil, sous la direction du Dr Bry ;
- Centre de PMA du CHU de Nantes, sous la direction du Dr Dubourdieu.

Les femmes suivant ou ayant suivi un traitement de PMA ou de stimulation ovarienne autre que par pompe à GnRH, soit celles susceptibles de constituer le groupe « PMA » (première phase de recherche) et le groupe « contrôle 1 » (seconde phase de recherche), ont été approchées via l'Unité de PMA du Département Mère-Enfant de l'Institut Mutualiste Montsouris, sous la supervision du Dr Julie Galey et du Dr Perdigo-Cotta.

Enfin, les patientes du groupe « contrôle 2 » (seconde phase de recherche), constitué de femmes exemptes de TCA, enceintes, ayant conçu leur grossesse

spontanément, ont été recrutées parmi la population de femmes suivies dans la consultation périnatale de la maternité de l'Institut Mutualiste Montsouris.

La procédure d'inclusion de toutes ces femmes dans notre projet de recherche consistait à leur présenter ce projet, à leur demander si elles acceptaient d'y participer et à vérifier qu'elles répondaient à tous les critères du groupe qu'elles étaient susceptibles d'intégrer. Cette procédure s'est étalée au total sur une période d'un peu moins de deux ans suivant la date d'agrément par le CPP, soit entre juillet 2013 et mars 2015.

2.3.2 Protocole de recherche

Première phase

Lors de cette première phase de recherche, nous avons proposé aux femmes des groupes « GnRH » et « PMA » un test diagnostique de TCA, le CIDI (Composite International Diagnostic Interview), seul test à notre connaissance capable de diagnostiquer un TCA actuel ou passé.

Le CIDI est un entretien structuré destiné à être utilisé par des intervieweurs formés à l'évaluation des troubles mentaux, selon les définitions et critères CID-10 et DSM-IV. Il comprend 47 questions et prend 30 minutes environ à remplir.

Seconde phase

Cette seconde phase de recherche, consistant en quatre rencontres avec chacune des femmes composant les trois groupes « étude de cas », « contrôle 1 » et « contrôle 2 », a été divisée en trois étapes. La première étape correspond à la première rencontre entre la 16^{ème} et la 20^{ème} semaine de grossesse (16SG à 20 SG) ; la seconde étape comprend les deuxième et troisième rencontres entre la 28^{ème} et la 32^{ème} semaine de grossesse (28SG à 32SG) ; la troisième étape représente la quatrième et dernière rencontre autour de la 9^{ème} semaine du post-partum.

Etape 1 : première rencontre (16SG à 20SG)

Cette première rencontre, d'une durée d'une heure environ, avait pour triple objectif de poser quelques questions concernant le contexte familial de la patiente

(anamnèse), d'aborder la question de la construction du désir d'enfant chez celle-ci à travers un entretien clinique ouvert, et enfin la passation d'un auto-questionnaire STAI :

1. Anamnèse : questionnaire biographique permettant de relever des données personnelles de la patiente (poids, taille, nombre d'enfants, histoire conjugale, addictions, recours éventuel à la PMA...) et des thèmes importants liés à son contexte familial (fratrie, situation conjugale des parents...).
2. Entretien clinique ouvert visant à aborder des thèmes autour du désir d'enfant de la femme enceinte et de sa propre représentation d'elle-même en tant qu'enfant désiré ou non.
3. Questionnaire STAI (State Trait Anxiety Inventory, Spielberger, 1983 ; validation française : Bruchon-Schweitzer et Paulham, 1993) : auto-questionnaire divisé en deux parties, chaque partie comprenant 20 items, permettant de décrire l'anxiété « trait » (tendance habituelle de l'individu à être anxieux) et l'anxiété « état » (ressentie à un moment particulier, en réaction à un événement).

ETAPE 2 : deuxième et troisième rencontres (28SG à 32SG)

Deuxième rencontre :

Lors de cette rencontre, d'une durée de 2h environ, nous avons proposé aux participantes un entretien semi-structuré ainsi que deux outils standardisés et validés internationalement pour l'évaluation de l'état psychique du sujet :

1. Entretien TCA Mater (inspiré de celui créé par Nicolas, Lamas et Dugré pour évaluer la grossesse dans un contexte de TCA, réseau TCA et Maternité, Institut Mutualiste Montsouris) : entretien semi-structuré autour de dix questions ouvertes concernant, entre autres, les filiations maternelles et transgénérationnelles, les relations de couple, et les modifications corporelles liées à l'adolescence et à la grossesse.
2. Evaluation de l'état psychique maternel :

- Questionnaire HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale, Zigmond et Snaith, 1983 ; validation française : Lépine, 1985) : auto-questionnaire de 14 items destiné à évaluer le degré d'anxiété et l'éventuel état dépressif de la femme enceinte. Sept questions se rapportant à l'anxiété et sept autres à la dimension dépressive, on obtient deux scores permettant de dépister les symptomatologies anxieuse et dépressive.
- Questionnaire BVAQ (Bermond-Vost Alexithymia Questionnaire, Bermond et Vorst, 1997 ; traduction française : Zech *et al.*, 1999) : auto-questionnaire de 40 items destiné à évaluer l'éventuelle présence d'une alexithymie. L'échelle mesure cinq dimensions: (1) une difficulté à identifier ses états émotionnels, (2) une difficulté à exprimer verbalement ses états émotionnels à autrui, (3) un appauvrissement de la vie fantasmatique, (4) un style de pensée concret ou opératoire, et (5) une faible réactivité émotionnelle.

Troisième rencontre :

Lors de cette rencontre, d'une durée de 2h environ, nous avons proposé aux participantes un entretien semi-directif et un auto-questionnaire, tous deux standardisés et validés internationalement pour évaluer respectivement les représentations maternelles et l'attachement maternofoetal durant la grossesse :

1. Evaluation des représentations maternelles prénatales :

- Entretien IRMAG (Interview pour les Représentations Maternelles durant la Grossesse, Ammanniti *et al.*, 1999) : entretien semi-directif de 41 questions permettant d'appréhender les représentations prénatales de la femme enceinte, que ce soit les représentations de sa propre identité féminine et maternelle ou les représentations de l'enfant au cours de la grossesse et après la naissance.

2. Evaluation de l'attachement prénatal :

- Questionnaire PAI (Prenatal Attachment Inventory, Müller, 1993 ; validation française : Jurgens *et al.*, 2010) : auto-questionnaire de 21 items décrivant les pensées et émotions de la mère en relation avec le fœtus, et

permettant d'étudier l'investissement maternel durant la grossesse et ses implications dans la future interaction avec le bébé.

ETAPE 3 : quatrième rencontre (9^{ème} semaine du post-partum env.)

Cette rencontre, d'une durée de 1h environ, clôturait notre parcours de recherche avec les femmes ayant accepté de participer à ce projet. Elle comprenait quelques questions autour de l'accouchement et du post-partum (poids et taille de la mère et de l'enfant, allaitement,...), un entretien clinique ouvert et un outil standardisé et validé pour l'évaluation du risque de dépression postnatale :

1. Entretien clinique ouvert autour du thème de la maternité et de l'intégration de l'enfant dans le foyer.
2. Evaluation de l'état psychique maternel :
 - Questionnaire EPDS (Edinburgh Post-natal Depressive Scale, Cox, 1987 ; validation française : Guedeney, 1998) : auto-questionnaire de dix items évaluant ce que la mère a ressenti sur les sept derniers jours et permettant de mesurer le risque de dépression postnatale.

Tableau 7 : RECAPITULATIF - seconde phase

16SG - 20SG	Anamnèse + Entretien Clinique ouvert + STAI
28SG - 32SG	HAD + BVAQ + Entretien TCA Mater
	PAI + IRMAG
9^{ème} sem. PP env.	Anamnèse + Entretien clinique ouvert + EPDS

Partie 2 : LA RECHERCHE

Chapitre 3 - Résultats et discussion

3.1 Première phase de recherche

Afin d'évaluer la prévalence de femmes souffrant d'un TCA parmi la population de femmes ayant recours à la pompe à GnRH et de la comparer avec celle rencontrée chez les femmes suivant d'autres méthodes de PMA, nous avons constitué deux groupes de 21 patientes chacun.

Population :

Toutes les femmes susceptibles de participer à l'étude nous ont été adressées par différents endocrinologues travaillant en cabinet privé, en hôpital public ou en hôpital privé.

En ce qui concerne le groupe de femmes sous traitement par pompe à GnRH, nous n'avons essuyé aucun refus de la part des patientes approchées et les 21 participantes ont donc été recrutées de façon consécutive. L'âge moyen de ces femmes était de 34 ans et 4 mois (+/- 4 ans et 2 mois).

En ce qui concerne le groupe de contrôle, les 21 participantes ont également été recrutées de façon consécutive. Leur âge moyen était de 32 ans et 5 mois (+/- 8 ans et 8 mois). Parmi ces femmes, neuf suivaient un traitement par insémination artificielle, cinq suivaient un traitement par stimulation ovarienne, et sept suivaient un traitement par fécondation in vitro (FIV).

Toutes ces femmes ont par ailleurs un certain niveau d'éducation, correspondant au moins à un diplôme d'études secondaires.

Les données cliniques sont présentées dans le tableau 8.

Tableau 8 : profil des femmes

Pompe à GnRH						Autres méthodes de PMA					
Âge	IMC le plus bas	IMC actuel	TCA vie entière	Traitement TCA	Nombre d'enfants par pompe à GNRH	Âge	IMC le plus bas	IMC actuel	TCA vie entière	Traitement TCA	Nombre d'enfants par PMA
35	14.2	16.8	Oui	Non	X	40	17.6	18.7	Oui	Non	X
33	15.6	19.2	Oui	Non	2	29	17.1	20.2	Oui	Non	X
35	13.6	16.4	Oui	Oui	1	34	16.1	23.8	Oui	Oui	X
31	17.5	19.9	Oui	Non	X	29	18.1	20.7	Oui	Non	X
32	15.3	18.3	Oui	Oui	2	33	16.2	18.8	Oui	Non	1
32	14.1	17.5	Oui	Oui	X	26	19.6	27.8	Non	Non TCA	X
31	15	15	Oui	Non	X	29	18.7	22.0	Non	Non TCA	X
38	20.3	25.7	Non	Non TCA	1	35	18.8	23.7	Non	Non TCA	X
34	14.8	16.3	Oui	Oui	X	36	22.1	24.0	Non	Non TCA	X
34	12.6	18.6	Oui	Oui	X	40	19.6	22.4	Non	Non TCA	X
32	14.3	18.7	Oui	Oui	X	23	20.0	22.0	Non	Non TCA	X
35	14.8	14.8*	Oui	Non	1	34	19.3	19.6	Non	Non TCA	1
33	13.9	18.8	Oui	Non	X	40	19.2	22.4	Non	Non TCA	X
37	16.5	16.5	Oui	Non	1	33	18.7	24.8	Non	Non TCA	X
31	16.5	17.3*	Oui	Non	X	32	21.4	22.6	Non	Non TCA	X
30	18.5	19.9	Oui	Non	X	36	26.6	27.5	Non	Non TCA	X
30	18.1	18.8	Oui	Non	X	33	20.0	24.2	Non	Non TCA	X
32	11.7	16.6	Oui	Oui	X	36	18.7	20.9	Non	Non TCA	X
35	17	17.8	Oui	Non	1	41	20.5	24.2	Non	Non TCA	1
34	18.2	19.6	Oui	Non	X	36	22.7	25.6	Non	Non TCA	X
32	17.5	18.2	Oui	Non	X	33	24.6	28.7	Non	Non TCA	X

*au cours du 5ème mois de grossesse

Aménorrhée :

Parmi les 21 patientes constituant le groupe de femmes sous traitement par pompe à GnRH, vingt souffrent d'aménorrhée hypothalamique due à la dénutrition. Ces vingt patientes étaient toutes en aménorrhée au moment de l'étude mais avaient connu des cycles de menstruation normaux dans le passé lorsqu'elles avaient un poids normal. La seule patiente à n'avoir jamais présenté de trouble alimentaire souffre du syndrome de Kalmann.

En ce qui concerne le groupe de contrôle, aucune des patientes n'était en aménorrhée.

Troubles du comportement alimentaire :

Concernant le groupe de femmes sous traitement par pompe à GnRH, parmi les 21 patientes rencontrées, vingt ont été diagnostiquées comme présentant des symptômes d'un TCA actuel ou passé, représentant 95,2% de l'échantillon. Ces vingt patientes ont toutes été diagnostiquées comme souffrant d'anorexie mentale (AN), de type restrictif pour dix-sept d'entre elles et de type avec crises de boulimie pour les trois autres.

Concernant le groupe de contrôle, cinq patientes sur les 21 rencontrées ont été diagnostiquées comme souffrant ou ayant souffert d'un TCA, soit 23,8% de l'échantillon. Ces cinq patientes ont toutes été diagnostiquées comme souffrant d'anorexie mentale de type restrictif. Parmi elles, une seule avait été dans le passé diagnostiquée et avait reçu un traitement.

Le niveau de signification statistique (ou valeur-p) a été calculé grâce au test de Pearson et montre un lien significatif entre la prévalence de TCA et le groupe de femmes sous traitement par pompe à GnRH (valeur-p = $2,41 \cdot 10^{-6}$).

IMC actuel :

Au moment de la présente étude, l'IMC moyen du groupe de femmes sous traitement par pompe à GnRH était de 18,1 (+/-2,3). L'IMC le plus bas était de 14,8. L'IMC le plus élevé était de 25,7 et a été trouvé chez la seule femme du groupe à être exempte de TCA.

En ce qui concerne le groupe de contrôle, l'IMC moyen de ces femmes était de 23,1 (+/-2,8), le plus bas étant de 18,7 et le plus haut de 28,7.

IMC le plus bas dans le passé :

Nous avons demandé à toutes les participantes quel avait été le poids le plus bas qu'elles avaient jamais atteint et avons calculé pour chacune l'IMC correspondant à ce poids.

Concernant le groupe de femmes sous traitement par pompe à GnRH, l'IMC moyen calculé était de 15,7 (+/- 2,1), les résultats allant de 11,7 à 20,3 (ce dernier résultat rencontré là encore chez la patiente exempte de TCA).

Pour ce qui est du groupe de contrôle, les résultats allaient de 16,1 à 24,6 avec une moyenne se situant à 19,8 (+/- 2,6).

L'analyse comparative des IMC moyens des deux groupes montre des différences statistiquement significatives, aussi bien en ce qui concerne les IMC présents que les IMC les plus bas atteints dans le passé : 18.1 (+/-2.3) vs 23.1 (+/-2.8) et 15.7 (+/- 2.1) vs 19.8 (+/- 2.6), soit respectivement $z = 2,1 \cdot 10^{-6}$ et $z = 6,6 \cdot 10^{-6}$ selon le test de Mann-Whitney.

Diagnostic TCA actuel ou passé :

Nous avons demandé aux participantes des deux groupes si elles avaient déjà été diagnostiquées comme souffrant d'un TCA dans le passé.

Dans le groupe de femmes sous traitement par pompe à GnRH, seules huit ont rapporté un diagnostic médical antérieur d'anorexie et/ou de boulimie. Parmi ces huit femmes, deux avaient déjà été hospitalisées, l'une dans un service de traitement des troubles de l'humeur, l'autre dans un département spécialisé en TCA, et trois étaient toujours suivies en ambulatoire pour leur psychopathologie TCA.

Parmi les patientes du groupe de contrôle, une seule a rapporté un diagnostic médical d'anorexie dans le passé. Cette patiente avait alors été hospitalisée durant un mois dans un service psychiatrique.

Discussion des résultats de la première phase :

Comme nous l'avons évoqué dans la partie théorique de ce projet, la littérature scientifique commence à se questionner, en particulier depuis une dizaine d'années, sur une possible relation entre TCA et infertilité.

Cette étude présente des limites qu'il convient de souligner, notamment en raison d'un échantillon de participantes limité. Cependant, elle est la seule à notre connaissance à avoir tenté de diagnostiquer un TCA actuel ou passé parmi une population de femmes ayant recours à la pompe à GnRH.

Il n'existait en effet aucune étude ayant rapporté un réel diagnostic de TCA parmi une population de femmes en traitement par administration pulsatile de GnRH. Si, dans l'étude menée par Christin-Maître et de Crecy (2007), certaines questions étaient posées aux patientes concernant leurs habitudes alimentaires, aucun outil diagnostique de TCA n'avait été utilisé.

La seule étude à s'être interrogée sur la présence de femmes souffrant d'un TCA parmi la population des femmes ayant recours à la pompe à GnRH a été menée par Abraham en 1990. Nous voulons souligner que notre étude vient confirmer les résultats de cette recherche réalisée vingt-cinq ans auparavant. En effet, cette précédente étude mettait en évidence 13 femmes souffrant d'un TCA parmi une population de 14 femmes suivant un traitement par pompe à GnRH.

Néanmoins, trois points essentiels distinguaient cette étude de la nôtre : d'abord, l'échantillon étudié était plus réduit que le nôtre ; ensuite, les deux instruments utilisés, le Eating Attitudes Test (EAT) et le Eating Disorders Inventory (EDI), sont des auto-questionnaires ne permettant pas de diagnostiquer un TCA actuel ou passé ; enfin, l'étude d'Abraham n'avait pas constitué de groupe de contrôle.

Notre étude disposait quant à elle d'un échantillon plus important (21 patientes), utilisait un entretien structuré de diagnostic de TCA vie entière, et comparait les résultats obtenus par le groupe de femmes sous traitement par pompe à GnRH avec ceux obtenus par un groupe de femmes utilisant des méthodes de PMA et de stimulation ovarienne autre que par pompe à GnRH.

Les résultats de notre étude viennent confirmer la prédominance écrasante (95,2%) de femmes souffrant d'un TCA vie entière parmi le groupe de femmes suivant un traitement par pompe à GnRH. A titre de comparaison, ce diagnostic s'établit dans le groupe de femmes suivant d'autres traitements d'infertilité à 23,8%.

En dépit des limites de l'étude évoquées précédemment, ces résultats laissent peu de place au doute quant à la prévalence des femmes souffrant d'un TCA parmi les femmes suivant un traitement par pompe à GnRH. Cette donnée devrait selon nous être connue et prise en compte par les équipes médicales et soignantes assurant le suivi et la prise en charge des femmes sous traitement par pompe à GnRH.

3.2 Deuxième phase de recherche

Nous avons inclus dans le groupe « étude de cas » sept femmes souffrant d'un TCA et ayant recours à la pompe à GnRH afin de les évaluer et de les comparer aux deux autres groupes de contrôle.

Les deux groupes de contrôle ont été constitués du même nombre de femmes.

Sur les 21 femmes suivant un traitement par pompe à GnRH ayant participé à la première phase de notre étude :

- une patiente enceinte a déménagé à l'étranger ;
- une patiente a fait une fausse couche et nous n'avons pas été informée d'une grossesse ultérieure ;
- une patiente est passée à la stimulation ovarienne par injections ;
- une patiente est passée à la fécondation in vitro ;
- une patiente a vu son traitement arrêté par son médecin endocrinologue en raison de son état somatique et de la forte présence de ses cognitions anorexiques ;

- deux patientes ont changé de médecin endocrinologue (l'une est allée consulter dans un centre qui n'a pas donné son accord pour la poursuite de notre recherche et nous n'avons donc pas d'information quant à l'évolution de sa grossesse ; l'autre a fait les démarches pour consulter dans l'un des centres partenaires de cette recherche mais n'avait pas encore débuté son second traitement par pompe à la fin de notre recherche) ;
- deux patientes ne sont pas devenues enceintes (dont la patiente « contrôle » souffrant d'un syndrome de Kalmann, exempt de TCA) ;
- deux patientes n'ont pas répondu à nos appels pour poursuivre la recherche (concernant l'une d'elles, nous avons appris par son endocrinologue qu'elle était devenue enceinte au bout de plus d'un an de traitement) ;
- trois patientes enceintes ont manifesté le désir d'arrêter la recherche.

Population :

Notre groupe de recherche a été ainsi constitué de trois groupes de sept femmes :

- le premier constitué de femmes souffrant d'un TCA actuel ou passé et ayant eu recours à la pompe à GnRH ;
- le deuxième constitué de cinq femmes ayant eu recours à une stimulation ovarienne et deux femmes ayant eu recours à l'insémination artificielle, toutes étant exemptes de TCA ;
- le troisième constitué de femmes devenues enceintes de façon spontanée et exemptes de TCA.

Parmi les sept femmes composant le groupe « étude de cas », nous n'avons pu réaliser l'étape post-natale avec trois d'entre elles, deux n'ayant pas répondu à nos appels et l'une ayant souhaité arrêter la recherche suite à l'hospitalisation de son enfant après l'accouchement.

Parmi les sept femmes constituant le groupe « contrôle 1 », nous n'avons pu réaliser l'étape post-natale de la recherche avec une seule patiente, celle-ci n'ayant pas répondu à nos appels.

Quant aux femmes du groupe « contrôle 2 », elles ont toutes participé aux quatre étapes de cette recherche.

Les données sont présentées lors dans les tableaux 9,10 et 11 respectivement.

Tableau 9 : groupe « étude de cas » pompe à GnRH

	IMC le plus bas	IMC début de grossesse	Poids pris pendant la grossesse	IMC fin de grossesse/ post-partum immédiat	Traitement pour un TCA	Etapes de la recherche réalisées	Nombre d'enfants avant grossesse actuelle
Mme A 30 ans	15, en PP	17,3	5kg	19/15	non	toutes les étapes	0
Mme B 35 ans	13,6	17,2	7kg	16,8	oui	toutes les étapes	1, par pompe
Mme C 34 ans	18,2	19,6	13kg	24,2/21,4	non	toutes les étapes	0
Mme D 34 ans	18,1	18,8	10kg	22,6/19,9	non	toutes les étapes	0
Mme E 33 ans	15,6	17,8	8kg environ	-	non	pas d'envoi de questionnaire du PP	2, par pompe
Mme F 33 ans	15,6	18,2	9kg environ	-	oui	pas de réponse pour PP	2, par pompe
Mme G 31 ans	16,4	16,4	3kg	17,3	non	enfant hospitalisé en PP	0

Tableau 10 : groupe « contrôle 1 » PMA

	PMA	IMC le plus bas	IMC début de grossesse	Poids pris pendant la grossesse	IMC fin de grossesse/ PP imm	Étapes de la recherche réalisées	nombre d'enfants avant grossesse actuelle
Mme H 41 ans	stimulation ovarienne (SO)+ insemination artificielle (IA)	20,5	24,2	17kg	30,5/25,7	toutes les étapes	1, SO
Mme I 33 ans	IA	23	17,2	12kg	27,5/25,6	toutes les étapes	0
Mme J 33 ans	SO + IA	20,4	24,1	10kg	27,4/24,1	toutes les étapes	0
Mme K 33 ans	SO + IA	24,6	28,7	9kg	31,2/29,3	toutes les étapes	0
Mme L 36 ans	SO + IA	22,7	25,6	3kg	-	pas de réponse dans le PP	0
Mme M 32 ans	SO	20,7	21,4	12kg	25,7/21,4	toutes les étapes	0
Mme N 34 ans	IA	19,3	19,6	12	23,7/21,3	toutes les étapes	0

Tableau 11 : groupe « contrôle 2 » grossesse spontanée

	IMC le plus bas	IMC début de grossesse	Poids pris pendant la grossesse	IMC fin de grossesse/ PP imm	Etapes de la recherche réalisées	nombre d'enfants avant la grossesse actuelle
Mme O 27 ans	19,1	21,3	20kg	28,1/22,6	toutes les étapes	0
Mme P 29 ans	18,9	21,5	10kg	24,6/21,5	toutes les étapes	0
Mme Q 29 ans	19,5	22	12kg	26,2/23,7	toutes les étapes	0
Mme R 30 ans	20,9	22,9	12kg	26,8/24,8	toutes les étapes	0
Mme S 37 ans	19,7	21,3	15kg	26,4/23,0	toutes les étapes	1, grossesse spontanée
Mme T 35 ans	20,6	22	13	26,4/22,2	toutes les étapes	1, grossesse spontanée
Mme U 34 ans	18,8	21,6	9kg	25,2/22,8	toutes les étapes	0

a) L'anxiété

Tableau 12 : groupe « étude de cas » / anxiété (STAI)

	Anxiété Etat	Définition	Anxiété Trait	Définition
Mme A	56	<i>élevé</i>	59	<i>élevé</i>
Mme B	23	très faible	21	très faible
Mme C	32	très faible	35	très faible
Mme D	33	très faible	32	très faible
Mme E	23	très faible	21	très faible
Mme F	29	très faible	44	<i>faible</i>
Mme G	31	très faible	33	très faible

Tableau 13 : groupe « contrôle 1 » / anxiété (STAI)

	Anxiété Etat	Définition	Anxiété Trait	Définition
Mme H	27	très faible	31	très faible
Mme I	22	très faible	28	très faible
Mme J	41	<i>faible</i>	45	<i>faible</i>
Mme K	27	très faible	30	très faible
Mme L	44	<i>faible</i>	47	<i>moyen</i>
Mme M	33	très faible	27	très faible
Mme N	25	très faible	26	très faible

Tableau 14 : groupe « contrôle 2 » / anxiété (STAI)

	Anxiété Etat	Définition	Anxiété Trait	Définition
Mme O	29	très faible	29	très faible
Mme P	22	très faible	39	<i>faible</i>
Mme Q	20	très faible	24	très faible
Mme R	30	très faible	32	très faible
Mme S	31	très faible	27	très faible
Mme T	25	très faible	26	très faible
Mme U	24	très faible	26	très faible

En ce qui concerne le groupe « étude de cas », seule Mme A a révélé un état et un trait de symptomatologie anxieuse, tous les deux correspondant à un niveau *élevé*. Une autre femme, Mme F, présente un trait de symptomatologie anxieuse, ceci à un niveau *faible*. Cette patiente, comme nous le verrons dans l'étude des cas cliniques, est celle qui nous a fait part de TOC dans le passé (durant une longue partie de son enfance et de son adolescence).

En ce qui concerne la symptomatologie relevant d'un état et/ou d'un trait anxieux chez les femmes du groupe « contrôle 1 », les résultats sont majorés, une patiente, Mme K, présentant un état et un trait d'une symptomatologie anxieuse, tous deux d'un niveau *faible*, et une autre, Mme L, présentant un état de symptomatologie anxieuse niveau *faible* et un trait de symptomatologie anxieuse niveau *moyen*.

Parmi les femmes du groupe « contrôle 2 », une seule patiente, Mme P, a répondu positivement en ce qui concerne un trait de symptomatologie anxieuse niveau *faible*.

b) L'alexithymie

Tableau 15 : groupe « étude de cas » / alexithymie (BVAQ)

	BVAQ	Définition
Mme A	106	<i>Alexithymie</i>
Mme B	87	pas d'alexithymie
Mme C	106	<i>alexithymie</i>
Mme D	82	pas d'alexithymie
Mme E	105	<i>Alexithymie</i>
Mme F	102	pas d'alexithymie
Mme G	104	<i>alexithymie</i>

Tableau 16 : groupe « contrôle 1 » / alexithymie (BVAQ)

	BVAQ	Définition
Mme H	61	pas d'alexithymie
Mme I	106	<i>Alexithymie</i>
Mme J	97	pas d'alexithymie
Mme K	102	pas d'alexithymie
Mme L	89	pas d'alexithymie
Mme M	96	pas d'alexithymie
Mme N	93	pas d'alexithymie

Tableau 17 : groupe « contrôle 2 » / alexithymie (BVAQ)

	BVAQ	Définition
Mme O	71	pas d'alexithymie
Mme P	95	pas d'alexithymie
Mme Q	78	pas d'alexithymie
Mme R	96	pas d'alexithymie
Mme S	93	pas d'alexithymie
Mme T	83	pas d'alexithymie
Mme U	70	pas d'alexithymie

Parmi les sept femmes constituant le groupe « étude de cas », quatre remplissent les critères indiquant la présence d'une alexithymie. Par ailleurs, une cinquième patiente, Mme F, présente un score à la limite d'une évaluation positive d'alexithymie.

Parmi les sept femmes constituant le groupe « contrôle 1 », une seule femme, Mme I, présente les critères diagnostiques pour une alexithymie.

Pour ce qui est du groupe « contrôle 2 », aucune de ces femmes ne remplit les critères diagnostiques d'une alexithymie.

c) L'anxiété et la dépression :

Tableau 18 : groupe « étude de cas » / anxiété et dépression (HAD)

	Anxiété	définition	Dépression	définition
Mme A	12	<i>symptomatologie certaine</i>	8	<i>symptomatologie douteuse</i>
Mme B	6	absence d'anxiété	1	absence de dépression
Mme C	4	absence d'anxiété	1	absence de dépression
Mme D	5	absence d'anxiété	2	absence de dépression
Mme E	3	absence d'anxiété	0	absence de dépression
Mme F	9	<i>symptomatologie douteuse</i>	6	absence de dépression
Mme G	10	<i>symptomatologie douteuse</i>	5	absence de dépression

Tableau 19 : groupe « contrôle 1 » : anxiété et dépression (HAD)

	Anxiété	définition	Dépression	définition
Mme H	4	absence d'anxiété	5	absence de dépression
Mme I	3	absence d'anxiété	2	absence de dépression
Mme J	4	absence d'anxiété	2	absence de dépression
Mme K	4	absence d'anxiété	3	absence de dépression
Mme L	8	<i>symptomatologie douteuse</i>	5	absence de dépression
Mme M	3	absence d'anxiété	1	absence de dépression
Mme N	2	absence d'anxiété	0	absence de dépression

Tableau 20 : groupe « contrôle 2 » / anxiété et dépression (HAD)

	Anxiété	définition	Dépression	Définition
Mme O	6	absence d'anxiété	2	absence de dépression
Mme P	5	absence d'anxiété	0	absence de dépression
Mme Q	5	absence d'anxiété	1	absence de dépression
Mme R	5	absence d'anxiété	2	absence de dépression
Mme S	6	absence d'anxiété	2	absence de dépression
Mme T	5	absence d'anxiété	2	absence de dépression
Mme U	5	absence d'anxiété	1	absence de dépression

Nous constatons que, parmi les sept femmes du groupe « étude de cas », seule Mme A révèle une *symptomatologie certaine* d'anxiété, deux autres femmes, Mme F et Mme G, révélant une *symptomatologie douteuse* d'anxiété. Mme A est par ailleurs la seule à avoir obtenu un score de *symptomatologie douteuse* de dépression parmi les 21 femmes des trois groupes. Notons aussi que Mme A et Mme G avaient obtenu un résultat positif au questionnaire STAI.

En ce qui concerne le groupe « contrôle 1 », une seule femme remplit les critères pour une *symptomatologie douteuse* d'anxiété, celle-ci étant là aussi la même qui avait répondu positivement à un état anxieux (de niveau faible) et à un trait anxieux (de niveau moyen) lors du questionnaire STAI.

En ce qui concerne le groupe « contrôle 2 », aucune femme ne remplit ces critères.

d) Attachement prénatal

Tableau 21 : groupe « étude de cas » / PAI

	PAI
Mme A	47
Mme B	62
Mme C	57
Mme D	58
Mme E	71
Mme F	67
Mme G	62

Tableau 22 : groupe « contrôle 1 » / PAI

	PAI
Mme H	64
Mme I	54
Mme J	60
Mme K	71
Mme L	39
Mme M	71
Mme N	58

Tableau 23 : groupe « contrôle 2 » / PAI

	PAI
Mme O	81
Mme P	53
Mme Q	61
Mme R	47
Mme S	50
Mme T	65
Mme U	71

Les données de la PAI constituent un outil d'évaluation de l'attachement prénatal. Néanmoins, aucun seuil n'est fixé pour mesurer cet attachement. La PAI indique seulement que son score s'échelonne entre 34 et 83, le score moyen s'établissant à 60,1 (Jurgens *et al.*, 2010).

Pour tenter d'avoir un critère de comparaison entre ces trois groupes de femmes, nous avons calculé le score moyen de la PAI pour chaque groupe.

Nous avons rencontré un score moyen de 59 (+/-12) en ce qui concerne le groupe « étude de cas » ; un score moyen de 55 (+/-16) en ce qui concerne le groupe « contrôle 1 » ; et un score moyen de 64 (+/-17) en ce qui concerne le groupe « contrôle 2 ».

e) Dépression du post-partum (EPDS)

Tableau 24 : groupe « étude de cas » / dépression du post-partum (EPDS)

	EPDS	Définition
Mme A	14	<i>dépression post-natale avérée</i>
Mme B	7	Pas de dépression du PP
Mme C	2	Pas de dépression du PP
Mme D	1	Pas de dépression du PP
Mme E	-	-
Mme F	-	-
Mme G	-	-

Tableau 25 : groupe « contrôle 1 » /dépression du post-partum (EPDS)

	EPDS	Définition
Mme H	2	Pas de dépression du PP
Mme I	2	Pas de dépression du PP
Mme J	9	Pas de dépression du PP
Mme K	1	Pas de dépression du PP
Mme L	-	-
Mme M	2	Pas de dépression du PP
Mme N	3	Pas de dépression du PP

Tableau 26 : groupe « contrôle 2 » / dépression du post-partum (EPDS)

	EPDS	Définition
Mme O	3	Pas de dépression du PP
Mme P	10	Pas de dépression du PP
Mme Q	3	Pas de dépression du PP
Mme R	9	Pas de dépression du PP
Mme S	2	Pas de dépression du PP
Mme T	3	Pas de dépression du PP
Mme U	2	Pas de dépression du PP

Nous observons que, tous groupes confondus, et parmi les dix-sept patientes ayant répondu à ce questionnaire, seule une, Mme A, présente des critères diagnostiques pour une dépression du post-partum. Cette patiente souffrant d'un TCA est celle dont l'état somatique nous paraît le plus préoccupant lors du post-partum immédiat.

f) Nouveaux-nés

Tableau 27 : groupe « étude de cas » / nouveaux-nés

	âge gestationnel	poids de naissance	taille de naissance	poids à la naissance pour âge gestationnel	sexe	allaitement
Mme A	40 sem	3,200kg	51cm	adéquat pour âge gestationnel	garçon	oui
Mme B	37 6/7	2,910kg	48cm	adéquat pour âge gestationnel	filles	oui, pendant un mois
Mme C	39 sem	3,6kg	52 cm	<i>fort pour âge gestationnel</i>	garçon	Oui
Mme D	40 sem	3,3kg	48cm	adéquat pour âge gestationnel	garçon	Oui
Mme E	-	-	-	-	filles	-
Mme F	-	-	-	-	garçon	-
Mme G	36 semaines	3,4kg	54cm	<i>fort pour âge gestationnel</i>	garçon	non, hospitalisé, pneumothorax bilatéral

Tableau 28 : groupe « contrôle 1 » / nouveaux-nés

	âge gestationnel	poids de naissance	taille de naissance	poids à la naissance pour âge gestationnel	sexe	allaitement
Mme H	38 3/7	3,100kg	51 cm	adéquat pour âge gestationnel	filles	oui
Mme I	38 2/7	3,300kg	48,5cm	adéquat pour âge gestationnel	filles	non, pas de lait
Mme J	39 sem	3,950kg	54cm	gros pour âge gestationnel	garçon	oui
Mme K	39 1/7	3,200kg	50 cm	adéquat pour âge gestationnel	filles	oui
Mme L	-	-	-	-		-
Mme M	38 sem	3,270kg	48,5cm	adéquat pour âge gestationnel	garçon	oui
Mme N	39 sem	3,100kg	49 cm	adéquat pour âge gestationnel	filles	oui

Tableau 29 : groupe « contrôle 2 » / nouveaux-nés

	âge gestationnel	poids de naissance	taille de naissance	poids à la naissance pour âge gestationnel	sexe	allaitement
Mme O	41 2/7	4,940kg	55cm	<i>fort</i> pour âge gestationnel	garçon	oui
Mme P	40 2/7	2,800kg	47cm	<i>adéquat pour</i> âge gestationnel	garçon	oui
Mme Q	39 4/7	3,500kg	50,5cm	<i>fort</i> pour âge gestationnel	garçon	oui
Mme R	39 4/7	3,200kg	49cm	<i>adéquat pour</i> âge gestationnel	filles	oui
Mme S	38 5/7	2,900kg	47cm	<i>adéquat pour</i> âge gestationnel	filles	oui
Mme T	39 2/7	3,200kg	51cm	<i>adéquat pour</i> âge gestationnel	garçon	oui
Mme U	39 sem	3,100kg	51cm	<i>adéquat pour</i> âge gestationnel	filles	oui

On considère qu'une grossesse est menée à terme quand elle comprend entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée complète.

Parmi toutes les femmes ayant participé à cette recherche, nous avons déploré un seul accouchement prématuré, celui-ci concernant le nouveau-né d'une mère appartenant au groupe « étude de cas ». L'enfant a dû être hospitalisé immédiatement après

l'accouchement en raison d'un pneumothorax bilatéral. Son poids de naissance correspondait au poids attendu pour son âge gestationnel.

La littérature internationale faisant état de faibles poids et tailles de naissance chez les enfants des femmes souffrant d'un TCA, nous avons calculé la relation entre le poids de naissance et l'âge gestationnel pour chaque nouveau-né. Les résultats n'ont révélé aucun poids de naissance pouvant être considéré comme faible en rapport à l'âge gestationnel. Par ailleurs, nous trouvons un résultat homogène sur l'ensemble des trois groupes de notre étude, un nouveau-né ayant un poids de naissance élevé pour son âge gestationnel dans chaque groupe.

En ce qui concerne l'allaitement, parmi les femmes du groupe « étude de cas », une mère n'a pu allaiter son enfant en raison de l'hospitalisation de celui-ci, et une autre n'a eu de lait que durant un mois. Dans le groupe « contrôle 1 », une seule mère relate n'avoir pas eu de lait à la maternité, tandis que dans le groupe « contrôle 2 », toutes les mères ont allaité.

Discussion des résultats de la deuxième phase

L'un de nos questionnements concernait les éventuelles influences du TCA maternel sur la grossesse et le post-partum des femmes qui en souffrent.

La présence du trouble alimentaire pendant la grossesse

Parmi les sept femmes souffrant d'un TCA et participant à notre étude, deux femmes, Mme C et Mme D, avaient au moment de la pose de la pompe à GnRH un IMC considéré comme normal.

Les cinq autres femmes relevaient en revanche d'un TCA actif (anorexie mentale). Parmi ces cinq femmes, quatre - Mme A, Mme B, Mme E, Mme F, présentaient un état de maigreur, et une - Mme G - présentait un état de maigreur extrême, avec un IMC correspondant à un état de dénutrition ou de cachexie.

Il nous paraît important de faire ici le lien entre les états somatiques et l'évolution des grossesses de ces femmes.

Mme C et Mme D sont celles qui, en plus d'avoir débuté leurs grossesses à un poids normal, ont pris le plus de poids durant leur grossesses, à savoir respectivement 13 et 10kg.

Parmi les quatre femmes présentant un état de maigreur, Mme A, dont l'IMC était de 17,3, a une prise pondérale de 5kg ; Mme B, dont l'IMC était de 17,2 en début de grossesse, a eu une prise pondérale de 7kg ; Mme E, dont l'IMC était de 17,8, a eu une prise pondérale d'environ 8kg ; et F, dont l'IMC était de 18,2, a eu une prise pondérale d'environ 9kg.

Mme G, soit la patiente présentant un état de dénutrition (IMC 16,4), a quant à elle eu une prise pondérale de 3kg seulement.

Notons au passage que l'Institut Américain de Médecine (homologue de la Haute Autorité de Santé) est le seul organisme à notre connaissance à avoir produit des recommandations en ce qui concerne la prise pondérale des femmes enceintes ayant un IMC inférieur à 18,5. Ces recommandations vont dans le sens d'une prise pondérale comprise entre 12,7kg et 18kg.

Les résultats en termes de prise pondérale des patientes du groupe « étude de cas » nous suggèrent une certaine rigidité et le maintien d'un certain contrôle alimentaire durant toute la période de la grossesse. Ceci apparaît de façon encore plus frappante si l'on compare ces résultats à ceux des deux groupes de contrôle.

En ce qui concerne le groupe « contrôle 1 », une patiente a eu une prise pondérale pouvant être perçue comme faible (5kg), mais cette "impression" semble atténuée si l'on prend en considération le fait qu'il s'agissait là d'une femme en surpoids pesant 93kg pour 1,90m. Toutefois, nous verrons par la suite que cette patiente sera bien celle des deux groupes de contrôle à présenter l'état psychique le plus préoccupant. Hormis ce cas spécifique, les autres femmes de ce groupe ont eu une prise pondérale située entre 9kg et 17kg.

Pour ce qui est du groupe « contrôle 2 », la prise pondérale se situait entre 10kg et 20kg.

L'état psychique maternel

Les résultats obtenus concernant l'anxiété chez les femmes souffrant d'un TCA révèlent, à travers l'auto-questionnaire HAD, une symptomatologie anxieuse douteuse chez trois mères du groupe « étude de cas », l'une de ces trois mères présentant par ailleurs également un trait anxieux selon l'auto-questionnaire STAI. Parmi ces mères, nous retrouvons Mme A, Mme F et Mme G dont nous avons évoqué l'état somatique préoccupant ci-dessus. Par ailleurs, une de ces femmes, Mme A, révèle également une symptomatologie douteuse concernant un éventuel état dépressif.

Dans le groupe « contrôle 1 », trois femmes révèlent simultanément un "état" et un "trait" anxieux. Dans le groupe « contrôle 2 », une seule femme a révélé un "trait" anxieux.

Ces résultats sont les plus hétérogènes de notre étude et pourraient nous amener à penser que les femmes souffrant d'un TCA présentent une propension à l'anxiété assez semblable à celle des femmes ayant eu recours à la PMA et/ou ayant eu une grossesse spontanée. Néanmoins, nous ne pouvons aborder cette question sans prendre en compte la dimension alexithymique que nous allons étudier ci-après.

Interrogations sur les inter-relations précoces mère-enfant

Les résultats et la comparaison entre les trois groupes des résultats au test BVAQ, soit en ce qui concerne l'alexithymie, nous paraît être l'une des données les plus révélatrices de toute cette partie comparative.

Parmi les 21 patientes interviewées, tous groupes confondus, cinq ont répondu positivement en ce qui concerne la présence d'une dimension alexithymique. Quatre de ces femmes appartenaient au groupe « étude de cas », représentant ainsi plus de la moitié des effectifs de ce groupe. Seule la cinquième de ces femmes présentant une alexithymie appartenait à un autre groupe, à savoir le groupe « contrôle 1 ». Ceci tend à confirmer l'une des hypothèses secondaires de notre étude.

Corcos (2005) fait l'hypothèse d'une dimension alexithymique chez les individus souffrant d'un TCA. Cette insuffisance émotionnelle primaire occuperait une dimension psychopathologique centrale dans l'organisation psychique de ces sujets et aurait pour « fonction » de les protéger contre une émergence pulsionnelle brutale et massive, celle-ci pouvant provoquer chez eux une désorganisation psychique

conséquence. L'alexithymie viendrait en quelque sorte les protéger contre tout « excès pulsionnel », notamment dans les deux moments de remaniements psychiques majeurs que sont l'adolescence et la maternité.

L'alexithymie est aussi révélatrice d'un vide identificatoire au moment des interactions précoces entre l'individu et son objet maternel. L'individu - ici la mère - n'ayant pu s'identifier et se construire à travers un imago maternel « de qualité » réprime ses émotions en vue de lutter contre une dépression essentielle. On retrouve chez les individus présentant une dimension alexithymique un comportement qui s'approche d'un mode de fonctionnement opératoire. Ce mode de fonctionnement, chez les jeunes mères de notre étude présentant une dimension alexithymique, nous amène à des interrogations voire des inquiétudes en ce qui concerne les interactions précoces entre ces mères et leurs bébés. Nous nous demandons notamment si les soins maternels seront liés à des affects *suffisamment bons*, et en conséquence : ces enfants pourront-ils s'identifier à un imago maternel « de qualité » ?

L'investissement de l'enfant et le nouveau-né

Les résultats au test PAI d'attachement prénatal à l'enfant ont montré une variance importante à l'intérieur de chaque groupe, et particulièrement dans les deux groupes contrôle. En revanche, les scores moyens de chaque groupe se sont révélés assez proches, ceux des groupes « étude de cas » et « contrôle 1 » étant toutefois légèrement en dessous du score médian de ce test, tandis que celui du groupe « contrôle 2 » s'établit un peu au-dessus de cette médiane.

Aucun seuil n'étant fixé pour mesurer l'attachement prénatal, il est difficile de tirer des conclusions de ces résultats sinon que ceux-ci, si l'on considère le score moyen de chaque groupe, ne nous semblent pas différer de façon significative selon les différents groupes étudiés.

Les poids et les tailles de naissance des nouveaux-nés des femmes du groupe « étude de cas » se sont révélés normaux, à l'exception du bébé de Mme G qui avait un poids de naissance élevé pour son âge gestationnel. Comme nous l'avons dit, celui-ci a par ailleurs été le seul à être né prématurément et a dû être hospitalisé suite à l'accouchement en raison d'un pneumothorax bilatéral.

En ce qui concerne les deux groupes de contrôle, tous les enfants sont nés à terme, trois bébés ayant un *fort* poids pour l'âge gestationnel (un dans le groupe « contrôle 1 » et deux dans le groupe « contrôle 2 »).

Partie 2 : LA RECHERCHE

Chapitre 4 - Etude de cas

Nous voulons consacrer cette partie à certaines de ces femmes souffrant d'un TCA qui se sont ouvertes à nous, et nous ont permis de mener à bien ce projet de recherche. A travers les confidences qu'elles ont pu nous apporter tout au long de notre recherche clinique, chacune de ces femmes, dans sa singularité, nous a permis de pénétrer plus ou moins profondément son intimité et de partager avec elle ce moment si personnel et bouleversant qu'est la maternité.

Il est à noter que nous avons pu suivre certaines patientes plus longtemps que d'autres, quelques-unes d'entre elles ayant souhaité se retirer de l'étude, que ce soit durant la grossesse ou après l'accouchement.

Nous avons choisi de présenter ici sept cas de femmes souffrant d'un TCA et ayant accédé à la maternité grâce à l'utilisation de la pompe à GnRH. Nous tenons à souligner que le choix de ces sept cas, au "détriment" des autres cas, nous a été très difficile, compte tenu de la richesse de chacune de ces rencontres.

Nous présenterons notamment les cas des cinq patientes dont l'état somatique se révélait le plus préoccupant à l'analyse des résultats obtenus lors de la seconde phase de notre recherche. Et il nous a semblé par ailleurs important de nous intéresser également aux cas de deux patientes ayant participé à la première phase de notre recherche mais n'ayant pas voulu poursuivre cette recherche lors de sa seconde phase.

Mme A, 30 ans, premier enfant par pompe à GnRH

« Je pense que le problème de LutrePulse, c'est qu'on n'est pas préparée à ça. Il faut vraiment avertir les gens que ça marche. »

Trouble alimentaire

Mme A nous a été adressée par son médecin endocrinologue. Normalement, le protocole que nous avons établi nous amène à un premier contact avec les patientes ayant recours à la pompe à GnRH dès le début de leur traitement. Dans le cas de Mme A ce fut différent, puisque lorsque son endocrinologue nous a parlé d'elle, celle-ci était déjà enceinte, et ce dès son deuxième cycle de traitement par pompe à GnRH. Cependant, les propos de la sage-femme qui s'occupait de son échographie nous ont interpellée : « Celle-là il faut que tu la voies, elle ne respire pas la joie d'être enceinte. »

Mme A a 30 ans. Elle est bien habillée, grande (1,73m) et mince (52kg, IMC 17,4). Elle parle avec beaucoup d'aisance et dit vouloir nous aider dans notre recherche.

Lors de cette première rencontre, elle nous confie, pour la seule et unique fois durant nos entretiens, s'être déjà interrogée à propos d'un antécédent d'anorexie mentale. Elle nous explique que tout son entourage s'inquiète : ses parents, sa mère (sic), son compagnon, son frère, ses amis..., mais qu'elle n'a jamais consulté de médecin à ce sujet. D'emblée, elle nous dit aussi : « Moi, j'ai toujours été dans le contrôle, si je mange une glace je vais prendre les escaliers, je fais juste un peu de sport à côté, c'est pour ça ; j'ai décidé de contrôler parce que je ne le compense pas. » Et elle répète à plusieurs reprises : « J'aime pas le gras, j'aime le contrôle. »

En ce qui concerne son aménorrhée, raison pour laquelle elle consulte en PMA, Mme A nous confie qu'elle n'a plus ses règles depuis 2005 : « en fait, non, j'ai eu une fois mes règles en Argentine », dit-elle en précisant qu'elle en était très étonnée et qu'elle était partie là bas visiter la famille de son compagnon. Le fait de ne pas avoir ses règles ne

l'inquiète pas du tout : « Comme j'étais hôtesse de l'air, je m'en fichais, ça m'arrangeait. On essayait de me dire : “prends 2kg”, mais je n'y arrivais pas. »

Sa perte pondérale commence en 2005 : « c'était suite à une opération pour ma thyroïde », tente-t-elle immédiatement d'expliquer. Elle est passée de 58kg (IMC 19,4) à 55kg (IMC 18,4). Son poids au moment du début de la recherche est inférieur à celui-là. Elle m'explique que c'est quelques années plus tard, après une opération pour enlever ses dents de sagesse, qu'elle a connu cette perte pondérale de « 3 ou 4 kg » et qu'elle est arrivée à peu près à son poids actuel (51 kg, IMC 17,0). Aux réponses du questionnaire, quand elle est interrogée sur son poids minimal jamais atteint, Mme A nous répond que c'était 49 kg, en 2012, mais elle ne nous donne pas plus d'explications à ce sujet. Elle ne parlera d'ailleurs plus de son poids au fil des entretiens, ni d'un possible « antécédent d'anorexie mentale ».

Premier entretien (16 SG)

Notre premier entretien a lieu à la CMME de l'hôpital Sainte-Anne. J'arrive en avance, Mme A m'attend déjà.

Elle et son compagnon sont ensemble depuis 2003. Il est argentin et ils se sont rencontrés en Australie, lorsque Mme A. est partie vivre un an là-bas, quand elle avait 18 ans. C'est elle qui l'a ramené en France, explique-t-elle. Elle n'a jamais pris de méthode contraceptive depuis qu'ils sont ensemble.

Nous parlons de sa grossesse, Mme A. est, à ce moment-là, à sa 18^{ème} SA. Elle me parle de sa grossesse comme d'un moment à peu près choisi et fait un lien entre son âge et celui de son compagnon : « 30 ans c'est un bel âge pour être enceinte, sinon tout ce qu'on fait c'est voyager, voyager, voyager. C'est un pas qu'il faut faire dans sa vie, en plus je crois que mon mari sera un bon papa, plus que moi, je suis plutôt égoïste. Il a 36 ans, il faut le faire là ». Elle veut aussi avoir deux enfants, c'est « pour le bien-être de la planète », car elle ne veut pas « surpeupler le monde ».

Mme A. n'imagine pas de prénom pour son enfant, ni qu'il puisse être dans leur appartement « si petit ». Elle n'achète rien pour son enfant car il n'y a pas la place et surtout elle ne veut pas acheter « ces jeux qui sont plus grands que l'enfant ».

De ses parents, Mme A parle très peu. C'est sa mère qui revient à trois reprises lors de cet entretien. Elle nous dit que sa mère avait 36 ans lorsqu'elle est née, qu'« elle était la plus vieille » à aller la chercher à l'école. Sa mère est médecin généraliste, et elle explique que c'est pour cela qu'elle ne va jamais voir d'autres médecins, « ce qui n'est pas bon parce qu'elle ne me voit pas de la même façon ». Mais elle préfère tout de même ne pas consulter, d'ailleurs « les gynécologues et les endocrinologues, jamais, jamais, jamais ». Par ailleurs, sa mère lui a conseillé de ne parler à personne de sa grossesse jusqu'au 3^{ème} mois.

A l'issue de l'entretien, nous lui rappelons que la fois précédente, elle semblait un peu étonnée d'être devenue enceinte aussi vite. Elle nous dit : « C'est vrai, je l'ai su à deux semaines, lorsque je n'ai plus eu mes règles, c'était très tôt. Ce n'était pas mon corps qui me l'a dit, à aucun moment mon corps ne m'a donné des signaux. En plus il y a cette histoire d'attendre trois mois, je ne pouvais pas sortir sinon j'allais me faire griller, car je ne pouvais pas boire. Je pense que dès que l'on est enceinte, il faut le dire. Je suis contente, mais j'ai trop mal au cœur, mon mari serait content si je faisais un sourire. »

Concernant sa démarche d'aller consulter un endocrinologue, nous lui demandons comment cette décision a été prise : « j'avais peur de ne pas pouvoir donner un enfant à mon mari, c'est surtout pour lui que je fais ça. »

Deuxième et troisième entretiens (28SG - 32SG)

Ces deux entretiens ont lieu chez Mme A., à sa demande.

Ces entretiens sont plus longs que d'habitude, comme si Mme A. avait envie de parler et besoin de ce moment d'expression... Nous l'interrompons très peu, excepté à certains moments et juste pour l'aider à construire son discours. Il nous semble d'ailleurs intéressant de transcrire ici quelques parties de ce discours dans leur quasi-intégralité.

La pompe à GnRH et la grossesse

Ainsi, parlant de l'avènement de sa grossesse : « J'étais déboussolée. Pourtant j'avais tout fait pour être enceinte, mais je ne m'y attendais pas (...) Oui c'est vrai, je n'ai pas eu mes règles, mais je suis tellement habituée à ne pas avoir mes règles... J'ai un peu paniqué, d'un coup il y a tout qui me tombe dessus. C'est vrai que quand on m'a mis

Lutrepulse (la pompe à GnRH, ndlr), oui c'est vrai que j'avais envie d'un enfant, mais je n'avais pas envie d'un enfant tout de suite, et je pense que ça les médecins ne l'ont pas trop compris. Donc, du coup, mon mari... voilà, il pense qu'au niveau pédagogie, on aurait dû être un peu plus pris en charge. » Elle dit que ça a dû être certainement « un quiproquo » entre son endocrinologue et elle, mais que « c'est très bien comme ça ».

Nous lui disons alors que d'autres patientes nous ont également rapporté que le processus avait été un peu trop rapide pour elles. Elle nous répond en s'exclamant : « mais c'est ça ! », et nous explique qu'il y a certainement eu un problème de communication entre son endocrinologue et elle-même : « En fait les médecins nous posent la question : “vous voulez un enfant ou vous voulez pas un enfant ?” Bien sûr que je veux un enfant, mais c'est pas ça la question. La question c'est que depuis cinq ans je veux un enfant... plus tard ! Ou... je sais pas... quand j'en aurai envie. (...) Ce n'est pas qu'on n'est pas prêts, c'est que nous, tout ce qu'on veut, c'est être normales et, le jour où on veut avoir un enfant, avoir la possibilité de le faire. »

Elle explique ensuite qu'elle ne rejette pas la « faute » sur les médecins, qu'elle ne leur reproche pas de l'avoir installée, la « machine », mais que, comme elle vient de nous le dire, elle pense qu'il y a eu un problème de communication et un certain manque de pédagogie : « Je pense que le problème de *Lutrepulse*, c'est qu'on n'est pas préparées à ça. Il faut vraiment avertir les gens que ça marche. C'est super comme méthode, il faut juste prévenir que ça marche, et qu'avec cet appareil... alors vous êtes une femme, vous êtes vraiment redevenue une femme. Et donc avec cet appareil vous allez devoir vous comporter comme une dame qui veut un enfant. Donc le jour où vous êtes féconde, il faut faire attention, et se protéger si vous en voulez pas. Genre, si vous êtes féconde le 11, le 12 et le 13, il faudra y penser avant si vous avez des rapports le 11, par exemple. Car vous risquez vraiment, vraiment d'être enceinte, et là vous risquez d'avoir un bébé. »

L'interrogeant sur la question du « être une femme » qu'elle vient d'évoquer, elle nous répond que c'était bien là sa démarche, qui relèverait plutôt de l'ordre de la curiosité : « C'est pour ça qu'on va voir ces spécialistes, on veut juste savoir quand on peut avoir un petit... C'est juste une curiosité de savoir si on peut être normales. » Elle ajoute qu'elle voulait juste que les médecins lui disent : « Ne vous inquiétez pas, si on vous met cet appareil, vous allez fonctionner comme les dames qui ont leur règles

fonctionnent. Voilà, c'est tout. »

Par la suite, Mme A évoque le fait qu'elle venait de trouver un nouvel emploi lorsqu'elle est devenue enceinte, qu'elle était heureuse de ce nouveau poste qui allait améliorer son CV, et que si les médecins lui avaient « vraiment » expliqué qu'elle « risquait d'avoir un enfant », elle aurait peut-être réfléchi avant d'avoir des rapports avec son mari.

Concernant le début de sa grossesse, elle dit s'être sentie « perdue et seule » : « je pleurais, on pleure pour rien, on a l'impression qu'on se sent seule, on se sent pas à la hauteur et puis... *on est triste de ne pas être heureuse, je pense que c'est ça en fait* ». Etant à Paris et sa famille dans le Sud, elle ressentait comme un manque de ne pas être avec ses amis d'enfance et sa famille. Elle répète plusieurs fois qu'elle avait alors eu besoin « d'être soutenue » et que ses amies de Paris n'ont pas « su la soutenir ». Elle raconte d'ailleurs avoir fait un rêve qui l'a faite se réveiller en larmes. Elle a rêvé de son enfance, de quand elle prenait le bateau pour aller se promener avec sa famille. Elle a pu même sentir l'odeur de la mer. Ce moment de réminiscences enfantines, comme elle même l'appelle, fut pour elle l'un des moments de plus grande émotion de sa grossesse.

La relation avec ses parents pendant la grossesse

Elle aurait aimé surtout que sa mère soit plus proche d'elle, celle-ci revenant d'ailleurs plusieurs fois dans son discours. Elle décrit sa mère comme étant plutôt froide, pas câline, et sa relation avec elle comme une relation dans laquelle elles n'ont pas l'habitude de dire « je t'aime » ou de « se serrer fort dans les bras ». Elle aurait aimé que sa mère devienne plus chaleureuse pendant sa grossesse, qu'elles aillent ensemble faire les magasins, acheter des habits... « J'aurais aimé qu'elle me pousse peut-être. Mais en même temps, c'est vrai aussi que j'aurais pu l'envoyer "bouler" si elle le faisait. » Par ailleurs, elle décrit sa mère comme quelqu'un qui lui a donné une éducation « parfaite », celle qu'elle aimerait transmettre à son enfant : « Elle n'a pas fait de fausse note, je n'ai pas de souvenir qu'elle ne m'ait pas pris dans ses bras, elle a dû le faire, elle le fait aujourd'hui. » Il semble que c'est en grandissant qu'elle s'est rendue compte de la froideur de sa mère : « Je n'ai pas ce souvenir d'avoir eu une maman froide. Je sais qu'elle l'est par rapport aux autres, je sais qu'elle impressionne. C'est une femme élégante, qui a eu ses enfants plus tard que tout le monde, forcément quand elle venait

nous chercher à l'école elle ne se mélangeait pas avec les Français beaufs du village (...)
Elle impressionne et est froide, on n'a pas forcément envie d'aller vers elle je pense,
parce qu'elle a tellement de présence... mais voilà après c'est quelqu'un qui aime
déconner, qui aime la vie, qui aime danser. »

Elles s'appellent tous les jours, « mais pour se raconter des choses banales, ce
n'est pas l'euphorie au téléphone, comme on aimerait entendre “ah, tiens, quand le petit
sera là, on fera ci, on fera ça...” Non, nous on parle du présent. Je pense qu'un peu de
projection c'est important, je pense que c'est ça qui me manque, qu'avec ma mère c'est
ça qui me manque, de me projeter avec elle. »

Quant à son père, elle le sent « plus impliqué » dans sa grossesse. Il lui demande:
« alors, comment va le bébé ? ». Aussi, elle le décrit comme étant quelqu'un de plus
détendu : « C'est un clown, mais après c'est pareil, j'ai appris un peu les choses en
grandissant, il a du mal à dire “je t'aime”, du mal à s'exprimer. Son père ne parlait pas
beaucoup, il était très froid et ne disait rien. Sa mère... c'est des Italiens, sa mère préférerait
aller faire le ragot italien à droite et à gauche. (...) Là en vieillissant, je me rends compte
qu'il avait plus le côté de sa mère, mais là il devient plus comme son père que je n'ai pas
connu. Mais à la base c'était un GO dans le Club Med, c'était un déconneur. Ils se sont
rencontrés en Guadeloupe. »

Nous lui faisons la remarque qu'il semble y avoir des ressemblances entre
l'histoire de ses parents et sa propre histoire avec son mari. Elle nous répond que son mari
fait assez souvent ce rapprochement : lui et son père travaillent dans le tourisme, les deux
ont beaucoup voyagé avant de s'arrêter, son père en Guadeloupe, où il a rencontré sa
mère, et son mari à Sydney, où il l'a rencontrée elle. Aussi, la différence d'âge est la
même, « sauf qu'à l'envers, c'est ma mère qui est plus vieille ». C'est aussi elle qui
« porte les culottes », tient-elle à préciser. Et elle continue en disant que son mari « pète
un cable » avec elle comme son père le fait avec sa mère, et qu'elle est comme sa mère
« un peu stressée et froide », pendant que son mari est comme son père « cool et
réfléchi ». Elle nous dit enfin qu'elle et son mari sont comme « fiers » de ces similitudes,
même si elle « ne sait pas pourquoi ».

Evoquant son enfance, Mme A dit que c'était très bien, qu'il y avait un bon
équilibre entre sa mère et son père, et qu'elle était « sage, mais allait beaucoup voir et

discuter avec les autres ». Elle n'a jamais fait de « bêtise » par « respect » pour sa mère, et il n'y a jamais eu « de grosse dispute », ni entre ses parents, ni entre elle et ses parents.

L'enfant à venir

Concernant l'enfant à venir, Mme A nous dit que malheureusement, depuis le début de sa grossesse, elle n'a pas su se projeter. Ce n'est que depuis le sixième mois que « ça existe » pour elle et qu'elle s'aperçoit plus de la présence de l'enfant en elle : « Je lui parle quand même, tous les jours je lui fais une heure de guitare. » Elle lui chante des morceaux doux, comme du Pink Floyd. Elle dit le faire car elle « sait » qu'il faut le faire : « si je sais qu'il y a une relation, c'est que je sais qu'il faut qu'il y ait une relation, c'est dommage. »

L'accouchement n'est pas prévu ni fantasmé : « ça sert à rien de l'imaginer si ça passe pas comme on l'imagine. » Elle a décidé de ne pas aller voir de sage-femme pour faire la préparation non plus, et compte s'informer à travers des vidéos sur You Tube. Une seule projection est apparue, à savoir l'arrivée de sa mère deux semaines après l'accouchement : « Par rapport à tout ce que je vous ai dit, je me dis là que moi qui ai attendu inconsciemment, je vais voir comment elle va être avec bébé, et là elle l'aura que pour elle. Car quand on ira chez elle, il y aura papa, il y aura mon frère, voilà il y aura plus de monde, elle n'aura pas ce moment intime avec mon fils. »

Le prénom de l'enfant a déjà été choisi, un prénom latin très répandu dans le pays de son mari. Mme A l'a accepté sans problème. Néanmoins, s'il était roux, comme son père il devrait s'appeler Samuel car tous les roux qu'elle connaît portent ce prénom.

Quatrième entretien : le post-partum

Mme A a pris 5kg durant sa grossesse mais, lors de notre dernière rencontre, elle s'avère beaucoup plus maigre qu'avant le début de cette grossesse. Ayant perdu 12 kg lors du post-partum immédiat, son poids est descendu à 45kg, ce qui lui fait un IMC de 15. C'est le poids le plus bas qu'elle ait jamais atteint de toute sa vie. Elle reconnaît n'avoir jamais été aussi maigre mais nous dit que « c'est à cause de sa thyroïde ».

Son enfant est né le jour de son terme, avec une taille et un poids normaux. Mme A. relate un accouchement très calme, mais n'exprime pas beaucoup d'affects par rapport

à ce moment.

De la vie avec son bébé, Mme A nous dit que tout est très calme aussi, qu'elle reste beaucoup toute seule à la maison, que le bébé dort beaucoup, et qu'elle a « l'impression d'oublier qu'il existe lorsqu'il dort ».

Notre dernier entretien a lieu chez son oncle, elle et son mari ayant vendu leur appartement à Paris en vue d'un déménagement dans le Sud près de sa famille. Durant cet entretien, nous sommes restées dans le salon, tandis que le bébé se trouvait dans la chambre à côté. La porte de la chambre était fermée, comme la lumière et la fenêtre. Quand nous sommes rentrées afin qu'elle nous montre son enfant, il était réveillé et pleurait un peu.

Discussion

La question du contrôle nous a paru, depuis le début de ces entretiens, comme étant pour Mme A. un besoin fondamental dans sa constitution en tant que sujet. Nous avons en somme l'impression que Mme A se construit, psychiquement parlant, autour de ce contrôle et de cette rigidité. Et plus précisément, il nous semble qu'elle se protège, psychiquement parlant, à travers ce contrôle et cette rigidité, comme s'ils étaient sa seule « solution possible » pour lutter contre des mouvements pulsionnels débordants.

Les remaniements psychiques engendrés lors de la grossesse ne seront pas sans conséquence sur Mme A. Comme nous l'avons vu, elle nous parle assez longuement de ce « problème de communication » entre elle et son endocrinologue. Comme elle nous l'explique dans son discours, elle ne voulait pas vraiment devenir enceinte, mais seulement savoir si elle pouvait *devenir une femme*.

Ce processus que Mme A appelle *devenir une femme* sera vécu par elle d'une façon assez mélancolique voire douloureuse pendant toute cette période périnatale. Elle nous dit ne pas se sentir soutenue par ses amis à Paris, ni pas sa mère. Elle nous dit aussi ressentir le besoin d'être avec ses amis d'enfance. Mme A nous rapporte ainsi comme étant son rêve le plus important et riche en émotions cette scène où elle part en bateau avec sa famille. Une scène qui la renvoie en un lieu et un temps sécurisants, ceux de son enfance.

Mme B, 35 ans, 2^{ème} enfant par pompe à GnRH

« On le savait, je le savais, qu'il voulait des enfants. »

Nous connaissions déjà Mme B en tant que patiente à la CMME (Hôpital Sainte-Anne), c'est d'ailleurs elle qui, la première, nous a montré la pompe à GnRH, nous expliquant combien c'était « génial ».

En effet, à l'époque (2010), son endocrinologue nous l'avait adressée, ayant un doute concernant son anorexie mentale. Elle est donc venue en consultation. Le diagnostic d'anorexie mentale a été confirmé.

Trouble alimentaire

Mme B a eu ses règles très tôt, à l'âge de 11 ans. Elle a commencé à prendre la pilule à l'âge de 16 ans et a continué sans jamais arrêter jusqu'à l'âge de 30 ans. C'est à l'arrêt de cette méthode contraceptive, quand Mme B commence à envisager avec son mari d'avoir un enfant, qu'elle se « rend compte » de son aménorrhée. Elle a attendu ses règles pendant un an et demi.

Jusqu'à ses 25 ans, Mme B n'avait jamais dépassé 40Kg (IMC 15,6). C'est à l'âge de 20 ans qu'elle fait un régime et atteint son poids le plus bas, 35kg (IMC 13,7). Elle était en classe prépa et était « persuadée » que les filles étaient « plus minces, plus maigres » qu'elle. Elle dit que cela n'a duré que quelques mois et qu'ensuite elle a eu une reprise pondérale jusqu'à 39/40kg (IMC 15,2/15,6) environ.

Mme B aurait consulté un « pédopsychiatre » à l'âge de 25 ans, qui lui aurait dit qu'elle souffrait d'une anorexie mentale, mais elle nous explique qu'elle n'était pas « très réceptive à cette époque » et nous ne donne pas plus de détails.

Premier entretien (16 SG)

Mme B est enceinte de son deuxième enfant par pompe à GnRH. En couple avec son mari depuis 16 ans, elle nous dit qu'elle savait que cela arriverait : « On le savait, je savais, qu'il voulait des enfants. »

La première grossesse

En ce qui concerne sa première grossesse, l'endocrinologue de Mme B lui a conseillé un suivi à l'Unité TCA de la CMME, à l'hôpital Sainte-Anne, et une prise pondérale de 3kg environ. Mme B passe de 42kg (IMC 16,4) à 45 kg (IMC 17,6), avant de débiter son traitement par pompe à GnRH.

Les deux premiers cycles de traitement par pompe à GnRH de Mme B ne donnent pas de résultat. L'équipe médicale s'interroge alors sur un problème éventuel d'infertilité chez son mari. Cette infertilité se confirme et une insémination artificielle est effectuée en parallèle au traitement par pompe à GnRH. Cette association fonctionne dès la première tentative.

Mme B relate une première grossesse très facile et simple. Elle nous explique pourtant qu'elle a dû se faire arrêter un mois et demi environ avant son congé maternité à cause d'un travail très prenant, mais ne nous donne pas plus de précisions. Elle nous dit aussi avoir vécu un « tout petit » moment de tristesse, environ trois jours après avoir accouché : « Je pense que c'est justement cette peur de l'inconnu, (...) de voir cet être vivant et d'avoir plein de responsabilités. »

Mme B a enregistré durant cette première grossesse une prise pondérale de 7kg, son poids s'élevant à 52kg (IMC 20,3) au moment de l'accouchement. Son premier enfant est né 23 jours avant le terme, avec 48,5cm et 2,850kg. Il a été allaité pendant deux mois, soit le temps durant lequel Mme B a eu du lait. Immédiatement après l'accouchement, Mme B avait déjà reperdu tout le poids pris pendant la grossesse, et même « plus qu'avant d'être enceinte ». Aujourd'hui cet enfant a un poids et une taille normaux. Par ailleurs, Mme B nous dit qu'elle-même avait été allaitée pendant trois semaines seulement par sa mère, car elle (Mme B) aurait « chopé » une bactérie du type « gastro » et vomissait beaucoup.

Deuxième et troisième entretiens (28SG - 32SG)

L'enfance et l'adolescence

Mme B nous parle assez longuement et avec beaucoup de détails de son enfance. C'est en outre le seul moment où son discours prend une tonalité triste.

Mme B est fille unique. Elle raconte que ses parents se « disputaient beaucoup », qu'il y avait « beaucoup de tension » entre eux quand elle était petite. Sa mère, qui est sage-femme, se « réfugiait donc dans le boulot. » Quant à son père, elle le voyait « déjà très peu ».

Sa mère l'envoyait souvent chez sa grand-mère, trouvant que « c'était une ambiance plus calme ». La maison de sa grand-mère était à côté de son école primaire, de son collège et de son lycée, et elle s'est habituée à y rentrer, sans pourtant n'y avoir jamais vraiment habité. De sa grand-mère, Mme B nous parlera pourtant très peu, précisant juste que lorsqu'elle était malade, avant son décès, elle avait peur de sa fille (c'est-à-dire de la mère de Mme B).

A l'âge de « neuf ou dix ans », les parents de Mme B divorcent. Quand elle avait onze ans, sa mère « se met avec le gynécologue de la clinique où elle travaillait, 22 ans plus âgé qu'elle ». Elle ne nous donne pas plus de détails sur cette période, mais elle ajoute que, comme il était beaucoup plus âgé que sa mère, « elle s'emmerdait avec lui », s'excusant d'utiliser ce mot.

Mme B dit qu'elle a toujours été très sage à l'école et qu'elle essayait d'avoir de bons résultats. Elle pense savoir que c'est à cause de sa mère et de cette relation qu'elle était comme ça, « dans le contrôle » et « transparente ». Elle répète ce terme plusieurs fois au cours de l'entretien : « Il fallait que je sois transparente. » Elle devait « perturber » et « déranger le moins possible ». Sa mère était « très stressée » et ça la rassurait qu'elle soit « bonne élève, une jeune fille plutôt rangée, avec laquelle il ne se passait pas grande chose ». Elle pensait donner de la sécurité à sa mère en se comportant ainsi : « Elle avait besoin de ça car comme elle habitait toute seule et elle était pas mal stressée avec son travail, elle se créait pas mal de problèmes dans sa vie. Je pense qu'elle se disait 'si en plus ma fille a des soucis ou a des problèmes, ça va encore plus me stresser'. »

La relation avec ses parents

Quand Mme B a rencontré son mari à l'âge de 19 ans, elle pense que cela a été très difficile pour sa mère. Elle suppose que celle-ci ne voulait pas la voir faire sa vie avec un « autre homme ». Pourtant, considérant comment sa mère la traitait, « il fallait qu'elle fasse sa vie aussi ».

La mère de Mme B est décrite comme quelqu'un de « très égoïste », qui a « un caractère très difficile » et qui s'intéresse beaucoup à l'argent. Néanmoins, lors de sa première grossesse, sa mère et son beau-père étaient venus à Paris et avaient loué un appartement près du sien. La mort de son beau-père l'aurait d'ailleurs rendue « particulièrement difficile et presque méchante », avec parfois des « réactions violentes ». Elle pense que son beau-père faisait office de « filtre », de « tampon » entre sa mère et son entourage, celui-ci - « le pauvre » - prenant les « coups » dans la vie quotidienne lorsqu'elle était « énervée ou mal lunée ». De fait, quand il est décédé, la situation n'a fait qu'empirer.

Mme B dit par ailleurs qu'il est très difficile d'avoir une « relation saine » avec sa mère, car celle-ci dit toujours faire ce qu'elle peut et, lorsqu'il y a le moindre souci, dit que c'est de la faute des autres.

En ce qui concerne sa relation avec son père, Mme B nous dit qu'« il ne se passe pas grande chose ». Leurs relations sont « cordiales », mais elle ne les considère pas comme des relations « entre un père et une fille ». Depuis la naissance de son premier enfant, il vient « deux ou trois fois par an à Paris, il reste un ou deux jours et il repart ».

La grossesse actuelle et l'enfant à venir

Mme B est retournée voir son endocrinologue lorsque son fils aîné « commençait à avoir un an et demi ». Au niveau pondéral, les chiffres sont similaires : Mme B pesait 42kg (IMC 16,4) et a dû prendre 2kg pour débiter le traitement, passant donc à 44kg (IMC 17,2). Elle est devenue enceinte lors du premier cycle de pompe à GnRH accouplé à une insémination artificielle. Elle dit qu'elle était « très contente » quand elle a su qu'elle était enceinte, mais qu'elle ne le « réalisait pas trop ». En outre, elle l'a vécu de la

même manière que lors de sa première grossesse, se disant : « Bon, bah, ça a l'air de fonctionner comme pour le premier, donc ça va. »

Elle fait d'ailleurs peu de distinctions entre ses deux grossesses, même si son premier enfant est un garçon et si elle attend cette fois une fille. Elle répète beaucoup avoir « l'impression de vivre une grossesse assez similaire », et ce « même au niveau du ventre », en nous parlant de la taille de celui-ci et de son ressenti de la présence de l'enfant dans son ventre.

Concernant les changements qu'aurait pu entraîner cette grossesse, Mme B nous dit que « la grossesse ça change forcément, car il y a un être qui arrive en plus. On passe d'une relation de deux à trois ou à quatre. (...) Je ne dirais pas que c'est mieux ou moins bien, mais ça change le système d'équilibre qui existait avant. »

En ce qui concerne le post-partum, comme « elle l'a déjà vécu », elle espère que ça va « bien se passer, la nuit, l'allaitement, mais c'est vrai que quand vous êtes jeune maman, c'est un peu stressant ». Néanmoins, elle se sent moins stressée que lors de la grossesse précédente.

En voyant le bébé à l'échographie, Mme B a l'impression qu'il ressemble à son aîné, « mais bon on verra ». Au niveau du « caractère » de son enfant, elle ne sait pas trop, elle dit que ce sera la « surprise », mais qu'elle pense qu'elle sera comme son fils aîné. Comme celui-ci est « calme », elle ne pense pas que sa fille sera « colérique ». C'est son mari qui se pose le plus de questions, elle ne s'en pose pas trop. Son fils aîné ressemble d'ailleurs un peu plus à son mari qu'à elle.

Nous lui demandons si elle pense qu'il existe déjà une relation entre elle et son enfant. Elle nous interroge sur le sens de notre question : « Là, dans mon ventre, vous dites ? ». Nous lui répondons par l'affirmative et elle nous dit alors : « Il y en a toujours une, mais après c'est difficile de palper, de ressentir ces sensations. Je pense que tout ce que la mère ressent, je pense que ça joue sur le développement et les sensations de l'enfant. » Nous lui demandons si elle parle avec son enfant, elle nous répond que déjà avec son autre enfant, elle ne lui parlait pas trop. Comme c'est dans son ventre et qu'elle ne la voit pas physiquement, elle a du mal : « C'est difficile pour moi de lui parler parce que j'ai l'impression de parler à un fantôme en fait, c'est un peu bizarre. »

Ils ont choisi un prénom que Mme B avait entendu peu de temps auparavant. Elle voulait un prénom peu courant. Son mari lui a dit qu'il l'aimait bien aussi.

Concernant l'accouchement, elle pense que ce sera « rapide », comme l'avait été son premier accouchement. Elle avait gardé « pas mal » des vêtements et des jeux de son fils aîné, de la naissance jusqu'au neuvième mois, car elle se disait : « si un jour j'ai un autre enfant... ». Elle a aussi « beaucoup de jeux, des tapis d'éveil et des choses colorées pour éveiller les sens de l'enfant ». Cette fois-ci, elle pense qu'elle sera moins « dans l'inconnu », que ce ne sera pas exactement comme la pédiatre ou la sage femme lui a dit, que ça va bien se passer.

Elle en tant que mère

Mme B avait déjà remarqué, en voyant la famille de son mari, que même si leurs parents sont divorcés, les relations familiales sont différentes. Depuis qu'elle est devenue mère elle-même, Mme B nous dit s'être « rendue compte » que sa relation avec sa mère n'était pas une relation « normale » et que sa mère « ne faisait rien pour elle ». Ayant maintenant elle-même un enfant, elle « n'envisage pas du tout » d'avoir une relation avec son enfant comme sa mère l'a eue avec elle, nous disant à ce propos qu'elles n'ont « pas du tout la même façon de voir les choses ».

Quatrième entretien : le post-partum

Mme B a accouché quinze jours avant le terme, son enfant, une fille, pesant 2,910 kg pour 48 ou 49 cm. En ce qui concerne sa prise pondérale, Mme B avait pris 2 kg pour la mise en place de la pompe à GnRH, sous la recommandation de son médecin endocrinologue, auxquels se sont ajoutés 7kg durant la grossesse. Lors de cette rencontre, Mme B avait déjà reperdu ces 9 kg qu'elle avait pris.

L'allaitement de sa fille n'a duré qu'un mois, Mme B n'ayant plus de lait, mais elle ne nous donne pas beaucoup plus de renseignement à ce sujet. Elle donne aujourd'hui le biberon à sa fille, à sa demande, toutes les 3 ou 4h environ.

A propos de l'arrivée de sa fille à la maison et sur sa fille elle même, Mme B nous dira seulement qu'elle est beaucoup « plus sereine » que pour son premier enfant, car elle est « moins dans l'inconnu ».

Durant cet entretien, la mère de Mme B tient beaucoup de place dans son discours. Elle était venue la voir à Paris et elle est venue « tous les jours à la maternité de 15h à 18h ». Mme B en parle comme de quelque chose de tellement insupportable pour elle qu'elle a dû dire à sa mère de partir, prétextant qu'elle devait recevoir la famille de son mari. Mme B évoque ensuite les moments difficiles qu'elle a vécus avec sa mère quand celle-ci a dû s'installer chez elle et son mari suite au décès de son beau père. Mme B nous confie que sa mère était très violente et qu'elle l'aurait frappée « à cause d'une connerie ». Ce moment sera le seul moment où nous avons vu Mme B émue.

Discussion

Les démarches pour avoir un enfant de Mme B nous interrogent, tout comme elles interrogent le Praticien Hospitalier de l'Unité TCA, Alexandra Pham-Scottez, avec qui nous avons reçu Mme B plusieurs fois en binôme, lorsque celle-ci est venue en consultation à la CMME de l'hôpital Sainte-Anne, sur recommandation de son endocrinologue.

Mme B nous paraît avoir eu une grossesse sans « débordements ». Nous avons cependant l'impression que même si elle a déjà connu une première grossesse (un garçon), il est encore difficile pour elle de se projeter dans cette relation à venir et d'investir cet enfant - cette fille - qui est dans son ventre. Tout est d'ailleurs déjà très prévu pour cet accouchement : les vêtements seront les mêmes, les jeux, tous très éducatifs, seront les mêmes, leurs vêtements de grossesse seront les mêmes. Le ressenti de son enfant dans son corps est également le même et, à l'échographie, elle trouve qu'ils ont l'air de se ressembler. La non différenciation entre ces deux moments distincts, ces deux grossesses distinctes, nous paraît ainsi protéger Mme B.

Mme E, 33 ans, 3^{ème} enfant par pompe à GnRH

« J'ai besoin de contrôler, et justement cette étape hormonale, ça m'énerve »

Tous les entretiens avec Mme E se sont déroulés chez elle, en lointaine banlieue parisienne. En nous adressant cette patiente, son endocrinologue nous a signalé qu'elle aussi aimerait savoir si elle était anorexique, car elle avait quelques soupçons à ce sujet.

Trouble alimentaire

Mme E nous explique d'emblée qu'elle n'est pas anorexique, qu'elle est ostéopathe, et qu'elle traite des patientes souffrant d'une anorexie. Par ailleurs, sa tante travaille également avec des femmes souffrant d'une anorexie ou d'une boulimie et celle-ci lui a expliqué que les anorexiques étaient « brillantes » au niveau de leurs études, ce qui n'est pas son cas : elle est « normale ».

Mme E commence par nous parler de son enfance et de son adolescence. Elle n'a jamais eu de règles au cours de sa vie. Elle nous explique qu'elle est comme ça, qu'elle n'a jamais eu d'hormones, et donc pas d'émotions : « ce sont les hormones qui gèrent tout. » A l'âge de 17 ans, elle consulte une gynécologue qui lui dit que son utérus correspond à celui d'une fille de 3 ans et qu'elle ne pourra jamais avoir d'enfant. Elle commence néanmoins à prendre la pilule contraceptive, car il lui manquait des œstrogènes, nous explique-t-elle.

Jusqu'à ses 20 ans, Mme E nous dit qu'elle était très sportive, elle faisait de la danse dans une école « très stricte », à raison de 25 heures par semaine. Elle avait aussi un corps très androgyne. Sa mère, ayant un « gros souci » avec la nourriture, « le transférait » sur elle, et l'a « toujours foutue en régime ». Jusqu'à cet âge de 20 ans, elle n'avait jamais atteint 40 kg, son poids oscillant autour de 37 kg pour 1,59 m (IMC 14,6).

A l'âge de 20 ans, Mme E subit un grave accident de voiture. Elle passa trois semaines dans le coma et resta hospitalisée durant un mois. Ayant dû arrêter la danse subitement, elle prit 10 kg, « 10kg de graisse » précise-t-elle, en moins d'un mois. Elle passa donc à environ 50 kg (IMC 19,8). Elle nous dit qu'elle ne se reconnaissait plus, et que c'était une période très dure pour elle, de par l'arrêt de la danse et de par cette prise de poids.

Suite à cet accident, et toujours à l'âge de 20 ans, Mme E a consulté un autre endocrinologue. Elle s'était toujours inquiétée du fait de ne pas pouvoir avoir d'enfant. Ce médecin lui parle de la pompe à GnRH, et la rassure en lui disant qu'elle pourra ainsi être enceinte dans le futur.

Son poids de forme actuel est de 43kg (IMC 17,0) mais, quand son mari part en mission, il descend à 42kg (IMC 16,6). Nous apprenons que Mme E se pèse tous les jours et qu'elle a un régime « particulier » : elle ne mange pas de la journée (ni le matin, ni le midi). Mais cela ne lui pose aucun problème, son mari et sa belle-mère suivant aussi ce régime.

Elle dit ne s'être jamais trouvée maigre, et que la seule personne le lui disant parfois est son mari, mais c'est pour « l'embêter ».

Premier entretien (16SG)

Mme E est déjà mère de deux enfants, tous deux conçus avec l'aide de la pompe à GnRH : une fille de six ans et un garçon de trois ans. Elle nous dit que ses deux enfants se situent sur le haut de la courbe pondérale. Elle ne se rappelle par ailleurs plus leurs tailles et poids de naissance. Ce troisième enfant, c'est plutôt son mari qui le souhaitait, considérant qu'il aurait fini de construire sa petite famille quand ils seraient « cinq ». La décision de vouloir le faire à ce moment est dûe à deux raisons spécifiques : d'une part pour que le décalage d'âge avec les deux aînés ne soit pas trop important ; d'autre part pour profiter du fait que son mari n'allait pas voyager pour son travail pendant la période des trois ans à venir. Etant militaire, il part en effet souvent en mission. Ainsi il n'était pas présent lors des premiers mois suivant les naissances des deux autres enfants.

Sa mère est homéopathe et son père ostéopathe. Comme nous l'avons déjà précisé, elle a donc le même métier que son père. Ils travaillaient d'ailleurs ensemble avant que Mme E ne déménage en raison du travail de son mari.

Ses parents reviennent à plusieurs reprises au cours de cet entretien. Notamment sa mère, qu'elle « ne supporte pas du tout » et avec qui elle a une « relation très difficile ». Elle répète le fait que sa mère lui disait « à chaque fois » de faire un régime. Celle-ci aurait un « rapport bizarre » avec la nourriture. Ainsi, « elle ne dit pas qu'elle a mangé de la viande avec des légumes, mais de la protéine avec des fibres. » Aussi, sa mère aurait fait une liposuction en raison de sa culotte de cheval.

Deuxième et troisième entretiens (28SG - 32 SG)

L'enfance

Mme E dit ne pas se souvenir de son enfance, mais surtout qu'elle ne *veut* pas s'en souvenir, ni en parler. Au fur et à mesure de l'entretien, elle parvient toutefois à s'exprimer un peu plus. Elle était « très seule », tout le temps « seule ». Elle avait un « petit chéri » au primaire, qu'elle a gardé jusqu'en CM2. Elle explique que lui aussi se sentait très seul, qu'il avait des parents divorcés et une mère aussi compliquée que la sienne, et que c'était l'une des raisons de leur rapprochement. Elle n'avait eu ensuite aucun ami ni au collège, ni au lycée, sauf en Terminale. Ses 25 heures de danse par semaine lui prenaient aussi tout son temps. Par ailleurs, elle reproche à sa mère de l'avoir gardée « enfantine ». Elle n'avait ni le droit d'aller chez ses copines, ni de les inviter chez elle. Elle était la seule que ses parents venaient récupérer à la sortie des classes. Au final, elle se sentait un peu comme « un boulet » et pense que les autres la voyaient de la même manière.

Elle nous dit s'être fait des amis dans le jardin de sa maison. Un grand jardin, d'un hectare. Dans ce jardin, il y avait donc un village et sa famille, tous imaginaires. Chaque arbre était un membre de la famille, et c'était avec eux qu'elle allait discuter et passer une bonne partie de son temps. Elle dit même se rappeler encore les prénoms donnés aux arbres : « Mon cerveau a court-circuité sur toute la partie de l'enfance. Pour moi, j'étais seule. Le souvenir que j'ai le plus c'est que j'étais seule. J'avais un imaginaire de dingue, et on avait un jardin d'un hectare grâce à mon grand-père et j'avais imaginé

toute une ville et une famille. Donc, dans les arbres j'avais des oncles, des tantes qui s'occupaient de moi. Je passais ma vie à parler toute seule et à parler à ces gens-là, je me rappelle encore très bien, même les prénoms et tout. »

L'adolescence

A l'âge de onze ans, Mme E dit avoir souffert d'attouchements de la part d'amis de ses grands-parents. Mais Mme E ne s'exprimera jamais beaucoup à ce sujet au cours des entretiens. Nous savons qu'elle a suivi une thérapie à l'âge adulte.

A l'âge de treize ans, sa famille a déménagé. Ce fut très difficile pour Mme E. En plus de quitter sa maison d'enfance, elle abandonnait aussi son petit village et ses seuls amis : « pour moi c'était atroce, je quittais toute ma vie imaginaire, c'était vraiment compliqué ».

L'adolescence semble avoir été une période encore plus difficile pour Mme E. Elle ne veut d'ailleurs pas s'en souvenir, ne veut même pas essayer de s'en rappeler : « On m'a dit que je n'aurais pas d'enfants, c'est là que j'ai eu des attouchements, en plus avec mes parents c'était de pire en pire, non... » Elle répète le mot « non » plusieurs fois à l'évocation de cette période : « Non, c'est pas une période... En fait j'ai complètement occulté toute une partie de ma vie. J'ai une mémoire de dingue mais depuis mon accident de voiture, je ne me rappelle pas et en plus je veux pas m'en souvenir. Et puis, le passé c'est le passé, donc non. En plus, aujourd'hui tout va bien. » Mme E ajoute qu'elle n'avait pas d'hormones, donc pas d'émotions, ni de poitrine, ni de crise d'adolescence, rien...

La relation avec ses parents

Les parents de Mme E reviennent encore plusieurs fois dans le discours. Elle ne s'entend pas bien avec sa mère « depuis toujours, pas seulement depuis l'adolescence ». Elle explique qu'elle n'était pas un « enfant désiré », et qu'il y avait beaucoup de « tension dans le couple ». Sa mère lui aurait dit que son père la trompait lorsqu'elle a découvert qu'elle était enceinte : « Elle a dit que mon père était resté à cause de moi et non à cause d'elle. C'était ma mère qui me l'a dit quand j'étais adolescente, alors qu'il est fou amoureux de ma mère. » Elle n'arrive pas à comprendre qu'on puisse « dire un truc pareil à des enfants ». Sa mère elle la décrit comme quelqu'un de « pourrie-gâtée », une

« gamine », et que tant elle que son père sont très « égoïstes » : « Ma mère a tout fait pour détruire la famille de mon père, il n'a plus de lien avec sa famille ni avec ses amis, je ne connais même pas le nom de mes cousines germaines. »

Suite à ses grossesses, ces relations ne se sont pas améliorées. Depuis qu'elle-même est mère, elle réalise encore d'avantage les problèmes existant dans sa relation avec sa mère : « Quand on devient maman, en gros on signe pour toute la vie, pour nos enfants, pour qu'ils soient bien. Tout est conditionné pour les enfants, même si je reste une femme... Et je savais que ce lien allait me faire prendre conscience de ce lien que je n'avais déjà pas à la base avec ma mère. »

Avec son père, elle dit avoir une « bonne relation ». Durant cinq ans, avant de déménager avec son mari, elle travaillait avec lui. Son père a toujours eu une relation conflictuelle avec sa mère, « sauf » justement quand elle travaillait avec lui, car « ça contrebalançait ». Quand ils se voyaient, Mme E prenait le « contre-pied » de tout ce que sa mère pouvait lui dire, donc son père « arrivait encore à faire son avis ». A partir du moment où Mme E a dû déménager, son père a perdu cet échange avec elle, et « donc son propre jugement », se faisant « complètement embrigader » par sa mère.

Elle a cessé de parler avec son père au cours de sa seconde grossesse. Elle explique qu'il a choisi entre elle et sa mère, et que selon elle, il n'avait pas à choisir étant donné que ces deux liens sont différents : « mais il a pris parti de sa femme ».

De ses parents, elle n'a « aucune nouvelle, aucune ». Sa mère est selon elle « complètement dans le déni ». Elle lui a envoyé un texto disant : « Je pense à toi. Maman ». Mme E n'a pas répondu à ce texto car « ça ne sert à rien, c'est que des actes » (sic), elle dit qu'« il faut le prouver ». Son père lui a envoyé un message pour son anniversaire mais « ils m'ont même pas appelée ». Son mari lui dit ne pas pouvoir imaginer une mère que n'appelle pas sa fille pendant sa grossesse, et elle même dit le comprendre « encore moins » depuis qu'elle est devenue mère. En ce qui concerne ses autres grossesses, elle dit que c'était pareil : « ils m'ont tellement déçue avec les autres grossesses que j'ai dépassé la colère ».

Les liens familiaux sont par ailleurs décrits comme baignant dans une ambiance de haine : « Ils se détestent tous, se font tous la gueule, mais ils habitent tous dans un

mouchoir de poche, et en gros ils s'appellent tous pour se dire "je te déteste". » Sa mère a rompu tout lien avec sa grand-mère. Mme E est très attachée à cette grand-mère maternelle, nous dit même qu'elle « l'adore », et que c'est son « alibi ». Elle avait d'ailleurs pensé à aller habiter avec elle lorsqu'elle a eu 18 ans, mais ne l'a jamais fait.

Elle dit avoir choisi un mari militaire, ce qui lui a permis de quitter la région et que le problème serait là : « ils ne supportent pas de voir que j'ai fait ma vie sans eux ». Aussi, elle dit avoir toujours voulu des enfants malgré son « problème ». D'ailleurs, elle affirme qu'elle savait qu'elle aurait une fille en premier, « justement pour rompre ce chemin de famille, de génération en génération, justement pour casser ça ». Elle dit enfin ne pas avoir « envie de couper les ponts » avec sa famille car elle ne veut pas montrer à ses enfants que « c'est possible de couper les liens d'avec ses parents », ça lui paraît « dément ».

Concernant cette troisième grossesse par pompe à GnRH, Mme E nous dit, comme nous l'avons déjà évoqué, que c'est son mari qui la voulait le plus, « donc il faut qu'il la porte ». Pour elle c'était « très simple », elle est devenue enceinte dès le 2^{ème} cycle. Mme E évoque rapidement une fausse couche - des jumeaux - avant la grossesse de sa fille aînée.

En ce qui concerne les projections par rapport à l'enfant à venir, Mme E dit avoir vu à l'échographie que celle-ci rassemble beaucoup à sa fille aînée. « Tout le monde dit qu'elle me rassemble, pour moi c'est un mélange des deux, alors que le petit est tout son père. » En ce qui concerne son caractère, elle est « très active », elle pense qu'à cause de son rythme intense et du fait qu'elle ne mange que quand elle peut, « elle n'est pas forcément ravie », mais depuis les vacances, elle se sent « moins énervée ».

La préparation de la chambre de l'enfant doit commencer à une date précise, le nettoyage étant prévu le 3 juin. Le prénom doit lui aussi être choisi à une date précise, le 6 juin, chacun faisant une liste de son côté avant qu'ils les « confrontent » : ils rassemblent ainsi tous les prénoms communs, ceux qui « tiennent à l'un et à l'autre », mais aussi ceux pour lesquels « ils veulent se battre » ainsi que « les vétos ». Elle m'explique qu'il faut le décider à 7 mois et demi de grossesse pour qu'elle ait le temps de prévoir certaines choses, comme le point de croix sur le bavoir, la porte, les serviettes...

Concernant ses grossesses, elle dit d'abord qu'elle les a toujours « très bien » menées. Lors du deuxième entretien, nous lui disons tout de même avoir remarqué que la grossesse nous semblait être un peu difficile pour elle. Elle nous dit alors se sentir submergée par ses émotions à cette période : « Je parle beaucoup de mes émotions mais je n'aime pas me laisser submerger par tout ça, je suis quelqu'un qui aime avoir du contrôle sur sa vie. C'est peut-être un moyen de protection, car ma mère ne contrôle rien du tout. Mon mari est aussi comme ça. J'ai besoin de contrôler, et justement cette étape hormonale ça m'énerve. Il y a des fois où on a vraiment des montées hormonales où ça va pas... Pour moi, non c'est pas la plénitude, je suis un grand hippopotame qui ne peut pas bouger et qui doit demander de l'aide pour tout. » Son mari aussi « n'est pas *très grossesse* », il est comme elle, « il aime quand le bébé est là ». Elle ne parle pas au bébé, son mari non plus, sauf quand il lui fait mal et qu'elle lui dit d'arrêter de bouger. En revanche, elle touche beaucoup son ventre.

Sa belle-mère viendra l'aider après l'accouchement, c'est la première fois qu'elle propose de l'aider. Sa propre mère, quant à elle, n'est jamais venue suite aux grossesses : « Elle se dit frustrée de ne pas les voir et elle pleure, mais quand on y va, elle n'en fout pas une. Là j'ai besoin de soutien. »

Mme E ne se rappelle pas avoir fait de rêve concernant son enfant ou sa grossesse. Le seul rêve qu'elle rapporte durant cette période concerne le nettoyage. Elle a rêvé qu'il fallait « tout ranger, tout nettoyer, préparer le nid ». Elle dit alors que quand elle avait 12 ans, pendant des mois, le même rêve revenait : elle se mariait et partait en bateau, « c'était la fuite en bateau, ça allait déjà pas avec ma mère ». Aussi, elle a toujours rêvé qu'elle aurait trois enfants, une fille, un garçon et une fille. Et un rêve l'a marquée concernant un de ces futurs enfants : « j'essayais de lui donner à manger et il me disait "laisse-moi partir". »

Aux accouchements de ses deux enfants précédents, Mme E avait pris entre 11 et 12 kg et la perte pondérale lors du post-partum avait été de 17 kg environ.

Quatrième entretien : le post-partum

Lors de notre rencontre du post-partum, après avoir simplement repéré quelques données concernant son accouchement, Mme E a reçu un appel de l'école de son fils.

Celui-ci était tombé et on lui demandait de venir. Mme E nous a alors demandé si elle pouvait garder les questionnaires prévus pour cette rencontre, nous disant qu'elle nous les renverrait. Nous n'avons jamais reçu ces questionnaires. Nous ne pouvons que remarquer chez Mme E une certaine dimension obsessionnelle, dont témoignent ses comportements extrêmes de maîtrise et de contrôle, et qui ont pour but de la rassurer. De ce fait, nous n'avons pas exagérément insisté à propos du retour de ces questionnaires. Il nous a semblé qu'après s'être beaucoup ouverte à nous lors des entretiens s'étant déroulés durant la grossesse, elle souhaitait reprendre le contrôle et garder ce moment de l'accouchement et du post-partum pour elle.

Cas clinique 4

Mme F 34 ans, 3^{ème} enfant (2^{ème} par pompe à GnRH)

« Avec le bébé dans le ventre, quand je me promène, je ne suis pas seule »

Mme F s'habille de façon très sportive, avec des leggings et des vêtements assez larges. Elle parle d'une façon très calme. Les entretiens avec Mme F ont été parmi les plus difficiles de cette recherche, les informations transmises ne correspondant pas vraiment d'un entretien à l'autre. Nous avons cependant préféré garder notre position de chercheur/observateur et ne pas la confronter à ses contradictions, essayant plutôt de l'aider dans la construction de son histoire.

Trouble Alimentaire

La ménarche de Mme F a eu lieu à l'âge de 14 ans. Entre 14 et 16 ans, ses règles sont très irrégulières. Mme F commence à prendre des contraceptifs à l'âge de 16 ans et ne s'arrête qu'à l'âge de 27 ans, et c'est à ce moment-là qu'elle se découvre en aménorrhée. L'arrêt de la pilule coïncide avec le moment où Mme F commence à vouloir essayer d'avoir son premier enfant.

Mme F nous dit d'emblée avoir souffert d'une anorexie mentale entre 2002 et 2011. Elle utilise plutôt le terme « contrôle » pour faire référence au trouble alimentaire. Son poids le plus bas, elle l'atteint lors de ses 23 ans : 46kg (IMC 15,3). Elle nous parle d'une perte pondérale très rapide, à savoir 10kg en deux mois environ. Avant celle-ci, son poids correspondait à un IMC 18,5.

Mme F nous explique aussi de suite qu'aujourd'hui, elle s'estime « guérie » et ceci depuis la naissance de son deuxième enfant, un garçon, né à la fin de l'année 2011. Elle a compris que « c'était mieux de manger pour pouvoir être en forme ».

Auparavant, Mme F a eu un suivi psychiatrique pour son trouble alimentaire et a été hospitalisée pour troubles de l'humeur durant cinq semaines, à l'âge de 25 ans.

Premier entretien (16 SG)

A ce rendez-vous, Mme F nous dit que c'est plutôt elle qui veut un troisième enfant, elle aime bien l'idée d'être « dans une tribu ». Un quatrième enfant, « malheureusement, matériellement parlant ce ne serait pas possible ».

A cet entretien, Mme F nous parle de ses grossesses, de ses enfants. Son mari et ses parents n'apparaissent pas dans son discours.

Pour sa première grossesse, Mme F a fait 4 cycles de stimulation ovarienne par injection. Elle dit avoir « toujours aimé la grossesse », mais elle a dû être alitée « très tôt », au 5^{ème} mois. Elle dit avoir très mal vécu d'avoir beaucoup de temps sans ne pouvoir rien faire. Lors de cette grossesse, la prise pondérale a été de 9kg. A la sortie de la maternité, Mme F avait déjà reperdu 11 kg. Son enfant, une fille, est née quinze jours avant le terme, avec un poids et une taille dans la norme (3,4kg pour 51 cm), et elle est aujourd'hui dans la courbe de poids et de taille. A la sortie de la maternité, Mme F se sentait très fatiguée et dit qu'elle était maigre, mais qu'elle a pu allaiter quand même. Elle essayait d'être moins dans le « contrôle » pendant cette période, justement pour pouvoir allaiter. Elle a allaité dans l'intégralité pendant quatre mois, jusqu'à la reprise de son travail. Pour elle, les journées de congé maternité étaient « longues », elle était contente de reprendre le travail après ces quatre mois. Lors de l'entretien suivant, Mme F nous parlera d'une tristesse de n'être plus enceinte. Cette tristesse serait apparue au retour à la

maison : elle a ressenti un « gros vide » de ne plus avoir son ventre gravide. Lors de cet entretien, Mme F nous dit à l'inverse qu'elle n'était pas du tout triste, qu'elle avait craint de l'être, mais qu'elle était assez entourée par des amis et qu'elle n'a « même pas eu de baby-blues ».

Un an après la naissance de sa fille, Mme F refait les démarches pour avoir un 2^{ème} enfant. Le cycle de stimulation ovarienne par injection sera remplacé par la pompe à GnRH au bout du 5^{ème} cycle. Elle tombera enceinte au bout du deuxième cycle de traitement par pompe. Lors de cette grossesse, la prise pondérale a été aussi de 9kg, mais elle se sentait moins dans le « contrôle », et la perte pondérale du post-partum se serait faite très progressivement. Le post-partum de ce deuxième enfant a d'ailleurs été vécu différemment du premier : « Le post-partum de ma fille était plus compliqué, c'est bizarre de dire ça, mais le post-partum de mon fils a été plus agréable. » Les journées lui paraissaient moins longues, aussi dit-elle parce qu'elle devait s'occuper de sa fille. Elle allaitera son deuxième enfant pendant six mois et reprendra le travail neuf mois après. Elle dit avoir ressenti aussi une certaine tristesse de ne plus avoir son ventre gravide, mais cela se serait passé plutôt à la maternité.

Nous lui demandons s'il y aurait des différences entre mater un garçon ou une fille. Elle nous répond d'emblée « oui », puis elle se reprend et dit : « je ne pense pas ».

Deuxième et troisième entretiens (28SG - 32SG)

Lors du second entretien, Mme F nous dit cette fois que l'envie d'avoir un troisième enfant était une envie commune avec son mari : « Avec mon mari on s'est dit un, puis deux, et puis l'envie d'un troisième n'est pas arrivée tout de suite. »

L'enfance et l'adolescence

Mme F nous dit qu'elle n'était pas facile quand était petite, son surnom était « la peste », elle le dit en souriant. Sa sœur aînée (de trois ans) l'a longtemps appelée « méchante », mais selon elle, elle faisait juste « toutes les bêtises que font les enfants ».

A partir de l'âge de huit ou neuf ans, Mme F devient très timide et c'est vers dix ans que les premiers signes de TOC apparaissent. Les TOC dureront jusqu'à l'âge de 16 ans environ. Si elle était auparavant un peu « bordélique », elle devient au contraire « très

maniaque ». Il fallait « tout ranger » et que « tout soit à un local spécifique ». Elle allait aussi « éteindre la lumière quatre fois » et avait d'autres rituels comme vérifier les armoires avant de s'endormir. Mme F ne nous donne pas davantage d'explications concernant cet état, nous disant juste qu'elle avait peur d'un « monstre » et qu'elle se réveillait plusieurs fois pour vérifier si le monstre n'était pas là. L'endormissement était d'ailleurs un gros problème pour Mme F, car elle avait très peur de s'endormir. A ce moment là, même si elle nous dit avoir été diagnostiquée comme souffrant de TOC, elle ne fait pas vraiment mention d'un médecin, se contentant de dire que sa mère l'avait envoyée voir un homéopathe et que c'est grâce à l'homéopathie qu'elle parvenait à mieux dormir.

A l'adolescence, Mme F était selon elle quelqu'un de très sérieux. Elle pense avoir été « l'idéal » pour ses parents, et ne pas leur avoir créé « trop de soucis » (elle dit n'avoir pas fait de crise d'adolescence par exemple), au contraire de sa sœur, qui était de son côté « très insolente » et « répondait » à ses parents.

La relation avec ses parents

Pendant l'enfance de Mme F, sa mère était très « sévère », « autoritaire », « stricte » : « C'était la propreté, tout devrait être bien comme il faut. » Elle vérifiait les habits de Mme F, et voulait qu'elle soit habillée exactement comme elle : « des chemisiers avec des grandes fleurs, des carreaux... Elle avait un style qu'elle n'a plus du tout maintenant. » De plus, elle n'était pas affectueuse. Et à l'adolescence de Mme F, elle ne lui a jamais parlé de sexualité, « c'était tabou ». Pour sa mère, c'était toujours « trop tôt » pour aborder le sujet, Mme F disant qu'à 18 ans elle pensait « quand même » qu'elle finirait par lui en parler ! Sa mère est aussi décrite comme quelqu'un qui était tout le temps « très triste », toujours dans le « souci » ou dans « l'inquiétude ». Par ailleurs, durant sa « période » anorexique, Mme F nous confie que c'était alors très difficile d'aller chez ses parents, car sa mère enrichissait beaucoup ses plats, ajoutant beaucoup de matières grasses.

Mme F nous dit ensuite que sa mère a fait une « grande crise des nerfs » quand elle et sa sœur étaient petites. Elle pense que sa mère n'en pouvait plus et a explosé. Nous lui demandons si elle se rappelle ce moment, si c'était un moment précis. Elle dit ne se souvenir de rien, mais que sa mère leur a raconté, à elle et à sa sœur, « sans trop » leur en

dire non plus. Même si Mme F ne se rappelle pas cet événement, elle dit penser que c'était une période plutôt qu'un jour spécifique, mais ne sait pas si cela avait été très long, se rappelant juste qu'« elle se stressait beaucoup et tout le temps ».

Mme. R. dit que sa mère a beaucoup changé depuis, qu'elle est « très différente avec ses petits-enfants », qu'elle est devenue affectueuse. Elle dit que sa mère « a fait un travail ». Nous le comprenons alors comme un suivi thérapeutique, mais Mme F nous dit qu'il n'y a pas eu de suivi proprement dit, et surtout qu'elle pense que son anorexie aurait « beaucoup aidé » sa mère à évoluer, dans un « travail d'évolution ».

Elle nous confie ne pas avoir aujourd'hui une « relation très étroite avec sa mère ». Comme elle habite loin, elles s'appellent et c'est mieux comme ça : « Au téléphone, elle ne se permet pas de remarque, même si elle en pense pas moins. » Sa mère est donc « plus diplomate » à distance, et même si elles se disent des choses franchement, il n'y a pas de conflit.

En ce qui concerne son père, Mme F en parle comme de celui qui vient apporter de l'équilibre à cette relation : « Il faisait plutôt l'équilibre, j'ai envie de dire. Il ne s'énervait jamais, il était drôle, il était patient, il était calme... » Elle dit qu'elle avait « beaucoup d'identification et beaucoup d'admiration » vis-à-vis de son père. Il était un peu son « allié », c'est lui qui la laissait « faire les choses », comme s'habiller comme elle le voulait par exemple. « Au contraire » de sa mère, son père en revanche perd plus vite patience avec les enfants : « il joue beaucoup, il s'en occupe beaucoup mais il perd la patience. »

Avec sa grand-mère maternelle, Mme F a très peu de contacts. Elle est en maison de retraite depuis dix ans environ. Sa mère l'a faite changer de maison de retraite pour qu'elle soit plus proche de chez eux et cela a « pourri » la vie de sa mère. En effet, cette dernière va assez souvent lui rendre visite et « elles ne s'entendent pas du tout ». Mme F dit que c'est sa mère qui a « tendance à être comme ça, plutôt négative » et ne supporte pas sa grand-mère.

La grossesse et l'accouchement

Mme F dit beaucoup aimer la grossesse : « Ce n'est pas un truc qui m'envahit, un truc externe... » De plus, la grossesse est un moment où elle ne se sent pas seule : « C'est assez étrange, avec le bébé dans le ventre, quand je me promène, quand je fais quelques chose, je ne suis pas seule. » Du coup, elle a « toujours du mal » après, quand « il sort ».

Cette grossesse est donc la troisième de Mme F Elle parle beaucoup de ses deux autres enfants lors de nos entretiens. Ils sont toujours cités comme étant l'opposé l'un de l'autre, et ses grossesses comme étant l'opposée l'une de l'autre. Cette grossesse est celle pour laquelle elle a eu le « moins de souci » : ça « s'est très bien passé ». Elle avait peur d'être alitée tôt, mais finalement non, et son mari ayant pris en charge la maison et les deux enfants pour la « soulager », elle a pu continuer de travailler plus longtemps que pour les autres grossesses.

En ce qui concerne l'accouchement, Mme F se sent « moins prête » que pour les deux autres, tout s'étant passé « très vite ». Elle nous dit avoir fait deux rêves concernant l'accouchement de son enfant. Dans le premier, elle avait beaucoup de contractions et « le bébé sortait tout seul, c'était très étrange, c'était pas un accouchement, plutôt de la magie, quelque chose comme ça ». Son deuxième rêve était plutôt un cauchemar. Elle a rêvé qu'un « monstre sortait d'elle. » C'était au début de sa grossesse, nous dit-elle, tout en nous expliquant qu'il y avait un contexte à ce cauchemar. Elle était « très stressée » par rapport à un éventuel handicap, ayant un neveu qui a « un handicap qui se traduit presque par une maladie autistique, avec pas mal d'anomalies », et cela ayant été découvert pendant la grossesse de sa sœur. Elle ajoute qu'elle n'avait pas eu « ce stress » en ce qui concerne les deux autres grossesses, mais que cette fois cela l'a fait réfléchir : « On se dit qu'on a déjà une famille qui est là et tout va bien. » En somme, ils auraient pu « s'arrêter là ». Le cas de son neveu lui a fait avoir beaucoup d'angoisses avant la prise en charge en PMA et jusqu'à un ou deux mois de grossesse. Mme F a l'air assez agitée quand elle parle de la maladie de son neveu. Vu qu'elle n'avait pas eu cette inquiétude par rapport aux grossesses précédentes, nous lui demandons si la grossesse de sa sœur est récente. Elle nous répond que « non », son neveu a dix ans.

L'enfant à venir et le post-partum

L'enfant à venir, Mme F « n'ose » pas l'imaginer, les deux premiers « sont si différents ». Mais elle s'est renseignée auprès d'amies pour savoir comment ça se passe avec le troisième enfant, et « il paraît que le troisième se fond dans l'environnement ». Elle dit qu'elle essaiera surtout d'être présente pour les deux autres : « Le bébé, je vais m'en occuper. (...) Mais je pense que je vais me forcer à passer du temps avec les deux autres. Je pense que je vais être à 200% pour essayer que ça se passe le mieux possible, ça va être sportif. C'est pour les deux grands que je dois bien veiller à ce que tout se passe bien ». Elle ajoute qu'il y aura la contrainte de l'allaitement et qu'elle ne pourra pas être tout le temps disponible pour les autres. Lors de ses dernières grossesses, elle était d'ailleurs contente au moment du sevrage de pouvoir faire ce qu'elle voulait à l'heure où elle le voulait. En outre, elle nous dit que son mari l'aidera après l'accouchement. Elle ne veut pas une nounou ou quelqu'un d'autre chez elle. Ses parents viendront aussi pendant une semaine après l'accouchement pour l'aider.

Par ailleurs, Mme F nous explique se faire beaucoup de souci concernant l'état de santé de son enfant, surtout les premiers mois, mais aussi par la suite. Elle a découvert récemment avoir été contaminée par des staphylocoques et cela l'inquiète beaucoup, d'autant plus qu'une de ses amies a du être hospitalisée avec son enfant pendant quinze jours suite à l'accouchement. Celle-ci lui a expliqué qu'il n'y a rien à faire et elle pense qu'elle sera « un peu stressée » si cela doit se produire.

Ce n'est qu'à la fin de l'entretien que Mme F nous parle un peu d'elle en tant que mère et notamment de certaines distinctions qu'elle pourrait faire entre sa fille et son fils.

Elle nous explique faire tout son maximum pour être « positive » afin de ne pas rassembler à sa mère, mais qu'elle s'aperçoit être elle aussi exigeante sur tout ce qui concerne la propreté et les rangements. Elle nous dit l'être « parce qu'il faut qu'ils apprennent ». Mme F nous dira par la suite se rendre compte qu'elle est plus exigeante avec sa fille qu'avec son fils. Elle a « l'impression » d'être « tout le temps derrière elle, en train de lui dire 'fais pas comme ci, fais pas comme ça, fais comme ci, fais comme ça' ». C'est « surtout » dans le rapport avec sa fille qu'elle retrouve chez elle des traits de sa mère qu'elle rejette et qu'elle n'avait pas envie de reproduire. Mme F dit d'ailleurs être

bien contente d'avoir un deuxième garçon car une fille, « c'est compliqué » : « Il faut prendre du recul, il est plus difficile de mettre de la distance. » Elle nous explique qu'avec sa fille, c'est « à la fois fusionnel et conflictuel » et que c'est beaucoup plus simple avec son fils. De plus, elle pense que cette préférence pour avoir des enfants garçons aurait été une suggestion de sa mère : « Elle m'a toujours suggéré ça, elle a toujours voulu des garçons. »

Nous avons contacté Mme F après son accouchement. Nous n'avons jamais eu de retour de sa part.

Cas clinique 5

Mme G, 31 ans, premier enfant par pompe à GnRH

« J'ai l'impression de ne plus être maître de mon corps »

Nous rencontrons Mme G dans un village près de Nantes. Elle habite en pleine campagne très loin de la gare de ce village et il n'y a aucun transport public près de sa maison. Elle nous propose donc de venir en voiture à notre rencontre. Pour cette même raison, nos rendez-vous ont d'ailleurs lieu le jour où Mme G vient voir sa gynécologue.

Elle parle très calmement, et nous donne l'impression d'être toujours fatiguée. Elle a un corps très musclé, voire masculin, avec des veines apparentes sur les bras et des mains assez épaisses, qui nous font penser à des mains d'ouvrier. Mme G est pharmacienne et travaille à temps plein. Son compagnon travaille dans le bâtiment et ils sont tous les deux en train de rénover la grange des grand-parents de Mme F, qui est d'ailleurs leur domicile actuel.

Trouble alimentaire

Mme G nous raconte avoir eu ses règles vers l'âge de 12 ou 13 ans, elle n'en s'en souvient pas très bien. Sa mère l'a aidée à ce moment là, même si elle même s'y connaissait déjà un peu.

Elle nous dit ne pas avoir peur de grossir et n'avoir jamais fait de régime. En revanche, elle reconnaît que les gens lui disent souvent qu'elle est trop maigre dans son entourage, et son gynécologue lui a dit que son enfant ne serait probablement pas d'un gros gabarit.

Mme G ne nous montre aucune préoccupation concernant son poids. Par ailleurs, elle mesure 1,80m et elle nous dit que son poids de forme est 62kg (IMC 19,1). Une première perte de poids aurait eu lieu suite à l'opération de sa thyroïde. Elle aurait perdu 7kg (IMC 17) et nous explique avoir moins d'appétit depuis cette opération.

Elle se rend compte de son aménorrhée au moment de l'arrêt de la pilule, il y a deux ans. Avant l'utilisation de cette méthode contraceptive, ses règles n'ont jamais été régulières.

Après l'accouchement, Mme G a eu une perte pondérale de 2 kg (IMC 16,4).

Premier entretien (16SG)

Mme G nous dit peu de choses concernant sa démarche pour devenir enceinte. Son compagnon et elle sont ensemble depuis trois ans. Au bout d'un an, Mme G a arrêté la pilule contraceptive et remarqué ne plus avoir de règles. Elle fait alors deux cycles de stimulation ovarienne autre que par pompe à GnRH sans succès, avant d'essayer cette dernière méthode. Mme G devient enceinte dès le premier cycle de traitement.

Au début de la grossesse, elle a eu une perte pondérale de 2kg (IMC 16,4), comme nous l'avons dit ci-dessus. Elle nous explique qu'elle ne supportait pas de manger, elle n'avait pas vraiment de nausées mais éprouvait un « dégoût » de toute nourriture. Lors de l'entretien suivant, Mme G parlera de cette perte de poids en nous disant que grossir était quelque chose qui lui faisait « très peur » et que c'était pour cela qu'elle avait voulu mincir.

Lors de ce premier entretien, Mme G ne nous parle par ailleurs pas beaucoup de sa vie. Elle nous raconte que sa mère est décédée lorsqu'elle avait 20 ans environ. Son père habite à 200m de chez elle et ils se voient tous les jours. Elle ne lui parle pas beaucoup ni de son enfance, ni de sa grossesse, car elle pense que cela pourrait le rendre triste.

Deuxième et troisième entretiens (28SG - 32 SG)

Enfance et adolescence

Mme G nous parle très peu de son enfance et de son adolescence. Sur son enfance, Mme G nous dit qu'elle ne se la rappelle plus très bien. A ce propos, elle ajoute que son compagnon est allé faire des travaux de rénovation dans la maison de son ancienne maîtresse d'école primaire. Il a demandé à cette dame si elle se souvenait de Mme G et de comment elle était alors. La maîtresse se rappelait très bien de Mme F, lui disant qu'elle était « très perfectionniste ». Mme G nous raconte cela en souriant.

Mme G quant à elle se rappelle seulement qu'elle était « un peu renfermée », surtout avec sa mère, qui « avait du caractère ». Cependant, elle ajoute qu'il n'y avait pas de conflit entre sa mère et elle.

Des changements corporels liés à son adolescence, Mme G ne nous parle pas beaucoup non plus. Elle nous dit seulement qu'elle se rappelle porter des vêtements assez amples, « des pulls qui cachaient les fesses », mais qu'à son époque « on s'habillait comme ça ». D'ailleurs, lors du test diagnostique de TCA, Mme G nous avait dit qu'à l'adolescence son père lui avait fait la remarque qu'elle avait un « gros cul ».

La grossesse et les changements corporels

Mme G nous raconte les changements corporels liés à sa grossesse, elle nous dit qu'au début ça lui a fait « bizarre » d'avoir un ventre si « proéminent », nous expliquant qu'elle avait l'impression de ne pas être « maîtresse de son corps ». Mais finalement, « au début ça fait drôle, et puis on s'y fait ». Mme G n'a pas eu besoin d'acheter des vêtements de grossesse, elle nous explique que son ventre est haut et que donc elle n'a pas eu besoin de nouveaux pantalons. Elle nous dit encore : « On se demande comment ça se fait qu'on a ça en soi (...) Après on s'y habitue, mais au départ on se demande ce qui se passe. »

La grossesse nous paraît être vécue par Mme G un peu comme une contrainte en ce qui concerne ses activités quotidiennes. Elle nous dit apprendre à vivre avec son ventre

mais que cela ne lui paraît pas très facile car elle a du mal à monter les escaliers par exemple, et aussi que ça lui paraît plus compliqué car elle est « quelqu'un d'assez speed ». Par ailleurs, Mme G devant rester debout toute la journée dans son travail, elle est en congé pathologique depuis le 5^{ème} mois de grossesse.

La relation avec son compagnon

La relation avec son compagnon n'a pas connu de changements au cours de la grossesse. Elle ne saurait par ailleurs pas comment décrire leur relation, disant simplement qu'ils ont « appris à vivre ensemble, et voilà ». L'enfant à venir ne changera selon elle pas grand chose par rapport à leur couple, « il faudra juste apprendre à vivre autrement ». De plus, elle nous raconte que son compagnon a perdu son père lorsqu'il était adolescent et que cette perte parentale commune à elle et son compagnon les a beaucoup rapprochés dans leur relation.

L'enfant à venir

Mme G ne nous parle pas beaucoup de son enfant à venir. Même lorsque nous lui demandons, elle reste assez vague dans ses réponses.

Son compagnon et elle ont choisi de ne pas connaître le sexe du bébé. Son compagnon préférerait avoir un garçon ; Mme G quant à elle ne sait pas, elle pense préférer avoir un garçon car elle a toujours souhaité avoir un frère aîné (elle en a deux plus jeunes dont elle ne parlera pas non plus). Elle nous explique vouloir « juste qu'il vienne en bonne santé. » Nous lui demandons ce qu'elle a déjà préparé pour l'arrivée de son bébé. Elle nous répond que pour la chambre, elle a choisi des couleurs neutres du fait justement de ne pas savoir le sexe de son enfant. Nous demandons quelles couleurs par exemple, elle nous répond : « que du blanc et du gris ». En ce qui concerne les habits, c'est pareil : « au début il ne sera qu'en body ou pyjama avec des tons neutres ».

Elle ne parle pas spécialement à son enfant, sauf pour lui dire parfois d'arrêter de bouger. Nous lui demandons si elle se projète un peu dans le futur concernant l'arrivée de son enfant. Elle dit se projeter beaucoup, et qu'elle a d'ailleurs commencé à demander aux gens s'ils pensaient que ce qu'elle avait acheté était suffisant. Elle nous dit aussi commencer à s'inquiéter de savoir si elle saura comment faire avec son bébé à la maison.

Elle nous parle notamment de la baignoire qui était arrivée quelques jours auparavant, nous disant la trouver « grande » et se demandant si elle saurait lui donner le bain dans une baignoire aussi grande. Elle nous a révélé avoir peur que son bébé lui échappe, mais que puisque tout le monde y arrive, elle devrait y arriver aussi.

Ces phrases de Mme G nous inquiètent particulièrement. Nous lui demandons si elle est se prépare à l'arrivée de l'enfant, lui disant que nombre de jeunes mamans lisent des livres consacrés à ce sujet dans le but de se rassurer. Elle nous dit que non, mais qu'elle pense que ça viendra naturellement.

Le post-partum

Nous avons joint Mme G par téléphone avant la date prévue pour son accouchement. Elle avait déjà accouché, et ce 26 jours avant le terme.

Elle nous explique pourquoi ce n'avait pas été « la naissance qu'on voulait » : son bébé, un garçon, avait eu à la naissance des difficultés à respirer à cause du liquide amniotique dans ses poumons et avait fait une crise de pneumothorax bilatéral. Mme G ne nous donne pas beaucoup plus d'explications sur ce qui s'est passé, nous disant seulement qu'il aurait fait une grosse crise de colère et que c'est cela qui aurait causé ces « complications pulmonaires ».

Elle nous raconte en exprimant un peu de souffrance qu'elle n'avait pu prendre son bébé dans ses bras que cinq jours après la naissance. Depuis qu'elle a quitté la maternité, elle retourne le voir tous les jours, et reste près de lui du matin au soir. Mme G tire son lait tous les jours et lui donne avec ses doigts. Au moment de ce contact téléphonique, on allait peut-être mettre une sonde gastrique à son enfant et elle ne savait pas encore quand il rentrerait à la maison.

Les complications du post-partum de Mme F, couplées au fait qu'elle habite dans un lieu où il n'y a pas de transport public, ont fait que nous avons dû arrêter la recherche avec elle.

Mme Y 35 ans, pas d'enfant, en traitement par pompe à GnRH

« Avoir un enfant c'est grandir et je ne sais pas si je suis prête »

Contactée par téléphone, Mme Y nous dit d'emblée ne pas avoir de temps à nous consacrer à cause de son travail. Nous lui expliquons que nous pouvons tout à fait nous rendre à l'hôpital lors de son prochain rendez-vous et que nous aurions juste besoin de cinq minutes pour faire connaissance et pour lui présenter rapidement la recherche. Elle l'accepte.

A notre première rencontre, Mme Y nous apparaît de petite taille, assez mince, avec des cheveux courts. Elle nous donne l'impression d'être « encore une petite fille ». Elle a 35 ans. Nous lui parlons de notre projet de recherche, elle accepte d'y participer.

Nous lui expliquons donc que l'on commencera par un questionnaire concernant son alimentation, mais que la recherche abordera aussi des questions plus ouvertes comme la question du désir d'enfant. Elle répond en nous disant de suite qu'elle est « très déçue » car jusqu'à présent, après deux ans et demi de traitement, « tous les essais pour être enceinte n'ont pas marché ».

Nous nous accordons sur un rendez-vous la semaine suivante pour la passation du questionnaire concernant son alimentation. Avant cela, Mme Y regarde beaucoup son emploi du temps, nous dit ne pas être assez disponible, mais finit par nous dire « *ok, alors, mais avant mon échographie* ».

Trouble alimentaire

La ménarche de Mme Y a eu lieu quand elle avait 16 ans. Elle ne semble pas s'interroger à propos d'un (possible) retard de règles et donc d'une (possible) aménorrhée primaire.

La première fois que Mme Y a eu un poids « anormalement bas » a été à l'âge de 15 ans, elle pesait alors 37kg pour 1,62m, son IMC était de 14,1. Même si elle n'a jamais été diagnostiquée, Mme Y nous dit s'interroger par rapport à un « *antécédent d'anorexie mentale* ».

La seconde fois que Mme Y revient à ce même poids de 37kg, c'est fin 2010-début 2011, et dû selon elle à beaucoup de stress et de travail. Au cours de l'entretien, nous nous apercevons que c'est à cette même période qu'elle débute le traitement pour son infertilité.

Nous expliquons à Mme Y que, comme convenu, notre rendez-vous consiste en la passation du questionnaire et que les questions plus ouvertes, comme celle du désir d'enfant, seraient abordées plus tard, au 4^{ème} mois de grossesse. Elle se montre déçue, d'autant qu'elle était en congés cette semaine et avait donc beaucoup de temps à consacrer à notre recherche. En outre, elle ajoute : « Je pense que la question du désir d'enfant, on se la pose même avant d'être enceinte ». Nous la laissons s'exprimer.

Elle donne l'impression que ce « désir » vient plutôt de son mari : « ça va être difficile pour moi de laisser place à cet enfant, de laisser mes addictions. » Elle parle de son travail comme d'un « besoin vital », d'une « addiction ». Elle ajoute, en disant qu'elle va nous confier quelque chose qu'elle n'a pas même avoué à son mari, qu'elle ne sait pas si elle serait « capable d'enfanter. Il faudra lui laisser de la place, travailler moins... Je ne sais pas si je suis capable de laisser ça de côté. En plus je ne sais pas si j'arriverai au... bout, au bout... » Elle répète le mot « bout » quatre fois. Nous lui demandons si l'on pourrait mettre un mot au bout de ce « bout ». Elle sourit.

Mme Y nous parle ensuite de l'adoption, et elle nous semble soulagée, apaisée. Nous lui faisons part de cette impression, et lui demandons s'il s'agit juste d'une impression. Elle nous répond que c'est vrai et qu'en effet ça l'apaise d'y penser : « Pour adopter, j'aurai plus de temps, c'est long l'adoption. Mais non, je ne suis pas triste de faire cette démarche, c'est juste que je ne sais pas si je suis prête. Avoir un enfant c'est grandir et je ne sais pas si je suis prête. »

Notre entretien terminé, nous convenons de nous revoir quand elle sera enceinte, à son 4^{ème} mois de grossesse.

Nous apprendrons, par le biais de son endocrinologue, que Mme Y a conçu sa grossesse un an après notre rencontre. Depuis, nous ne l'avons plus revue. Elle n'a pas souhaité donner suite à nos entretiens, ni de nouvelles à son médecin.

Cas clinique 7

Mme Z, 35 ans, enceinte de son deuxième enfant par pompe à GnRH

Trouble alimentaire

Mme Z commence par nous dire qu'elle n'a jamais fait de régime, mais que « peut-être » elle ne mange pas assez de féculents et qu'elle fait « beaucoup d'activités à côté » : elle va à son travail en Vélib et va se balader tous les jours pendant trente minutes après le déjeuner avant de retourner à son bureau. Et le weekend elle pratique la course à pied.

Elle a toujours eu un poids bas : avant le bac elle pesait 45kg (IMC 17,6) et après le bac, avec les classes préparatoires, elle est descendue à 43kg (IMC 16,8). Son poids minimum jamais atteint est son poids actuel de 38kg (IMC 14,8). Elle ne se sent pas maigre, mais se sent fatiguée. Son poids de forme serait de 40kg (IMC 15,6).

La ménarche de Mme Z a eu lieu quand elle avait « 14 ou 15 ans », elle était en 3^{ème} et sa mère lui a expliqué comment faire. En classes préparatoires, elle commence à avoir de moins en moins de règles avant de les voir disparaître complètement.

Elle nous dit que son entourage lui dit souvent qu'elle est maigre, surtout sa mère depuis les classes préparatoires, ainsi que son endocrinologue.

Premier entretien (16SG)

Lorsque nous voyons arriver Mme Z, de loin, nous pensons d'abord nous être trompée de patiente. En la voyant si maigre, nous nous disons en effet que nous aurions dû préparer le matériel pour le diagnostic TCA d'avant la grossesse, et non pour cet

entretien du 4^{ème} mois. Très vite nous comprenons pourtant que c'est bien Mme Z et qu'elle est enceinte de cinq mois. Son état de maigreur nous bouleverse un peu.

Mme Z conserve son manteau durant tout l'entretien, alors que c'est l'été. Elle se montre très sympathique, disant vouloir nous aider dans notre recherche, et à la fin nous demande si son cas nous intéresse.

Cette grossesse est la deuxième de Mme Z. Pour sa première, elle était devenue enceinte au cours du 6^{ème} cycle de traitement par pompe à GnRH. Elle avait subi deux fausses-couches auparavant. Elle avait débuté cette grossesse à 42kg (IMC 16,4) pour la terminer à 47kg (IMC 18,3). Mme Z nous dit, un peu fière, qu'à sa grossesse précédente personne n'avait remarqué qu'elle était enceinte. Lors de cette grossesse, elle avait dû être alitée à la fin du 6^{ème} mois, devant rester allongée le plus possible. L'accouchement avait dû être déclenché avec des prostaglandines dix jours avant le terme, et réalisé par voie basse, car le bébé ne grandissait ni ne grossissait plus dans son ventre. Elle ne l'a pas allaité, elle ne « voulait pas » et « il était très petit ». L'enfant est né avec un poids de 2,6kg pour 47 cm. Il est aujourd'hui dans la moyenne de la courbe pondérale et de croissance.

Mme Z débute son deuxième traitement par pompe à GnRH huit mois après la naissance de son premier enfant. Elle devient enceinte au cours du troisième cycle de traitement par pompe à GnRH. Mme Z dit avoir perdu du poids depuis la naissance de son premier enfant parce qu'élever un enfant engendre beaucoup d'effort physique : « il fallait être derrière lui ».

Mme Z débute cette seconde grossesse à 38kg (IMC 14,8) et, quand nous la voyons, autour du cinquième mois de grossesse, elle a pris 3kg (IMC 16). Elle dit ne pas être contente de cette prise pondérale car ses collègues lui font la « réflexion » que « là » ça se voit qu'elle est enceinte.

Elle ne parle pas de son mari, sauf pour mentionner leur mariage et l'achat de leur maison actuelle. Elle ne le prénomme pas. Elle s'est déjà posée la question sur la possibilité d'un troisième enfant, mais elle n'est pas encore « sûre », car elle « ne connaît pas les conséquences de la pompe ».

Deuxième et troisième entretiens (28SG - 32SG)

Nous n'avons pas poursuivi la recherche avec Mme Z. Elle a d'abord annulé le second rendez-vous car elle était alitée. Nous lui avons donc proposé un rendez-vous téléphonique le jour prévu et elle l'accepta.

Ce rendez-vous fut très rapide. Mme Z avait l'air un peu anxieuse. Le prénom de l'enfant avait été choisi à une date précise, le 11 septembre.

Elle nous dit être alitée depuis la fin du sixième mois, elle doit être alitée le plus possible, ne pouvant se lever du lit que deux fois par jour pour aller déposer et chercher son enfant à la crèche. Elle explique avoir un suivi « assez poussé », avec un « gros monitoring » tous les jours et avec « beaucoup d'échographies ». Son bébé a un retard de croissance *in utero* et tout doit être monitoré et suivi de près par l'équipe médicale/soignante. Mme Z ne nous donne pas plus d'information et manifeste son souhait de quitter la recherche.

Les réponses fournies par Mme Z au questionnaire EDE-Q (Eating Disorder Examination - Questionnaire), qui a pour objectif de mesurer l'intensité du TCA au cours des derniers 28 jours, ne nous donnent aucun indice sur sa pathologie alimentaire, Mme Z ayant répondu « non » à toutes les questions qui pourraient permettre de quantifier la gravité de son contrôle pondéral ou de ses cognitions anorexiques.

Ses réponses au questionnaire HAD s'avèrent plus problématiques, obtenant un score de 13 en ce qui concerne l'anxiété et de 9 en ce qui concerne la dépression. Selon cette échelle, les scores entre 8 et 9 révèlent une symptomatologie douteuse, et ceux au-dessus de 11 une symptomatologie certaine.

Des questions sur une (possible) anorexie mentale ne lui ont jamais été posées par son médecin endocrinologue. Une prise de poids avant le début de son traitement ne lui a jamais été demandée non plus. Mme Z ne se considère pas anorexique, aucun diagnostic en ce sens ne lui ayant jamais été posé au cours de sa vie.

Partie 3 : DISCUSSION ET CONCLUSION

Discussion

Anorexie - Aménorrhée - Pompe à GnRH :

le court-circuit du féminin ?

Notre étude nous a amenée à rencontrer vingt femmes souffrant d'un TCA et ayant recours à la pompe à GnRH en vue de devenir enceintes.

Tout d'abord, il nous paraît important de souligner que ces femmes souffraient toutes d'anorexie mentale. Nous n'avons notamment rencontré aucune patiente souffrant de boulimie nerveuse. Ceci nous a permis de constituer un groupe plus « homogène » en ce qui concerne la clinique de ces troubles et des individus qui en souffrent.

Les entretiens réalisés avec ces femmes sont ont semblé d'une certaine façon et en partie le reflet de leur pathologie alimentaire. Nous les avons senties parfois « impénétrables », montrant un certain contrôle et une certaine rigidité dans la conduction de ces entretiens. Nous avons aussi parfois noté de nombreuses contradictions voire des clivages, que nous avons volontairement choisi de ne pas souligner ou relever, considérant que ces contradictions et clivages ont pour elles une fonction importante en ce qu'ils leur apportent un peu de sécurité durant ces moments de partage de leur intimité. Un autre point important que nous avons observé et qui vient faire écho à ces clivages était le déni massif de leurs troubles par ces femmes. Par ailleurs, nous avons pu remarquer d'une façon ou d'une autre chez la plupart de ces patientes un certain manque de projection, tant en ce qui concerne leurs propres représentations d'elles-mêmes en tant que mères, qu'en ce qui concerne l'enfant à venir. Enfin, il nous a été permis d'observer la coloration mélancolique que prenaient leurs discours à plusieurs moments, et notamment à l'évocation de leur adolescence et des souvenirs qu'elles en gardent, les termes « seule », « triste » et « transparente » étant revenus de façon récurrente.

Nous voulons ici évoquer les quelques points de réflexion que nous avons pu soulever à travers ces rencontres.

Le trouble alimentaire

Nous avons d'abord pensé quantifier les comportements alimentaires des femmes souffrant de TCA durant la grossesse et le post-partum. Cependant, après avoir soumis les premières patientes incluses dans notre recherche à un test quantitatif, nous avons rapidement dû constater que les résultats obtenus n'étaient pas probants, en ce qu'ils n'allaient pas dans le sens de notre observation et de notre écoute de ces femmes. Nous expliquons cette contradiction apparente par le fait de leur déni du TCA. Nous avons donc par la suite privilégié une analyse qualitative plutôt que quantitative de leurs comportements alimentaires.

Contrairement à ce qu'indiquent la plupart des données issues de la littérature concernant l'état somatique, durant la grossesse, des femmes souffrant d'un TCA, nous retrouvons dans cette recherche des cas cliniques mettant en évidence ce que nous observions déjà au travers de notre expérience clinique, à savoir que les femmes présentant un TCA actif avant la grossesse le conservent durant toute la période gestationnelle, ainsi que dans le post-partum immédiat. Ainsi, leur faible prise pondérale durant la grossesse et leur perte de poids rapide après l'accouchement nous ont semblé être le signe d'une préoccupation, voire d'une souffrance très importantes pour ces femmes.

Les conduites de maîtrise et l'alexithymie

Les conduites de maîtrise nous paraissent être assez bien illustrées dans le discours de ces femmes.. Elles concernent notamment, et comme nous l'avons vu, leur prise pondérale, mais aussi tout ce qui relève de leur fonctionnement psychique et de l'ordre de l'agir. Ces conduites revêtent souvent pour ces femmes une fonction à visée dite « adaptatrice », décrite comme « consolante » et « efficace », et les préservant de pulsions vécues comme une menace d'effondrement, voire de désorganisation de tout leur être.

En ce qui concerne la grossesse, Mme E illustre d'une façon que nous pourrions presque qualifier de caricaturale cette conduite : choix du prénom à une date précise, cette date devant précéder de trois jours le grand ménage de la chambre de l'enfant à venir, ce ménage trouvant lui-même un écho dans le rêve où il fallait « nettoyer, nettoyer, nettoyer » avant l'arrivée de l'enfant...

Pour ce qui est de l'étape post-natale, Mme B est revenue plusieurs fois sur le fait qu'elle voulait toujours faire exactement comme le lui avait indiqué la sage-femme ou le pédiatre et qu'elle savait que c'était un problème pour elle de vouloir toujours « trop bien faire ». Elle évoque aussi avoir conservé tous les « jeux éducatifs » qu'elle avait achetés lors de sa grossesse précédente. Mme C quant à elle, et même si son cas n'a pas été étudié dans la partie dédiée aux cas cliniques, nous a montré le cahier de notes dans lequel elle consignait consciencieusement depuis deux mois déjà tout ce qui concerne l'allaitement, notamment le nombre d'allaitements quotidiens et la durée précisément mesurée de chaque tétée, mais aussi des « rapports » concernant les selles et les urines.

Il nous paraît difficile de penser à ces modes de fonctionnement sans nous questionner sur leurs conséquences en ce qui concerne les interactions précoces entre ces mères et leurs enfants. Ainsi peut-on se demander comment seront vécus par l'enfant ces moments d'allaitement. Que reflétera le regard de ces mères à leurs enfants ? Comment percevront-ils les défenses maternelles ? Qu'en sera-t-il des interactions corps à corps devant ce corps maigre, un corps qui fait un creux en chair et en vie pulsionnelle ? Et par voie de conséquence, qu'en sera-t-il du sentiment de continuité de soi de ces enfants ?

L'effondrement dépressif

Mme A illustre le cas d'un effondrement dépressif durant la grossesse. Comme la plupart des femmes souffrant de TCA, elle semble vivre sa grossesse comme un après-coup de tout ce qui s'est joué lors de son adolescence, avec toutes les difficultés et souffrances qui y sont associées. Mais elle qui nous dit tellement *aimer le contrôle* nous donne l'impression que toute cette lutte antidépressive est en échec. La grossesse la fait déborder pulsionnellement parlant, comme si la seule voie de « sécurité possible » était pour elle son enfance et ses réminiscences enfantines. Par ailleurs, évoquant un rêve marquant qu'elle fit durant sa grossesse, elle nous rapporte une scène qui la ramène à son

enfance, tout comme Mme G qui dans un de ses rêves se voyait dormir dans la chambre de son enfance avec son enfant.

Le cas de Mme A évoque une comorbidité non négligeable dans la clinique des femmes souffrant d'un TCA et accédant à la maternité. Mme A qui nous dit oublier son enfant quand il dort, et avec qui, lorsqu'elle veut nous montrer son bébé, nous trouvons celui-ci en train de pleurer, seul, dans une chambre noire complètement fermée.

Cet effondrement dépressif nous pose question chez d'autres patientes ayant eu recours à la pompe à GnRH. Mme Y nous a ainsi confié - et seulement à nous, même pas à son mari, comme elle a tenu à le souligner - qu'elle n'était pas prête à avoir un enfant car pour elle, *avoir un enfant c'est grandir*.

L'emprise maternelle

Pour pouvoir grandir et/ou devenir une femme, il est important de faire le deuil de la période infantine, d'accepter ce passage. Accepter ce passage signifie aussi se reconnaître en tant qu'individu. Pour s'accepter en tant qu'individu, il faut au préalable avoir pu s'identifier à un objet maternel de qualité et ainsi, dans un deuxième temps, se reconnaître soi-même en tant qu'un objet différencié de l'imaginaire maternel. Mais pour pouvoir se séparer, et ainsi pouvoir se sentir exister, il faut d'abord avoir eu l'illusion d'avoir été uni avec l'objet. Or, dans le discours de ces femmes, deux choses nous semblent assez problématiques en ce qui concerne cette question.

D'un côté, leur discours apparaît confus lorsqu'elles abordent les différentes phases de leur vie. A plusieurs reprises, nous nous sommes d'ailleurs sentie perdue, ne comprenant pas bien à quel moment de sa vie la patiente faisait référence. Des âges de neuf ans, onze ans, seize ans, vingt ans et même vingt-cinq ans nous ont été rapportés pour évoquer une même période de leur vie. Nous ressentons ici comme un amalgame entre l'enfance et l'adolescence, un amalgame parfois troublant pour nous, mais si sécurisant pour elles.

D'un autre côté, la présence maternelle nous semble prendre une place majeure, le discours concernant leur mère étant extrêmement plus extensif quantitativement et qualitativement parlant. C'est ainsi quand ces femmes parlent de leurs mères que nous

retrouvons le plus d'affects dans leurs discours. Ces affects ont une tonalité négative, ces femmes employant souvent pour parler de leur mère des termes évoquant quelque chose de l'ordre de la tristesse ou de la haine. On détecte un conflit qui n'a pu être externalisé, élaboré, ces femmes nous paraissant être empêtrées dans cette relation d'emprise avec leur mère. De plus, cette relation d'emprise nous semble déborder de la génération actuelle, donnant l'impression de se perpétuer de génération en génération, soit de mères en filles. Toutes les femmes que nous avons rencontrées évoquent ainsi un conflit entre leur mère et leur grand-mère. Et toutes ces femmes nous paraissent raconter leur propre histoire au moment de nous raconter celle de leur mère : « elle a peur de sa fille », « elle la déteste, elles ne se parlent pas », « elles ne s'entendent pas du tout », nous disent respectivement Mme B, Mme E et Mme F, et ce discours se répète et se répète. La fille, la mère et la grand-mère maternelle se « redupliqueraient » ainsi dans une même soumission, dans une emprise narcissique se déployant sur plusieurs générations (Corcos, 2010).

Les pères sont peu évoqués dans leurs discours, alors que c'est justement cette représentation paternelle qui pourrait offrir à ces femmes une autre source d'identification. Mais, soit ils sont absents physiquement parlant, soit ils semblent être absents psychiquement parlant. Dans les deux cas, le père ne nous paraît pas assumer la place qui devrait être la sienne et qui devrait favoriser ce passage de la dyade mère-bébé à la triade mère-bébé-père, permettant à la fille de se *désafilier* pour pouvoir se *filier* (Fédida, 1980).

Cette rencontre avec l'altérité nous pose question aussi en ce qui concerne leurs compagnons qui, bien que partageant pourtant la vie de ces femmes, sont à peine évoqués dans leurs discours.

Le désir d'enfant

Cette thématique est non seulement celle qui nous a menée à ce projet de thèse mais aussi celle qui nous a posé le plus d'interrogations, voire parfois d'inquiétudes durant nos entretiens.

Il est à noter que notre parcours depuis quelques années dans la clinique de la maternité des femmes souffrant d'un TCA nous a conduit à rencontrer un certain nombre

de femmes, ces femmes ayant soit été prises en charge ailleurs avant de venir vers nous, soit été directement prises en charge par nous.

Cette recherche nous a cependant confrontée à une clinique encore méconnue : celle des femmes souffrant d'un TCA qui sont dans le déni de leur trouble et qui accèdent donc à la grossesse, infertiles, sans jamais avoir été ni diagnostiquées, ni traitées.

Cette recherche nous a aussi confrontée à un seuil commun en ce qui concerne la gravité de leurs troubles : le recours à une méthode capable de les faire *devenir une femme*, tout en réclamant inconsciemment, à travers leur corps lisse, de rester dans l'enfance.

La femme anorexique ayant recours à la pompe à GnRH nous évoque ainsi un paradoxe, voire un court-circuit.

Nous retrouvons un corps qui ne distille pas du féminin pour se faire féconder. Cette fécondation ne résulte d'ailleurs parfois pas de la rencontre sexuelle, en étant doublement assistée, notamment quand la grossesse survient au bout du chemin anorexie-aménorrhée-pompe à GnRH-insémination artificielle.

Par ailleurs, ce grand moment de bouleversement nous a paru être assez révélateur pour ce qui est de la construction des assises narcissiques de ces femmes.

En effet, le désir d'enfant et la grossesse sont parfois vécus comme un investissement narcissique, réparateur, Mme F dit ainsi beaucoup aimer cette période car elle lui permet de ne « pas se sentir seule », sa plus grande difficulté étant lors de l'accouchement, du fait de la tristesse de ne plus voir son corps graine. En outre, l'enfant à venir ne nous semble pas être investi objectalement, en tant qu'individu. Il n'y a pas de projection, comme s'il s'agissait d'un enfant indifférencié. Mme F ne lui parle d'ailleurs que quand elle est seule dit-elle, ce qui signifie peut-être qu'elle ne lui parle que quand elle se *sent* seule.

Mme F nous a confié qu'elle avait déjà le désir d'avoir un quatrième enfant, même si cela lui paraissait économiquement impossible. Toutes les mères souffrant d'un TCA de notre recherche, à l'exception de certaines ayant déjà trois enfants, nous ont

également parlé d'un prochain enfant. Mme A, qui prévoyait de déménager, s'était même déjà renseignée sur quel endocrinologue consulter dans son nouveau lieu de résidence.

Mais est-ce vraiment un désir d'enfant ? Ou un désir de grossesse ? Un désir de se sentir porter dans le corps de sa mère ? Ou de se sentir porter par son corps gréviforme, rond ?

Le traitement par pompe à GnRH, et parfois la grossesse « trop rapide » qu'il engendre, comme l'ont évoqué quelques femmes de cette recherche, nous paraissent faire un court-circuit chez ces femmes dont la séparation d'avec l'objet maternel semble entravé, la maternité réactualisant le processus de séparation/individuation de l'individu.

Cette problématique de séparation/individuation, ayant déjà montré des dysfonctionnements dans le passé, nous paraît ici encore une fois entravée. L'enfant à venir nous paraissant être symboliquement la rencontre avec l'altérité, le passage à cette triade tant combattue et tant refusée nous paraît être psychologiquement douloureux pour ces femmes. On les sent submergées, débordées, désorganisées. L'effondrement dépressif prend place.

Dans la clinique des femmes souffrant d'un TCA et accédant à la maternité, il est important d'accompagner ces femmes, et notamment dans ce processus de séparation/individuation. Colette Combe parle de la transmission de la *féminité psychique*. Le rôle du suivi thérapeutique est essentiel en ce qu'il offre à ces femmes l'avantage de représenter un espace neutre, bienveillant et sécurisant, c'est-à-dire de pouvoir être perçu en tant qu'un objet externe de sécurité, leur permettant de s'approprier leur vécu interne, leurs émotions, et plus généralement d'investir leur vie psychique et la dimension narrative.

Ceci ne sera pas mené sans souffrance, le psychologue devant apporter une dimension d'étayage à l'œuvre dans ce processus à la fois de reconstruction et de deuil de l'enfance, afin de leur permettre de *se construire un passé*, de permettre ainsi, comme l'évoque Sylvie Nezelof (2010), que l'expérience de la grossesse devienne pour elles l'occasion d'accéder à leur filiation et à leur histoire, et que le bébé soit reconnu dans son altérité et s'y inscrive.

Partie 3 : DISCUSSION ET CONCLUSION

Conclusion

Cette recherche a tenté de lier des données quantitatives et qualitatives concernant le désir d'enfant et la grossesse chez les femmes souffrant d'un TCA et accédant à la maternité grâce à la pompe à GnRH :

- dans un premier temps, nous avons mis en évidence la très forte prévalence (95,2%) de femmes souffrant d'un TCA parmi une population de femmes ayant recours à la pompe à GnRH ;
- dans un second temps, nous sommes allée à la rencontre de femmes effectuant cette démarche, les soumettant à un certain nombre de questionnaires et d'entretiens nous ayant permis d'obtenir des données qualitatives en vue d'établir des facteurs pronostiques quant à leur évolution, et d'évaluer les risques encourus par ces femmes durant la grossesse et le post-partum.

Si le résultat obtenu durant notre première phase de recherche est impressionnant en matière de données chiffrées, ceux obtenus lors la seconde phase de cette recherche ne le sont pas moins sur le plan médical et humain.

Ces résultats montrent en effet combien le TCA maternel peut avoir de graves conséquences pour la femme qui en souffre et l'enfant en devenir, ceci aussi bien durant le déroulement de la grossesse que lors du post-partum, et notamment en raison de la potentialité délétère sur la construction de la maternalité et sur le développement du fœtus et de l'enfant.

Au vu de ces résultats, nous pensons qu'il est nécessaire et urgent de considérer enfin la problématique « TCA et grossesse » comme un véritable enjeu de Santé Publique, et ne pouvons qu'appuyer les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en matière de suivi et de prudence.

D'une manière générale, nous voulons ainsi insister sur la nécessité d'un accompagnement spécialisé de toutes les femmes souffrant d'un TCA actuel ou passé et accédant ou souhaitant accéder à la maternité.

Plus particulièrement, et du fait de sa très grande efficacité, une prévention et un accompagnement spécifiques devraient être mis en place pour les femmes suivant un traitement par pompe à GnRH.

Trois recommandations nous semblent particulièrement importantes :

- **prévention** : dépistage des femmes souffrant d'un TCA parmi la population de femmes ayant recours à la pompe à GnRH ;
- **accompagnement spécialisé** : formation du personnel soignant et médical à la clinique particulière de ces troubles ;
- **approche multidisciplinaire** : développement et mise en place d'équipes multidisciplinaires afin d'assurer un suivi de ces femmes dès le début de leur traitement, et jusqu'au sixième mois du post-partum.

Il nous reste désormais à souhaiter que toutes les équipes des services de maternité et de PMA prennent enfin pleinement connaissance de ce problème et appliquent ces recommandations.

Bibliographie

ABRAHAM, N. et TOROK, M. (1978). "L'écorce et le noyau", Ed : Flammarion, [LELN], 1987,

ABRAHAM, S. (1990). Should ovulation be induced in women recovering from an eating disorder or who are compulsive exercisers?. *Fertility and Sterility*. 1990; 53(3): 566-568.

ABRAHAM, S. (2001). Obstetricians and maternal body weight and eating disorders during pregnancy. *Psychosom Obstet Gynaecol*, 2001, 22(3) : 159-163.

ANDERSEN, A. et RYAN, G. (2009). Eating disorders in the obstetric and gynecologic patient population. *Obstet Gynecol* 2009; 114(6): 1353-67.

AULAGNIER, P. (1989). Quel désir, pour quel enfant ? In : *Topique*, n° 44. Pp 201-206.

ANZIEU, D. (1985). *Le Moi-Peau*. Paris : Dunod, 2006.

AMMANNITI, M. (1991). «Représentations maternelles pendant la grossesse et interactions précoces mère-enfant». In *La Psychiatrie de l'enfant*, N. XXXIV,2,1991, pp. 341-358

AMMANNITI, M. et al. (1999). *Maternité et grossesse*. Paris : PUF, 1999.

BENEDEK, T. (1959). «Parenthood as a developmental phase», *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1959, vol.7, n°3, pp.389-417

BARBOSA, I. (2010/11). Les représentations maternelles chez les femmes souffrant d'un TCA. Master 2 Recherche en Psychologie Clinique, sous la direction du Pr Maurice Corcos et du Dr Alexandra Pham Scottez, Université Paris 5.

BATES, GW. et al (1982). Reproductive failure in women who practice weight control. *Fertility and Sterility*, 37: 373.

BION, W. (1979). *Aux sources de l'origine*, Paris : Puf, 2007.

BLAIS, MA. et al. (2000). Pregnancy: outcome and impact on symptomatology in a cohort of eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*. 2000; (27) : 140-149.

BRINCH, M., et al. (1988). Anorexia nervosa and motherhood: reproduction pattern and mothering behavior of 50 women. In : *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1988, 77:611-7. [PubMed].

- BRUSSET, B. (2008) Psychopathologie de l'anorexie mentale, Paris : Dunod.
- BULIK, C., SULLIVAN, P., FEAR, J., PICKERING, A., DAWN, A., McCULLIN, M. (1999). Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: a controlled study. In : *J. Clinical Psych*, 1999; 60(2):130-5.
- BULIK, C., et al, (2010). Unplanned pregnancy in women with anorexia nervosa. In : *Obstet Gynecol* 2010; 116(5): 1136-40.
- BRUCHON-SCHWEITZER et PAULAHAM, I. (1993). Le manuel du STAI-Y de CD Spielberger, adaptation française. Paris : ECPA
- BYDLOWSKI, M. (1991). La transparence psychique de la grossesse, In : *Etudes Freudiennes*, 135-142, 1991.
- BYDLOWSKI, M. (1997). La dette de vie, Paris : Puf, 1997, 203 p., 118p.
- BYDLOWSKI, M. (2000). Je revê un enfant. L'expérience intérieure de la maternité. Paris : Puf, coll. «Le Fil Rouge», 185p.
- CALLAHAN, S. et al. (2003). Les troubles alimentaires : présentation d'un outil de diagnostic et résultats d'une étude épidémiologique chez les adolescents. *L'Encéphale*, 2003 ; XXIX :239-47, cahier 1
- CHABERT C. (1993). «La boulimie: perversion ou mélancolie», In : *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 41, (5-6), p. 250-253.
- CHABERT C. (1999). Problématiques In : CHABERT C. et al., *Névroses et fonctionnements limites*, Paris : Dunod, 2006, p. 73-130
- CHABERT C. (2003). *Le féminin mélancolique*, « Petite bibliothèque de psychanalyse ». Paris : Puf, 2003, 192 p.
- CONTI, J. (1998). Eating behaviour and pregnancy outcome. In : *J Psychosom Res* 1998; 44(3-4): 465-77.
- CORCOS, M. et al. (2000) Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research*, v.93, 263-266p.
- CORCOS M. et al, (2003), «Évolution des approches compréhensives des troubles des conduites alimentaires». *Annales Médico Psychologiques*, 161, p. 621-629.
- CORCOS, M. (2003) Le féminin et le maternel dans l'anorexie mentale, une passivité créatrice : ceci n'est pas une femme. In : *L'évolution psychiatrique*, v. 68, n 2, p. 233-247.
- CORCOS, M. (2004) «Conduites de dépendance à l'adolescence...». In : *Revue française de psychanalyse*, n. 2, p. 469-493.

CORCOS, M. (2004), «Les conduites de dépendance à l'adolescence: le circulaire ou les métamorphoses secrètes de l'absence». *Revue française de psychanalyse*, 2, 2004, p. 469-493

CORCOS, M. (2005), *Le corps insoumis: psychopathologie des troubles de conduites alimentaires*, Paris : Dunod, 344 p.

CORCOS, Maurice., (2010), *Le corps absent: approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires*, Paris: Dunod, 2010 (2ème ed).

CHRISTIN-MAITRE S. (2007). Pregnancy outcomes following pulsatile GnRH treatment: results of a large multicenter retrospective study. In : *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2007; 36(1): 8-12.

CHRISTIN-MAITRE, S. et de CRECI, M. (2007). Pregnancy outcomes following pulsatile GnRH treatment: results of a large multicenter retrospective study. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (Paris), 2007, 36(1):8-12. Epub 2007 Jan 12.

DEI, M. (2008). Predictors of recovery of ovarian function after weight gain in subjects with amenorrhea related to restrictive eating disorders. In : *Gynecol Endoc: The Off J Int Soc Gynecol Endo* 2008; 24(8): 459-64.

DEUTSCH, H. (1949), Suite de couches et allaitement. Début de relations avec l'enfant, In : *La psychologie des femmes*, t. II, Paris : Puf, 2002.

EASTER, A., TREASURE, J., MIVALI, N. (2011). Fertility and prenatal attitudes towards pregnancy in women with eating disorders: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. In : *Int J Obstet Gynecol* 2011; 118(12): 1491-8.

FAIRBURN, G. (1992). Eating habits and eating disorders during pregnancy. *Psychosomatic Medicine* 1992; 54(6): 665-72.

FÉDIDA, P. (1980). « L'arrière-mère et le destin de la féminité », *Psychanalyse à l'université*, 1980, 5 (18), 195-212.

FERENCZI, S. (2007). «Confusion de langue entre les adultes et l'enfant», In : *Psychanalyse IV Oeuvres complètes 1927-1933*, Science de l'homme. Paris : Payot : Malesherbes, 2007

FRANKO, DL., et al. (2001). Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. In : *American Journal of Psychiatry*, 158 : 1461-1466.

FRANZEN, U. et GERLINGHOFF, M. (1997), «Parenting by patients with eating disorders: experiences with a mother-child group», In : *International Journal of Eating Disorders*, 1997; 5:5.

FREZINGER, M. (2010). The prevalence of eating disorders in infertile women. In : *Fertility and Sterility*, 2010; 93(1): 72-8.

FREUD, S. (1893). Un cas de guérison hypnotique avec des remarques sur l'apparition des symptômes hystériques par la «contre volonté», In : *Résultats, idées, problèmes*, Paris : Puf, 2007, tome I.

FREUD, S. et BREUER, J. (1895). Le mécanisme psychique des phénomènes hystériques, In : *Études sur l'hystérie*, Paris : Puf, 2007, p. 1-13, 254p.

FREUD, S. (1914). «Pour introduire le narcissisme», In : *La Vie Sexuelle*, Paris : Puf, 1969, pp. 81-105.

FREUD, S. (1915). «L'Inconscient » In : *Métapsychologie*, Paris : Gallimard, Folio Essais, 2005.

FREUD, S. (1917). Sur les transpositions de pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal. In : *La Vie Sexuelle*. Paris : Puf, 1969.

FREUD, S. (1923). « Le moi et le ça », *Essais de psychanalyse*, Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981.

FREUD, S. (1923). La disparition du Complexe d'Œdipe, In : *La Vie Sexuelle*. Paris : Puf, 1969.

FREUD, S. (1931). « Sur la sexualité féminine ». In *La Vie sexuelle*, Paris : Puf, 1969.

FREUD, S. (1933). «La féminité», *Nouvelles Conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris : Gallimard, 1984.

GODART, N. et al. (2006). «Is major depressive episode related to anxiety disorders in anorexics and bulimics?», *Comprehensive Psychiatric*, 2006, p. 91-98.

GOLSE, B. (2001/2). «De la différenciation à la séparation: it's a long way to go!», *Revue française de psychanalyse*, v. 65.

GOLSE, B. (2010). « À propos de l'enfant et de l'enfance. Quelques questions à l'enfant culturel ou mythique », In : Jacques Besson et al., *Que sont parents et bébés devenus ?* Toulouse : Eres « *Les Dossiers de Spirale* », 2010 (), p. 111-121.

GREEN, A., (2007), «La mère morte», In : *Narcissisme de vie narcissisme de mort*. Paris : Les éditions du minuit, 2007.

GRONIER, H. (2014). Induction de l'ovulation par administration pulsatile de GnRH en 2014: review de la littérature et synthèse des pratiques courantes. In : *Obstet Fertil*. 2014 Oct; 42(10):732-40.

GUEDENEY, N. et FERMANIAN, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry*. 1998;13(2):83-9.

HAYCRAFTA, E. et BLISSETT, J. (2010). Eating disorder symptoms and parenting styles. In : *Appetite*, 2010, v.54, (1), p. 221–224

HOUZEL, D. (2000). Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent Relié. Paris : Puf, coll. Grands Dictionnaires, 832p.

JEAMMET, P. (1989). «Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. Valeur heuristique du concept de dépendance», In : *Confrontations psychiatriques*, 31.

JEAMMET, P. (1991). Dysrégulations narcissiques et objectales dans la boulimie. La Boulimie, Monographies de la Revue Française de Psychanalyse, 81-104.

JEAMMET, P. (1993), «L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires». In : *Neuropsychologie de l'Enfance et de l'adolescence*», 41 (5-6), p.241.

JEAMMET, P. (2001), «D'un narcissisme à l'autre», In : Patrice Huerre et Laurent Renard, Parents et adolescents. Des interactions au fil du temps. Toulouse : Érès, 2001, p.79-90.

JEAMMET, P. et CHABERT, C. (1998). «A psychoanalytic approach to eating disorders: The role of dependency», In: A. H. Esman (Ed.), Adolescent psychiatry: Developmental and clinical studies, Vol. 22. *Annals of the American Society for Adolescent Psychiatry*, Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1998.

JEAMMET, P. (2004) Anorexie boulimie, les paradoxes de l'adolescence, Paris : Hachette, 2004.

JEAMMOT, M. (2007). «Étude de la relation mère-fille dans le cadre des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence», In : *Perspectives Psy*, Volume 46, N°4, octobre-décembre 2007, p.354-361.

JURGENS, M.A., LEVY-RUEFF, M., GOFFINET, F., GOLSE, B., BEAUQUIER-MACOTTA, B. (1993). Étude des propriétés psychométriques d'une échelle d'attachement prénatal. Version française de la *Prenatal Attachment Inventory*, PAI.

JURGENS, MA., et al. (2010). Étude des propriétés psychométriques d'une échelle d'attachement prénatal. Version française de la *Prenatal Attachment Inventory* (PAI, Müller, 1993). *L'Encéphale*, v. 36, (3), p. 219-225 (juin 2010), ; accepted 18 June 2009

KESKI-RAHKONEN et al. (2008). Incidence and outcome of bulimia nervosa : a nationwide population-based study. Cambridge University Press, *Psychological Medicine*, v. 39 (05), pp 823-831

KESTEMBERG, E. et al. (1972). LEBOVICI, S. préf. La faim et le corps: une étude psychanalytique de l'anorexie mentale, Paris : Presses Universitaires de France, coll. Le fil rouge, 301p., 1972.

KOUBAA, S., et al. (2005). Pregnancy and Neonatal Outcomes in Women With Eating Disorders. In : *Obstetrics & Gynecology* 2005; 105(2): 255–60.

KOUBAA S,(2008). Early maternal adjustment in women with eating disorders. In : *International Journal of Eating Disorders*, 2008; 41(5):405–10.

LACEY, JH. et SMITH, G. (1987) Bulimia nervosa. The impact of pregnancy on mother and baby. *The British Journal of Psychiatry*, 1987, 150 (6) 777-781;

LACHCAR P. (1991) « Ambivalence du désir d'enfant chez l'adolescente », In : *Gynécologie et Psychosomatique*, 1991, 1, p.5-8

LAMAS, C. (2006). Alexithymia in infertile women. In : *J Psychosom Obstet Gyneacol*, 2006; 27: 26-30.

LAMAS, C., SHANKLAND, R., NICOLAS, I., Guelfi, JD. (2012). *Les Troubles des conduites alimentaires*. Paris : Masson. 176 p.

LAPLANCHE, J., PONTALIS JB., (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris : Puf, 2004.

LAPLANCHE, J. (1989) *Problématiques III : la sublimation*. Paris : Puf, 256p.

LEBOVICI, S. et al. (2009). «Les interactions fantasmatiques », In : Serge Lebovici, *L'arbre de vie*, Toulouse ; Eres, « À l'Aube de la vie », 2009, p. 73-86.

LEDDY, MA., CANDACE, J., MORGAN, MA., SCHULKIN, J. (2009). Eating Disorders and Obstetric-Gynecologic Care. In : *Journal of Women's Health*, 2009, v. 18 9): 1395-1401

LEINONEN, JA., SOLANTAUS, TS., PUNAMÄKI, RL. (2003). Parental mental health and children's adjustment: the quality of marital interaction and parenting as mediating factors. In : *J Child Psychol Psychiatry*. 2003, 44(2):227-41.

LINNA, M. (2013). Reproductive health outcomes in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2013; 46(8): 826-33.

LINNA, M., RAEVUORI, A., HAUKKA, J., SUVISAARI, J., SUOKAS, J., GISSLER, M., (2014). Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *Am J Obstet Gynecol*, 2014; 211(4): 392-8.

LOGAK, Z. et BARBOSA, I. (2001). Prise en charge psychanalytique des troubles des conduites alimentaires : au risque de se rencontrer soi-même, In: *Collection Cahiers de Sainte-Anne*, Ed. Lavoisier (in press).

MARINOV, V. (2001). *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*. Paris : Puf

MAZZEO, S. et al. (2006). «Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionisme in a popular-based sample of adult women». *International journal of eating disorders*, 2006, 39:3.

MELLIER, D. (2008), «La question du « travail de contenance » dans la petite enfance», *Spirale*, 48, 2008, p. 19-31

MICALI, N., SIMONOFF, E., TREASURE, J. (2007). Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. In : *The British Journal of Psychiatry* 2007; 190(3): 255–9.

MICALI, N. et TREASURE, J. (2009). Biological effects of a maternal ED on pregnancy and foetal development: a review. In : *European Eating Disorders Review* V.17, (6), p. 448–454.

MICALI, N. (2010). Management of eating disorders during pregnancy In : *Progress in Neurology and Psychiatry, Progress in Neurology and Psychiatry*, v.14, (2),24-26p.

MICALI, N., DE STAVOLA, B., DOS SANTOS SILVA, I., STEENWEG DE GRAAFF, J., JANSEN, P., JADDOE, V., HOFMAN, A., VERHULST, F., STEEGERS, E., TIEMEIER, H. (2012). Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: a population based study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2012;119(12):1493-502.

MICALI, N., et al. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ*, 2013.

MICALI, N. (2013). Childhood psychopathology in children of women with eating disorders: understanding risk and mechanisms. *J Child Psychology and Psychiatry*, 2013;55(2): 124-34.

MICALI, N., et al. (2014). Fertility treatment, twin births and unplanned pregnancies in women with eating disorders: findings from a population-based cohort. In :*J Obstet Gynecol* 2014; 121(4): 408-16.

MORO, MR. (2003). <<Éloge de l'arbre de vie>>. In :Joyce Aïn, *Transmissions*, Eres <<Hors collection>>, 2003, p. 73-81.

MISSONIER, S. (2006). L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel, Missonier, S., Golse Bernard et Soulé Michel. *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, Paris : Puf, p. 119-144.

MORGAN, J.F., et al. (2006) Risk of postnatal depression, miscarriage, and preterm birth in bulimia nervosa: Retrospective controlled study. In : *Psychosom Med.* 2006;68:487–92.

NACHT, S. et RACAMIER, PC. (1959). « Les états dépressifs, étude psychanalytique (XXIe Congrès International de Psychanalyse, Copenhague ; Juillet 1959) », *Revue Française de Psychanalyse*, t. XXIII, n° 5, pp. 567-605.

NEZELOF, S. et DODANE, C. (2010). << Quand les processus addictifs rencontrent ceux de la parentalité : un climat de turbulences psychiques>>, *Psychotropes*, v. 16, p 9-16.

NICOLAS, I. (2009). «Désir d'enfant et adolescence anorexique», In : *Désir d'enfant*, Puf: Paris, 2009, p. 85-100.

PHAM-SCOTTEZ, A. (2012). Troubles de la personnalité et troubles des conduites alimentaires: modèles théoriques et réalité clinique. Food and Nutrition. Université Paris VI. 466p.

PARK, JP. et al. (2003) The offspring of mothers with eating disorders. In : *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003;12 (1):110–19. [PubMed]

PASTERNAK Y, WEINTRAUB A, SHOHAM-VARDI I, SERGIENKO R, GUEZ J, WIZNITZER A, SHALEV H, SHEINER E, (2012). Obstetric and perinatal outcomes in women with eating disorders. In : *J Women's Health* 2012; 21(1): 61-5.

RACAMIER PC. et al. (1961). La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum, *Evol. Psychiat*, 26, 1961, 525-570.

RACAMIER, PC. (1978), «A propos des psychoses de la maternalité», in Soulé M. et al., *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*. Paris : ESF; 1978. pp 41-50.

RACAMIER, PC. (1979), «La maternalité psychotique», In : *De psychanalyse en psychiatrie, Etudes psychopathologiques*, Paris : Ed. Payot Rivages, 1979, p.193-242.

RACAMIER, PC. (1979). De la Psychologie à la psychopathologie de la maternité, la maternalité psychotique. De psychanalyse en psychiatrie : études psychopathologiques : travaux réunis (1979), pp. 193-242

RESCH, M. et al. (1999). Eating disorder in hungarian women. In : *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, v. 20, Issue 3, 1999.

RESCH, M., SZENDEI, G., HAASZ, P. (2004). Eating disorders from a gynecologic and endocrinologic view: hormonal changes; *Fertility and Sterility*, 2004; 81(4): 1151-3.

ROCCO, PL., et al (2005). Effects of pregnancy on eating attitudes and disorders: a prospective study. **IN** : *J Psychosom Res*, 2005 (59):175-9. [PubMed].

ROUSSILLON, R. (2008). *Le jeu et l'entre-je(u)*, Paris : Puf, coll. Le fil rouge, 306 p.

ROUSSILLON, R. (2011). Le concept du maternel primaire. In : *Revue française de psychanalyse*, 2011, 5 (75), p. 1497-1504.

ROUX, H., BLANCHET, C., STHENEUR, C., CHAPELON, E., GODART, N. (2013). Somatic outcome among patients hospitalised for Anorexia Nervosa. In : *Adolescence: disorders reported and links with global outcome. Eat Weight Disord*. 2013; 18(2):175-82.

SOLIS-PONTON, L. (2004). La parentalité, défi pour le troisième millénaire. Un hommage international à Serge Lebovici, Paris: Puf., 2004.

SOLLID C., et al. (2004). Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. In : *Am J Obstet Gynaecol* 2004; 190(1): 206-10.

SOLMI, F. et al. (2013). Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa. In : *Epidemiologic Reviews*. 2013; 36(1):49–56.

SOULÉ, M. (1982). « L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire », dans *La dynamique du nourrisson*, Paris : Esf, coll. « La vie de l'enfant », 175p.

STEIN, A. et al. (1994) «An observational study of mothers with eating disorders and their infant», In : *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1994; 35: 773-748.

STEIN, A., Woolley, H., McPherson, K. (1999). Conflict between mothers with eating disorders and their infants during mealtimes. 1999, *The British Journal of Psychiatry*, 175 (5) 455-461

SPIELBERGER, CD. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

STERN, D. N. (1989) «L'entretien « R » : une méthode d'évaluation des représentations maternelles», in *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*, Paris: *Eshel*, Genève: *Médecine et Hygiène ESHEL*, Médecine et Hygiène, 1989.

STERN, D., N. (1991). «Maternal representations: A clinical and subjective phenomenological view». In : *Infant Mental Health Journal*, 1991, p. 175-186.

STEWART, D., ROBINSON, E., GOLDBLOOM, D., WRIGHT, C. (1990). Infertility and eating disorders. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163(4):1196-9.

STOLERU, S. LEOVICI, S. (2004). L'interaction parent-nourrisson. In : LEOVICI, S., DIATKINE, R., SOULÉ, M. *Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, v. 1, p. 319-337. Paris : PUF.

VAN ELBURG, A. (2007). Predictors of recovery of ovarian function during weight gain in anorexia nervosa. *Fertility and Sterility* 2007; 87(4):902-4.

YI, M. K., (2006), «Passionément l'autre». In : ANDRE, J. et ASSEO, S. orgs, *La folie maternelle ordinaire*, Petite Bibliothèque de Psychanalyse , Paris:PUF, 2006, pp. 29-45.

WAUGH, E., et BULICK, C. (1999). Offspring of women with eating disorders. In *J Eat Disord* 1999; 25(2): 123-33.

WINNICOTT, DW. (1956) *La préoccupation maternelle primaire*, In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*, 2009, p. 285-292.

WINNICOTT, DW. (1956) *La mère suffisamment bonne*. Paris : Petite Bibliothèque Payot , 2006.

WINNICOTT, DW. (1975) *Jeu et réalité: l'espace potentiel*, Paris : Gallimard (Folio-Essais), 1975.

WOODSIDE , DB. et SHEKTER-WOLFSON, LF. (1990), «Parenting by patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa». In : *International Journal of Eating Disorders*, 1990; 9:303.

ZAZZO, R. (1979) «L'attachement: une nouvelle origine sur les origines de l'affectivité», In : R. Zazzo, *L'attachement*, Paris:Delachaux et Niestlé, 1979, pp. 21-55.

ZECH, E., LUMINET, O., RIMÉ, B., WAGNER, H. (1999). Alexithymia and its measurement: confirmatory factor analyses of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and the Bermond-V.

Annexes

Publications

Liste complète de titres

Publications

Annexe 1

BARBOSA MAGALHÃES Irema, PHAM-SCOTTEZ Alexandra, CORCOS Maurice, Troubles des conduites alimentaires et maternité : dysfonctionnements dans la parentalité, interrogations sur la lignée transgénérationnelle maternelle et enjeux au moment du devenir mère – données d’une étude exploratoire, Perspectives Psy, numéro spécial « Convergences » (*in press*).

Annexe 2

BARBOSA MAGALHÃES Irema, CORCOS Maurice, PHAM-SCOTTEZ Alexandra, Eating disorders and gonadotropin-releasing hormone pulsatile administration : diagnosis of lifetime ED among women seeking infertility treatment in France (soumis, en révision au Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology)

Annexe 3

BARBOSA Irema, Construction d'une recherche autour du désir d'enfant et de la périnatalité, chez les femmes souffrant de TCA, In: Malaise dans l'oralité, Ed. PUF (*in press*).

Annexe 4

LOGAK Zoé, **BARBOSA Irema**, Prise en charge psychanalytique des troubles des conduites alimentaires : au risque de se rencontrer soi-même, In: Collection Cahiers de Sainte-Anne, Ed. Lavoisier (*in press*).

Annexe 1

BARBOSA MAGALHÃES Irema, PHAM-SCOTTEZ Alexandra, CORCOS Maurice, Troubles des conduites alimentaires et maternité : dysfonctionnements dans la parentalité, interrogations sur la lignée transgénérationnelle maternelle et enjeux au moment du devenir mère – données d’une étude exploratoire, Perspectives Psy, numéro spécial « Convergences » (*in press*).

Troubles des conduites alimentaires et maternité : dysfonctionnements dans la parentalité, interrogations sur la lignée transgénérationnelle maternelle et enjeux au moment du devenir mère - données d’une étude exploratoire.

Irema BARBOSA MAGALHAES¹ ; Alexandra PHAM-SCOTTEZ² ; Maurice CORCOS³

¹ Psychologue Clinicienne, CMME, Hôpital Sainte-Anne ;

² Psychiatre, Praticien Hospitalier de l’Unité TCA, CMME, Hôpital Sainte-Anne ;

³ Psychiatre, Professeur de Psychiatrie infanto-juvénile, Université Paris V - René Descartes, Chef de service du Département de Psychiatrie de l’adolescent et du jeune adulte, Institut Mutualiste Montsouris ;

Mots clés : anorexie, boulimie, trouble des conduites alimentaires, dysfonctionnement de la parentalité, lignée transgénérationnelle maternelle, maternité.

Longtemps une pensée dominante affirmait que les femmes souffrant d’un trouble des conduites alimentaires (TCA), et notamment d’une anorexie mentale, ne pouvaient pas avoir d’enfant, ceci particulièrement en raison du fait que la dénutrition entraîne des perturbations hormonales, à l’origine de troubles de l’ovulation et de l’aménorrhée.

Nous remarquons pourtant, à travers notre travail clinique, qu’il est de plus en plus fréquent que les femmes souffrant d’un TCA actuel ou passé, soient désireuses d’avoir un enfant et parviennent à être enceintes. La littérature internationale va d’ailleurs dans le sens de notre pratique, et plusieurs études ont déjà été publiées à ce sujet.

Les publications concernant les grossesses chez les femmes souffrant d’un TCA sont ainsi divisées en deux catégories : d’une part celles qui affirment que, malgré tous les dysfonctionnements du cycle ovulatoire observés chez les femmes souffrant d’un TCA, celles-ci conçoivent leurs grossesses de façon spontanée et parfois même de façon non planifiée (Waugh et Bulik, 1999 ; Bulik *et al.*, 2010 ; Micali *et al.*, 2014) ; et d’autre

part celles, plus nombreuses, qui s'interrogent sur la probable réduction de la fertilité provoquée par ces pathologies alimentaires, et qui s'attachent à déterminer le taux de femmes souffrant d'un TCA parmi la population de patientes consultant les services de Procréation Médicalement Assistée (Brinch *et al.*, 1988, Easter *et al.*, 2011 ; Stewart *et al.*, 1990, Resch *et al.*, 2004 ; Pasternak *et al.*, 2012 ; Andersen *et al.*, 2009, Freizinger).

La littérature internationale, comme notre pratique clinique, montre que la grossesse chez les femmes souffrant ou ayant souffert d'un TCA peut être vécue de deux manières : soit d'une façon très idéalisée et épanouissante, avec une rémission des symptômes anorexiques et/ou boulimiques, notamment chez les patientes ayant un état somatique satisfaisant (Lacey *et al.*, 1987 ; Rocco *et al.*, 2005) ; soit avec une intensification des symptômes anorexiques et/ou boulimiques, notamment chez les patientes ayant un état somatique plus préoccupant (Koubaa *et al.*, 2005 ; Micali *et al.*, 2007). Cependant, si nous remarquons cette différence durant la grossesse, les symptômes TCA ont, quoi qu'il en soit, tendance à réapparaître de manière amplifiée lors du *post-partum*, y compris chez les patientes qui ont été asymptomatiques durant des années.

Pour ce qui est de l'accouchement et des nouveau-nés, les données convergent de façon plus préoccupante : des risques accrus de fausse couche, d'accouchement prématuré et de faible poids de naissance ont été mis en évidence par plusieurs études (Conti *et al.*, 1998 ; Waugh et Bulik, 1999 ; Bulik *et al.*, 1999 ; Park *et al.*, 2003 ; Sollid *et al.*, 2004 ; Andersen *et al.*, 2009 ; Micali *et al.*, 2012 ; Pasternak *et al.*, 2012 ; Linna *et al.*, 2014 ; Solmi *et al.*, 2013).

En ce qui concerne le devenir mère des femmes souffrant d'un TCA, la majorité des recherches se concentre sur leur façon de nourrir leur enfant et sur leur préoccupation excessive pour le poids de celui-ci (Woodside *et al.*, 1990 ; Franzen *et al.*, 1997 ; Park *et al.*, 2003). Le devenir des enfants de mères souffrant d'un TCA commence d'ailleurs à faire l'objet de recherches, des troubles psychiatriques ayant été clairement identifiés chez ces enfants (Micali *et al.*, 2013 ; Micali *et al.*, 2014).

Cependant, au-delà de toutes les conséquences d'ordre somatique observées chez les femmes souffrant d'un TCA, depuis la grossesse jusqu'à la maternité, ainsi que chez leurs enfants, notre questionnement porte aussi sur la place du travail de prévention, et vise à trouver de nouvelles pistes de réflexion, ceci afin d'élargir les possibilités de prise en charge de ces femmes.

La psychopathologie des sujets souffrant de ces troubles est marquée par trois traits caractéristiques : celui de la vulnérabilité, de la dépendance narcissique ; celui du recours à l'agir et celui du masochisme moral. Cependant, pour appuyer l'hypothèse de notre étude, nous nous sommes volontairement axés sur la compréhension de la problématique narcissique, notamment car l'adolescence et la maternité sont deux moments de remaniements psychiques majeurs pouvant jouer un rôle révélateur et réactualiser cette problématique.

Chez ces patientes, la vulnérabilité narcissique peut représenter un facteur de risque considérable pour l'avenir. Cette problématique trouve ses origines très tôt, dès le moment des interactions précoces mère-enfant.

Toute la clinique de la première enfance indique que les premières interactions mère-bébé doivent être suffisamment adéquates pour que le bébé puisse les intégrer et se les approprier. Joyce McDougall a été l'une des premières à parler de ces soins comme d'un mode de « communication primitive », de « messages » entre la mère et son enfant. René Roussillon (2011) parle d'une « évaluation » des soins maternels de la part du bébé, comme si le nouveau-né était déjà dans l'attente de ces soins : « tout ce que nous savons à l'heure actuelle sur la vie psychique des bébés porte à penser que les bébés ont, au moins à certains moments et en partie, des attentes à l'égard des réponses et des qualités relationnelles de la mère, qu'ils doivent ou peuvent rencontrer en regard de leurs élans et mouvements pulsionnels propres ». Les déceptions premières apparaissent comme « la figure centrale des traumatismes précoces et de la souffrance qui leur est associée ».

Chez les femmes souffrant de TCA, ces soins maternels seraient vécus par l'enfant comme « défailants ». Selon Maurice Corcos (2010), cette défaillance concernerait plus particulièrement l'investissement corporel de l'enfant par sa mère. Ces investissements seraient vécus comme opératoires, en creux, pour tout ce qui concerne les affects, le toucher, les mots, les regards et le contact corps à corps, qui sont des fondements indispensables pour que l'enfant puisse se sentir investi, érotiquement parlant, et ainsi puisse se sentir exister.

En termes « winnicottiens », ce dysfonctionnement entraverait deux prémices fondamentales pour la conception du moi psychique et corporel de l'enfant : le « handling », ou la manipulation physique du bébé, qui est précurseur dans la constitution d'une intériorité et des limites corporelles ; et le « holding », ou le fait de tenir le bébé,

qui joue un rôle de pare-excitation par les soins maternels, indispensable au développement et à l'intégration de soi.

Ce dysfonctionnement entraîne un échec des intériorisations précoces dans le sentiment d'une « continuité d'être ». Le processus de séparation-individuation d'avec l'objet primaire échoue et nous retrouvons une problématique de dépendance narcissique du moi à l'objet. La construction du moi corporel et psychique est altérée. De ce fait, ces sujets n'arrivent pas à se sentir exister en tant qu'objet séparé de leur premier objet d'amour, ce qui fait défaut dans la construction de leurs assises narcissiques. Ces futurs hommes et femmes ont manqué et manquent d'espace, physique et psychique, pour construire et investir leur espace, pour apprendre à donner une continuité à leurs désirs, besoins, émotions et sensations. Par conséquent, ce dysfonctionnement empêche une bonne distillation puis intégration du féminin.

Cet article vise ainsi à aborder une autre perspective concernant la maternité des femmes ayant ou ayant eu un TCA : nous avons voulu partir de l'évaluation de la vulnérabilité narcissique chez ces femmes, pour essayer de comprendre comment la problématique narcissique-objectale se rejouera au moment du devenir mère.

Dans la clinique des patientes souffrant d'un TCA, les investissements objectaux sont fragiles, et l'on relève différents degrés dans la désorganisation affective entre le désespoir, l'absence de tout projet et le sentiment de vide.

Dans cette étude de cas, nous sommes partis de l'hypothèse d'existence du dysfonctionnement de la relation mère-fille, entre les femmes souffrant d'un TCA et leurs propres mères (Corcos, 2010). Ce qui serait joué dans la prime enfance des patientes serait réactivé au moment de la maternité, d'autant plus lorsqu'il s'agit de la naissance d'une fille, ce qui pourrait représenter un effet de miroir par rapport à la mère elle-même. Le fait de devenir mère et la remise en question de la problématique de séparation et d'individuation d'avec l'objet maternel primaire contribueraient à favoriser un dysfonctionnement entre les mères TCA et leurs enfants, en réactivant et en projetant leur problématique de dépendance/autonomie à l'égard de leur imago maternel.

Comment ces mères vont-elles penser les questions de transmission et de filiation avec leurs enfants ? Leurs failles narcissiques risqueront-elles de se réactiver au moment du devenir mère ? Comment se rejouera la problématique de séparation et d'individuation d'une génération à l'autre ?

Dans cette étude, nous avons eu pour principal intérêt d'explorer l'univers fantasmatique maternel, puis, au sein de celui-ci, les représentations de la mère liées à l'enfant, à la filiation maternelle (mère TCA/sa propre mère), ce qui nous a amenés à une interrogation quant à une possible et inquiétante filiation intergénérationnelle dans la transmission d'une même problématique de dépendance (mère/grand-mère/petite-fille). Nous nous sommes par ailleurs intéressés au père et au conjoint de ces femmes.

Les hypothèses de cette étude:

Hypothèse principale:

- Dysfonctionnement de la relation entre les femmes souffrant d'un TCA et leurs mères

Nous supposons pouvoir retrouver une perturbation préexistante du lien mère-fille, qui sera réactivée lors des remaniements psychiques de la grossesse et de la maternité.

Hypothèses secondaires:

- Dysfonctionnement de la relation entre mère/grand-mère

Nous supposons que le dysfonctionnement entre la patiente TCA et sa mère aurait une composante inter-générationnelle, c'est-à-dire qu'il y existerait aussi un dysfonctionnement dans le lien mère/grand-mère.

- Comparaison entre mères anorexiques restrictives pures (AR), mères boulimiques (BN), mères souffrant d'une anorexie avec des accès boulimiques (AB) et groupe contrôle.

Les études actuelles ne font pas de différence entre les mères anorexiques restrictives pures et les mères boulimiques. Nous supposons une exacerbation défensive du contrôle et de la maîtrise chez les mères anorexiques pures, tandis que nous faisons l'hypothèse d'un effondrement anxio-dépressif chez les mères boulimiques.

Recueil de données :

Nous avons organisé 2 rencontres avec chaque mère, la durée des entretiens a été d'environ 1h30 chacun. Les entretiens ont eu lieu à la CMME, à l'hôpital Sainte-Anne, Paris. Toutes les mères ont été informées de la confidentialité des informations, et un consentement libre et éclairé a été signé. Tous les entretiens ont été, avec leur accord, enregistrés et retranscrits dans leur intégralité.

Modalités de recrutement:

Nous avons étudié et évalué 8 mères au total : 2 mères souffrant d'anorexie restrictive pure, 2 mères souffrant d'anorexie avec des accès boulimiques, 2 mères souffrant de boulimie à poids normal, et 2 mères n'ayant jamais souffert de TCA.

Les instruments utilisés et leurs objectifs :

- Le MINI (critères DSM-IV-TR TCA) : pour diagnostiquer le TCA ;
- L'anamnèse : 26 questions abordant le contexte familial, l'histoire des TCA, de la grossesse et de l'accouchement ;
- « L'entretien R », créé par Stern, Robert-Tissot, (1981) : entretien semi-directif de 28 questions (ouvertes et fermées) autour de 10 thèmes, pour évaluer les représentations maternelles concernant son enfant, les événements marquants de son passé, sa description en tant que mère et en tant que personne, la description de sa mère, les ressemblances avec sa famille, les affects liés aux représentations, les désirs et les peurs, l'estime de soi...
- Entretien « TCA Maternité », inspiré de celui élaboré par Isabelle Nicolas, Claire Lamas et Corinne Dugré-Lebigre : 10 questions ouvertes concernant, entre autres, les filiations maternelles, les relations de couple et les modifications corporelles liées à l'adolescence et à la grossesse ;
- L'Inventaire des Relations Mère-Fille (L'IRMF) : version française du Mother-Daughter Relationship Inventory (MDREL), élaboré par Inazu et Fox (1980), traduit en français par Julie Achim. Composé de 9 questions, il évalue quantitativement la qualité de la perception (bonne ou mauvaise) de la relation mère-fille.

Résultats de l'étude :

Les mères :

Tableau 1 : les mères de cette étude

Mère	L'âge actuelle	TCA	L'âge du début du TCA	L'âge du bébé Fratrie
AR 1	33 ans	Anorexie Restrictive	27 ans	2 ans et 6 mois (une fille aînée)
AR 2	32 ans	Anorexie Restrictive	20 ans	2 ans (un garçon aîné)
AB 1	28 ans	Anorexie avec des accès boulimiques	15 ans	1 an et 7 mois (primipare)
AB 2	29 ans	Anorexie avec des accès boulimiques	21 ans	1 an et 2 mois (primipare)
BN 1	35 ans	Boulimie	13 ans	3 mois (primipare)
BN 2	33 ans	Boulimie	25 ans	1 mois et 15j (primipare)
C1	30 ans	Pas de TCA Contrôle	-	3 ans (primipare)
C2	23 ans	Pas de TCA Contrôle	-	2 mois et 15j (primipare)

La prise de poids durant la grossesse :

Les données concernant leurs poids en début de grossesse sont assez hétérogènes. Leur Indice de Masse Corporelle (IMC) est compris entre 15,1 (qui signifie un état de dénutrition majeure) chez la mère AR1, jusqu'à 19,8 chez la mère AB2. La prise de poids durant la grossesse est aussi assez variable, allant de de +3kg, chez la mère BN2, à +11kg chez la mère AB2, et de +10kg à +30 kg chez les mères n'ayant jamais souffert de TCA.

En ce qui concerne la durée de la gestation, tous les résultats ont été normaux, dès 37 semaines chez la mère AB2 et jusqu'à 41 semaines chez la mère BN2.

L'IRMF et les représentations des parents :

L'inventaire de la relation mère-fille (IRMF) établit que la fille a une perception de bonne qualité de la relation avec sa mère quand le score est supérieur ou égal à 29 sur 36.

Les résultats des mères TCA ont été compris entre 17 et 24 (sur 36), ce qui montre que ces mères évaluent négativement le lien entre elles et leurs mères, comme nous pouvons le voir dans le tableau 2. Par ailleurs, nous notons que le résultat de la mère BN1, 17/36, représente un écart important par rapport aux résultats de toutes les autres mères souffrant d'un TCA, qui sont compris entre 21 et 24 sur 36.

Par contre, les deux mères qui n'ont jamais souffert d'un TCA semblent avoir une bonne perception du lien qu'elles ont avec leurs mères, la mère contrôle 1 ayant un résultat de 33 sur 36 et la mère contrôle 2, de 30 sur 36.

Ci-dessous nous pouvons observer, dans le tableau 2, les résultats obtenus à l'IRMF et quelques représentations liées à cette relation mère-fille. Il nous paraît aussi pertinent de présenter ici le contraste des représentations liées aux pères de ces jeunes femmes.

Tableau 2 : L'IRMF, les représentations de la mère et du père

Mère	Score IRMF	Représentation de la mère	Représentation du père
AR 1	23/36	« elle avait du mal toujours à... exprimer ses sentiments avec moi. (...) (Elle était) détachée, peu câline... peu soucieuse de moi et voilà... Enfin, je me posais souvent la question si elle m'aimait quoi ».	« je n'ai jamais eu de reproche à lui faire, il a toujours eu une place effacée quel que soit même vis-à-vis de ma mère »
AR 2	24/36	« Elle est affectueuse mais dans son sens. (...) pas question d'amour en disant je t'aime ou prendre dans les bras... »	« il nous aime aussi mais... pas de la même manière, il nous amenait partout. »

Tableau 2 : L'IRMF, les représentations de la mère et du père

AB 1	21/36	« je dirais qu'on a eu une relation fusionnelle (...) entre elle et papa, il y avait une petite place et c'est là que je me suis mise. (...) Il y avait beaucoup d'affection ou à l'extrême, beaucoup de règles, beaucoup de limites. (...) Dès qu'elle voyait que je n'en me sortais pas (ndlr : des TCA), ça s'est très vite transformé en haine , il y avait de la violence physique ».	« il n'était pas très souvent là »
AB 2	23/36	« je sais pas... affectueuse... par contre exigeante (...), par contre stressée »	Ne fait allusion qu'en tant que grand-père « ils sont passés 'papi et mamie et ça se passe très bien »
BN 1	17/36	« elle était très très stricte, très sévère, très sèche. (...) J'ai du mal à caractériser cette relation parce que j'ai toujours été très fusionnelle avec ma mère »	« je le plaçais sur un piédestal, c'était mon idéal. (...) J'avais l'impression qu'il me respectait contrairement à ma mère, le problème c'est qu'il n'était pas là souvent »
BN 2	22/36	« très fusionnel (...) je n'arrivais pas à me détacher d'elle sans que ce soit dans la violence » « elle est pas très physique ma mère, elle n'aime pas toucher »	« il n'est pas intrusif (...) il est là quand on a besoin de lui. (...) Le rejet c'est pour vraiment... réservé à ma mère mais mon père, il y a pas de rejet ».
C1	33/36	« elle était à la maison, on a eu beaucoup de chance, on a eu beaucoup d'amour (...) on était protégé, elle était plutôt drôle, on jouait aussi. Elle était peut-être pas assez sévère. »	« en fait ça s'est équilibré avec un père qui était plus (ndlr : sévère) »
C2	30/36	« elle s'occupait pas mal de moi, on était toutes les 2 très câlines. (...) Disons que c'était une mère présente et active. »	« Je n'ai pas beaucoup de souvenirs de lui quand j'étais petite parce que mes parents ont divorcé quand j'étais très jeune »

Le lien entre leurs propres mères et leurs grand-mères :

Le sentiment vécu subjectif de défaillance dans le lien mère/fille est aussi perçu dans le lien mère/grand-mère. Cela va également dans le sens de notre hypothèse secondaire selon laquelle il existerait un télescopage des problématiques dans un dysfonctionnement des liens précoces transgénérationnels dans le lien mère/grand-mère.

Tableau 3 : représentation mères/grand-mère

Mère	<i>Représentation de la relation mère/grand-mère</i>
AR 1	« c'était justement le même type de relation, très peu de relation maternelle, quoi, enfin, pas beaucoup de câlins »
AR 2	« ma grand-mère était très... elle était un petit peu schizophrène , donc elle passait ses journées à l'hôpital donc en fait ma mère a jamais été chez elle, elle était en pension chez les bonnes sœurs donc elle revenait passer le week-end et puis sinon... elle a jamais connu franchement ses parents (...) il y avait plus de relations avec mon grand-père mais c'était pas vraiment de l'affection »
AB 1	« j'étais petite mais je sais que (...) sa maman était très autoritaire . Ma maman était celle du milieu, ça a toujours été celle qui a toujours dit les choses à sa maman, même si ça ne lui plaisait pas. (...) Elle a toujours été très proche de sa maman »
AB 2	« là, c'est pareil . Elles habitent l'une à côté de l'autre. Elles se voient tous les jours.»
BN 1	« elles se téléphonent souvent (...) elle l'aime mais le ton peut monter très vite et on sent plein de reproches dans la voix de ma mère (...) on sent que ma mère peut se mettre facilement en colère »
BN 2	« c'est une relation que j'ai toujours critiquée parce que je pense que c'est un peu la même que ma mère et moi . (...) Elles sont très proches, oui c'est beau, elles s'entendent bien, non c'est même pas ça, il y a les côtés négatifs de la fusion aussi. Ma mère je trouve qu'elle parle pas très gentiment à ma grand-mère»
C1	« elle n'est pas très bonne parce qu'en fait ma mère a une histoire un peu complexe, elle, elle en fait, ma mère ne connaît pas son père euh, et elle a été élevée par sa grand-mère (...) c'est un peu tabou (...) elle ne parle pas trop de sa relation avec sa mère »
C2	« Ma grand-mère je la connais pas, en fait, je l'ai connue quand j'avais 15 ans. C'est très conflictuel, je les ai pas vu en conflit parce que je les ai pas vus »

Les représentations maternelles et échelles de l'entretien R :

Toutes les mères, sauf la mère BN1, se représentent exactement en regard et sur le modèle de leurs propres représentations de leurs mères, qu'il s'agisse d'une représentation positive ou négative.

La représentation de la mère est aussi celle qui prend le plus place dans le discours de ces femmes, témoignant qu'elle pourrait occuper une place centrale dans le psychisme des mères TCA.

Leurs pères à elles sont aussi représentés d'une façon très positive, mais connotée souvent d'un vécu d'absence physique et psychique « mon père a toujours eu une place effacée même vis-à-vis de ma mère » est, par exemple, une phrase qui nous a été confiée par la mère AR1 mais que nous avons entendue, d'une certaine façon, dans tous les discours des mères TCA.

Le père de l'enfant est toujours représenté d'une façon très positive, voire idéalisée, même si celui-ci ne nous semble pas avoir, paradoxalement, beaucoup de place dans le discours de ces mères.

Le bébé est aussi représenté d'une façon très positive. A part la mère BN2 qui considère que son enfant est « une personne en entier » et qu'il n'a pas hérité des caractéristiques de ses parents, toutes les autres mères, pour décrire leurs bébés, ont attribué les adjectifs positifs ainsi qu'à leurs compagnons, comme nous le verrons dans le tableau ci-dessous :

Tableau 4 : les représentations maternelles concernant leurs maris et leurs bébés

Mère	<i>La place du mari après l'accouchement</i>	<i>Représentation du bébé</i>
AR 1	« Il a participé ouais parce qu'en plus à ma 2ème grossesse... j'étais un peu plus fatiguée et donc pour me lever la nuit... il a participé et en plus il donnait le biberon et... moi je me reposais un peu plus. Parce que je pense que j'étais plus en dénutrition. »	« calme, eh... souriante... et puis... eh... enfin, j'arrive pas à... elle est pas colérique... j'arrive pas à trouver en tout cas de... d'adjectif négatif. (...) Elle ressemble à son papa plus. Pour les traits physiques, à ma grand-mère maternelle. Parce que... le visage, les traits du visage... le regard... »

Tableau 4 : les représentations maternelles concernant leurs maris et leurs bébés

AR 2	« Avec 'ma fille' j'ai insisté pour qu'il coupe le cordon ombilical il a fait » « C'est vrai qu'il est présent pour mes enfants et il a toujours été présent toujours là pour moi quoi, toujours présent. »	« je dirais un bébé dynamique, très joyeux, fait tout le temps des sourires ».
AB 1	« je sais, je savais que moi je l'avais oublié un petit peu » (ndlr : après la naissance de sa fille)	« un bébé dynamique, très joyeux (...) elle a le côté têtu de l'un comme de l'autre. Elle est obstinée comme son papa »
AB 2	« Il a été vraiment bien parce qu'il a pas peur du tout. Il lui donnait le bain, là il lui donne encore. Il lui donnait le biberon »	« c'est un joli bébé (...) très curieux... et qui commence à avoir du caractère. Quand il est sage, il ressemble à son père ; quand il est colérique, à moi »

BN 1	« il me disait qu'il avait l'impression de ne pas être son père (...) il ne se retrouve pas dans son fils »	« la nervosité de nous deux, la gentillesse je crois de son père , la curiosité de moi. (...) je ne me reconnais pas en lui physiquement. (...) la bouche c'est plus de ma famille et le nez de ma famille, après je ne saurais pas vous dire si c'est mon nez, celui de ma mère... »
BN 2	« Lui, il veut sa place . Il aimerait avoir beaucoup...enfin... il aimerait... il veut sa place (...) heureusement que j'allait parce que sinon, on aurait exactement la même place quoi »	« il est magnifique, il est très calme très très calme. « Pourquoi il est comme ça, je sais pas (...) c'est pas moi qui ai fait ça, c'est lui tout seul, je sais pas comment dire... une personne à part entière » « Il a pris la place un peu de mon ami dans ma tête »
C1	« il a été pareil très présent c'est un très très bon papa (...) Il était en vacances, (...) c'était idéal parce qu'il est tout le temps avec nous »	« elle est parfaite (...) est euh malicieuse, elle est très rigolote, elle est très affectueuse. Elle a hérité ces caractéristiques de nous deux (...) de son père parce qu'elle est têtue, de moi parce qu'elle est très souriante »

C2	« Il s'est impliqué, il change les couches, il fait plus de choses à la maison . Il me fait toujours à manger »	«elle est plutôt calme (...) elle est un peu capricieuse (...) je pense que c'est parce que nous aussi on n'était pas stressés (durant la grossesse) donc je crois qu'elle est détendue.»
-----------	--	--

Discussion théorique :

La représentation des mères des femmes souffrant d'un TCA a été, parmi toutes les autres représentations, celle qui a pris le plus de place dans leur discours. Il est intéressant de remarquer que, même lorsqu'il leur a été demandé de nous représenter leurs pères, quatre de ces six femmes évoquent aussi conjointement leurs mères.

Nous remarquons que le père donne l'impression d'être absent physiquement et psychiquement. Ces femmes sont quasiment dans l'incapacité de les représenter que ce soit physiquement ou fantastiquement parlant. Ils ne représentent et n'assument pas la place de tiers séparateur et différenciateur entre la petite fille et son objet d'amour maternel. Or cette présence est fondamentale dans le sens qu'elle offre une pluralité de sources d'identification, et c'est cela même qui permet « de sortir de l'amour de sa mère et de se 'filier' à un père », de se « désaffilier afin de pouvoir se *filier* » (Fédida, 1980).

Le lien entre leurs propres mères et leurs grand-mères : nous pouvons noter une certaine instabilité de l'identité maternelle dans une dimension transgénérationnelle. La relation entre les mères souffrant d'un TCA et leurs mères nous paraît devoir reproduire « à l'identique », dans le fantasme ou dans le vécu affectif, la relation entre leurs propres mères et leurs grand-mères, comme s'il n'y avait pas de place pour la différenciation, dans une emprise d'un « fantasme du même ». La fille, la mère et la grand-mère maternelle se « redupliqueraient » dans une même soumission, dans une emprise narcissique sur plusieurs générations. Le tiers entre la mère et la fille ne nous semble ainsi pas être le père mais bien la grand-mère. Or ce tiers n'est pas différenciateur mais indifférenciateur (Corcos, 2010).

La représentation de l'enfant et les interactions précoces : chez les mères AR1, AR2 et AB2, il nous apparaît que la femme abandonne la place maternelle à son mari, comme si elle ne pouvait pas assumer ce rôle.

Remarquons aussi que les mères AR1 et BN1, pour représenter leurs filles, ne nous parlent pas d'elles-mêmes ou de leurs compagnons, non plus que de leurs parents, mais nous donnent des réponses qui font référence à une génération encore au-dessus. La mère AR1, par exemple, nous dit que sa fille ressemble à sa grand-mère maternelle, comme s'il n'y avait pas de traces visibles de transmission passant par sa mère ni même par son compagnon, comme si elle pouvait enfanter et mater la génération d'au-dessus.

Les deux mères BN nous donnent des réponses dénotant un caractère « d'étranger » : « je ne me me reconnais pas physiquement en lui » (mère BN1) et, plus douloureux, « c'est pas moi qui ai fait ça » (mère BN2).

La fonction contenante, le *holding* des mères AR et AB2, nous semble en difficulté, ou exister en creux. La mère AR2 nous a confié, pendant son hospitalisation, qu'elle se voyait comme un « meuble » de la maison, comme quelque chose qui est toujours là mais qui n'interagit pas avec ses enfants. La mère AB2, très déprimée depuis trois mois, nous a confié que, lorsqu'elle ne se sent pas bien, elle se dit que son enfant mériterait « une maman mieux qu'elle », et qu'elle « devrait partir ». La mère AR1, comme nous l'avons rapporté, nous a dit qu'elle était de plus en plus fatiguée et en difficulté pour s'occuper de son enfant. Elle a d'ailleurs été hospitalisée quelques mois après.

Ainsi, au niveau « transnarcissique corporel », c'est-à-dire dans ce qui se joue dans la transmission corps à corps, l'enfant, devant une mère-meuble et/ou une mère déprimée, est face à un corps lisse, impénétrable, sans tension érotique, n'offrant pas de surface corporelle réfléchissante. Ce corps en devient plus difficile à investir ou à toucher, ce qui peut générer un écho en miroir d'une discontinuité du sentiment de soi de l'enfant. Ceci nous évoque le complexe de la « mère morte » : « une figure lointaine, atone, quasi inanimée (...) une mère qui demeure en vie, mais qui est pour ainsi dire morte psychiquement aux yeux du jeune enfant » (Green, 2007).

Chez les mères BN1, BN2 et AB1, nous avons le sentiment d'un « holding » en plein, d'une fonction contenante « indifférenciée », d'une relation passionnelle où, comme ces trois mères nous l'ont confié, « l'enfant prend la place de leur compagnon ». Comme nous l'avons vu, il y a une indifférenciation entre les signaux internes de ces mères et ceux de leur enfant, comme dans une *confusion de langue* entre la mère et l'enfant : là où les enfants leur demandent de la tendresse, ces mères leur répondent d'une façon passionnelle (Ferenczi, 2004). « Toute excitation du nourrisson était calmée par un

gavage alimentaire » (Corcos, 2010). Ce trop-plein est ici accompagné par des réactions en creux, des grands lâchages, comme les crises boulimiques quotidiennes ou les constants rituels de nettoyage chez la mère AB1. Ceci amène une relation caractérisée par une certaine discontinuité de la présence psychique et physique de la mère auprès de son enfant, une relation marquée par des « *chauds et froids* ».

Dans les deux cas, nous ne pouvons pas laisser de côté la dépression du *post-partum* évoquée par toutes ces mères TCA, et confirmée par la psychiatre en charge de leur suivi. Il nous semble ici que ces mères offrent comme réflexion celle d'un miroir/regard noir, devant lequel l'enfant se reflète difficilement et peut donc difficilement se représenter. Ce que voit et dont se nourrit en partie l'enfant dans le regard de la mère, ce sont des défenses plus ou moins importantes dans certains domaines qui s'apparentent à un reflet mort d'une part de sa réalité. Dans certaines dimensions affectives, il y a peu ou pas de sécurité (problématique de l'attachement), mais surtout peu ou pas de construction maternelle directrice (interactions fantasmatiques ; lien charnel érotique), ce qui est à l'origine d'une mauvaise construction des assises narcissiques et d'une pauvreté des autoérotismes : « la genèse d'une 'absence de soi' en miroir de l'absence de l'objet. Ce défaut de nourriture filiale génère une soumission addictive à l'absent, une aliénation d'être sans lien » (Corcos, 2010).

Il est aussi intéressant de remarquer qu'aucune mère (souffrant ou non d'un TCA) n'a fait référence au corps ou à l'aspect physique de son enfant.

Famille actuelle :

Les mères boulimiques nous semblent être celles qui sont le plus dans la confusion. La mère BN1, par exemple, nous a tenu un discours assez extensif dans lequel elle nous décrit chacun de ses quatre frères et sœurs, leurs situations amoureuses respectives, ainsi que sa mère. Son foyer, à savoir elle-même, son mari et son enfant, n'y est pas du tout représenté.

La mère BN2 paraît être elle-même étonnée de son propre discours : « C'est quoi ma famille ? Bah je la décrirais comme ça, oui, en disant que je ne sais pas trop de laquelle il s'agit (...) mon noyau familial ce serait mes parents et moi, et mon frère et ma sœur, et du coup mon fils qui s'y ajouterait... c'est bizarre. ». Ici, nous avons l'impression que la patiente et ses parents paraissent « soudés », mais aussi qu'il n'y a pas de différence de génération, son enfant venant s'ajouter à sa famille dans une représentation

d'enfant incestueux. A ce sujet, dans un ton d'indignation, cette même mère nous dit qu'elle voulait donner son nom (et donc, celui de son père) à son enfant, mais que finalement elle ne l'a pas fait parce qu'elle ne voulait pas donner à ses parents « l'impression » qu'elle leur donnait « une descendance ».

La mère AB1 distingue dans son discours « trois familles ». Celle qui concerne son mari et sa fille est décrite comme une famille où « il y a beaucoup d'amour mais c'est une histoire compliquée. Heureusement que ma fille est là ». Celle qui concerne ses parents est représentée dans un discours beaucoup plus ample : « on est plus soudés, on fait plus attention aux uns et aux autres », et elle évoque aussi les frères et sœurs de ses parents. Finalement, cette patiente y revient en nous disant que « ce que j'appelle ma famille à moi, c'est mon père, ma mère, ma sœur, et je veux rester proche, que ma fille connaisse ses cousines », comme si elle avait besoin de revenir sur sa propre réponse car la séparation évoquée, représentée fantasmatiquement, lui est insupportable.

La mère AB2 a été la seule à ne pas hésiter dans sa réponse : « une famille heureuse qui consacre beaucoup de temps pour son enfant ».

La mère AR1 nous apporte un discours très idéalisé d'une « petite famille parfaite », dans un clivage de la réalité décrite par sa propre famille, qui nous parle de son hyperactivité, de son agressivité envers ses enfants et du fait qu'elle sous-nourrit ses filles, au point que celles-ci ont vu leur courbe de croissance de taille et de poids stoppée (croissance qu'elles ont d'ailleurs reprise durant l'hospitalisation de leur mère).

La mère AR2 nous répond « j'en ai trois » et nous livre deux représentations, l'une de sa famille avec ses enfants, et l'autre de sa relation avec ses parents.

Il est important de remarquer que les deux mères contrôles n'ont pas hésité à répondre à cette question en incluant leurs compagnons et enfants dans leur réponse : « Je pense qu'on a une bonne famille, avec ses hauts et ses bas... Je crois que si le couple va bien, en général la famille va bien », et « on s'amuse bien, c'est plutôt détendu, je suis plutôt pressée que ce soit le week-end et qu'on soit tous les trois. (...) notre famille est en construction, on a encore plein de projets ».

La problématique majeure de séparation-individuation : en repensant au début de cette étude de cas, et en observant ce à quoi nous sommes arrivés aujourd'hui, la première chose qui nous vient à l'esprit est sans aucun doute la problématique du maternel chez les mères des patientes TCA. Certes, c'était notre hypothèse principale, la clinique nous le

montrait déjà, et cela fait partie de la clinique de ces troubles. Cependant, nous n'imaginions pas que cela occupait non seulement une grande place dans les représentations des mères TCA mais presque *toute* la place. Nous pensions que notre recherche prendrait un autre chemin (celui de la relation mère-enfant) mais notre discussion clinique nous amène finalement à un peu plus de compréhension concernant l'un de nos premiers questionnements sur le désir d'enfant : un désir de « quoi » ? Un enfant de « qui » ?

A travers l'une des questions de notre entretien clinique, il est apparu que la problématique majeure de séparation-individuation se trouvait réactivée encore davantage au moment de la maternité : la question « comment décririez-vous votre famille actuelle ? » s'est avérée ainsi extrêmement complexe pour la plupart des mères TCA.

La plupart de mères TCA ont en effet été plongées dans la plus grande perplexité pour répondre à cette question, même celles vivant une union stable avec leurs compagnons depuis de nombreuses années. Leur questionnement fut presque unanime : « mais quelle famille ? ».

Certaines patientes n'ont même pas laissé de place aux représentations de leur famille « actuelle » et cela, il faut le signaler, au moment même où la maternité devrait les inscrire dans la fondation d'une nouvelle famille.

En plus de ce discours massif concernant leurs mères, toutes les patientes nous ont répondu négativement quand on leur demandait si la maternité leur avait donné une autre compréhension et perspective de leur mère. En fait, la seule mère ayant répondu positivement à la question a été la mère AB1, qui nous a dit qu'en regardant sa fille, elle se comprenait plus en tant que petite fille, comme dans un fantasme classique de revivre spéculativement son enfance.

Ceci témoigne de la problématique majeure de séparation-individuation, différenciation-autonomisation, subjectivation de ces patientes : « les interactions parents-nourrisson, base du narcissisme primaire, et les mouvements d'identification, qui devraient assurer le narcissisme secondaire, ont été profondément altérés (...), le modèle identificatoire a été défaillant dès la prime enfance et demeure entravé » (Jeammet, 2001) lors de la réactualisation de la problématique de séparation-individuation à la maternité. Il nous semble que ces mères sont dans un jeu d'emprise avec leur famille parentale, comme si elles étaient prisonnières de leur imago parental et surtout maternel, comme si

elles refusaient la succession des générations, comme si elles étaient noyées dans le narcissisme maternel.

Cette massivité de représentations va occuper en excès la pensée de ces mères, sans qu'il y ait de place pour la réflexion, comme un trop-plein, « une puissance à la vie psychique au point de rendre la pensée empêchée de penser » (Fédida, 1980).

Ainsi, les représentations des mères souffrant d'un TCA nous montrent que leur problématique majeure est liée à la difficulté de séparation d'avec leur propre mère, celle-ci étant elle-même liée à la difficulté de séparation de sa mère avec sa grand-mère, dans une reproduction de relation à l'identique. La création psychique nous paraît avoir très peu de place, ces mères étant dans une perpétuation de l'emprise aux imagos maternels, dans une transmission parthénogénétique. Il se constitue un clivage d'une partie du moi qui va rester identifiée et dépendante du fonctionnement narcissique maternel⁴, car n'ouvrant pas un espace psychique capable d'avoir une succession de générations, de se sentir exister, de construire sa propre histoire.

La question du désir d'enfant : toutes les mères souffrant d'un TCA témoignent d'un désir d'avoir un autre enfant.

Ce désir, décrit même comme un « besoin de savoir que c'était pas la dernière fois que je vivais ça », comme l'a évoqué la mère BN2, ou comme nous l'a dit une patiente souffrant d'une boulimie, « si je pouvais juste être enceinte et ne pas avoir des enfants... », ce désir d'un prochain enfant donc, ou même « des enfants », « plusieurs » comme nous l'a dit la mère AB1 (« si je gagne au loto, j'arrête de travailler et je fais des bébés »), nous fait penser à un désir d'enfant « indifférencié », un désir d'objets partiels qui viendraient, comme nous l'avons déjà dit, les compléter narcissiquement. Le père géniteur du bébé n'a alors que très peu de place dans ces représentations.

Nous avons pu observer que le discours, quel que soit le niveau quantitatif ou qualitatif, apporte énormément plus de représentations concernant la relation avec leurs mères à elles, que celle avec leurs enfants. Comme si l'enfant n'avait pas vraiment de place, ce qui nous donne l'impression que cet enfant n'est pas encore investi en tant qu'un objet total extérieur à ces mères mais comme un objet partiel, très idéalisé, à valeur purement narcissisante.

Cette avidité pour la grossesse représenterait plutôt le désir « d'être un enfant ou d'être enceinte, plus que celui d'avoir un enfant et ainsi devenir mère, dans un fantasme

d'être à la fois la femme enceinte et d'être le bébé porté dans le ventre de sa mère, porté, désiré et contenu » (Corcos, 2010). Ainsi, nous avons l'impression que ce qui est visé, c'est « la grossesse pour la grossesse. La grossesse devient alors inconsciemment un test, une réassurance narcissique de leur féminité, de leur identité sexuelle, ou même de leur identité » (Nicolas, 2009). Cet enfant, nous semble-t-il, « ne représente pas le désir œdipien de la petite fille mais le souhait, le fantasme, d'avoir un enfant de la mère, souvent profondément refoulé » (Lachcar, 1991).

Conclusion :

Nous avons pu constater que les remaniements psychiques liés à la maternité chez les femmes souffrant d'un TCA sollicitent des représentations du non-séparé, issues d'une lignée transgénérationnelle maternelle en difficulté, d'une lignée de force d'une problématique narcissique qui s'est jouée lors de la prime enfance de ces patientes, et qui se rejoue lorsqu'elles deviennent elles-mêmes mères.

A la lumière de ce dysfonctionnement maternel, nous avons été amenés à penser que ces jeunes femmes instaурeraient avec leurs enfants un lien tout à fait différent de celui qu'elles ont eu avec leurs mères. Cependant, nous avons pu remarquer, au contraire, une relation mère-enfant qui se construit à l'identique, qui se « reduplique » (Corcos, 2010) de génération en génération.

Les pères de ces patientes ont, quant à eux, tous été évoqués comme des personnes physiquement et psychologiquement absentes, et leurs compagnons semblent faire l'objet d'une représentation très idéalisée, même si leurs discours leur réservent peu de place, les renvoyant à l'absence paternelle. Leurs enfants viennent eux aussi occuper une place très idéalisée dans leurs représentations, nous donnant l'impression qu'ils viennent les compléter narcissiquement, en tant qu'objets partiels, et ne nous paraissent pas occuper la place d'un objet total et extérieur pouvant être investi en tant que tel par ces mères.

Nous ne négligeons pas que le point décisif n'est pas tant le fait que l'histoire de l'enfance ait été positive ou négative, mais la manière dont elle sera traversée et élaborée mentalement à l'âge adulte. Néanmoins, la massivité de représentations concernant le lien de ces mères TCA avec leur propre mère ne nous paraît pas leur laisser suffisamment de place pour qu'une élaboration psychique puisse commencer à se créer. Ces femmes nous semblent être fixées « narcissiquement » sur leur propre défaillance maternelle et narcissique. Nous reconnaissons ainsi que l'impact concret de ce qui se passe pendant la

première enfance va être déterminant, même si la plasticité humaine permet des changements.

Cette étude a été construite dans le but d'explorer des questionnements soulevés par notre travail clinique avec les mères souffrant d'un TCA et vise à montrer que de nouvelles recherches avec un plus grand nombre de sujets devraient être réfléchies et construites, afin de mieux comprendre le processus psychique de la maternité chez les femmes souffrant d'un TCA.

REFERENCES

WAUGH E, BULIK C, Offspring of women with eating disorders. *Int J Eat Disord* 1999; 25(2): 123-33.

BULIK C, HOFFMAN E, VON HOLLE A, TORGERSEN L, STOLTENBERG C, REICHBORN-KJENNERUD T, Unplanned pregnancy in women with anorexia nervosa. *Obstet Gynecol* 2010; 116(5): 1136-40.

MICALI N, DOS SANTOS SILVA I, DE STAVOLA B, STEENWEG-DE-GRAAF J, JADDOE V, HOFMAN A, VERHULST F, STEEGERS E, TIEMEIER H, Fertility treatment, twin births and unplanned pregnancies in women with eating disorders: findings from a population-based cohort. *Int J Obstet Gynecol* 2014; 121(4): 408-16.

BRINCH M, ISAGER T, TOLSTRUP K, Patients evaluation of their former treatment for anorexia nervosa. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 1988; 42: 445-8.

EASTER A, TREASURE J, MIVALI N, Fertility and prenatal attitudes towards pregnancy in women with eating disorders: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Int J Obstet Gynecol* 2011; 118(12): 1491-8.

STEWART D, ROBINSON E, GOLDBLOOM D, WRIGHT C, Infertility and eating disorders. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163(4):1196-9

RESCH M, SZENDEI G, HAASZ P, Eating disorders from a gynecologic and endocrinologic view: hormonal changes; *Fertility and Sterility* 2004; 81(4): 1151-3.

PASTERNAK Y, WEINTRAUB A, SHOHAM-VARDI I, SERGIENKO R, GUEZ J, WIZNITZER A, SHALEV H, SHEINER E, Obstetric and perinatal outcomes in women with eating disorders. *J Women's Health* 2012; 21(1): 61-5.

ANDERSEN A, RYAN G, Eating disorders in the obstetric and gynecologic patient population. *Obstet Gynecol* 2009; 114(6): 1353-67.

KOUBAA S HALLSTROM T, LINDHOLM C, HIRSCHBERG A, , Pregnancy and Neonatal Outcomes in Women With Eating Disorders. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 105(2): 255–60.

MICALI N, SIMONOFF E, TREASURE J, Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *The British Journal of Psychiatry* 2007; 190(3): 255–9.

BULIK C, SULLIVAN P, FEAR J, PICKERING A, DAWN A, McCULLIN M, Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: a controlled study. *J Clinical Psych* 1999; 60(2):130-5.

PARK J, SENIOR R, STEIN A, The offspring of mothers with eating disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2003; 12(1):110-9.

SOLLID C, WISBORG K, HJERT J, SECHER N, Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynaecol* 2004; 190(1): 206-10.

MICALI N, DE STAVOLA B, DOS SANTOS SILVA I, STEENWEG DE GRAAFF J, JANSEN P, JADDOE V, HOFMAN A, VERHULST F, STEEGERS E, TIEMEIER H, Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: a population based study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2012;119(12):1493-502.

LINNA M, RAEVUORI A, HAUKKA J, SUVISAARI J, SUOKAS J, GISSLER M, Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 211(4): 392-8.

SOLMI F, SALLIS H, STAHL D, TREASURE J, MICALI N, Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa. *Epidemiologic Reviews* 2013; 36(1):49-56.

WOODSIDE ,DB. et SHEKTER-WOLFSON, LF., (1990), «Parenting by patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa», in *International Journal of Eating Disorders*, 1990; 9:303.

FRANZEN, U. et GERLINGHOFF, M., (1997), «Parenting by patients with eating disorders: experiences with a mother-child group», in *International Journal of Eating Disorders*, 1997; 5:5.

PARK R, SENIOR R, STEIN A, The offspring of mothers with eating disorders, *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003; 12 (1) 110-19.

MICALI N, HOLIDAY J, KARWAUTZ A, HAIDVOGL M, WAGNER G, FERNANDO ARANDA F, BADIA A, GIMENEZ L, SOLANO R, BRECELJ ANDERLUCH M, MOHAN R, COLLIER D, TREASURE J, Childhood psychopathology in children of women with eating disorders: understanding risk and mechanisms. *J Child Psychology and Psychiatry* 2013;55(2): 124-34.

MICALI N, DOS SANTOS SILVA I, DE STAVOLA B, STEENWEG-DE-GRAAF J, JADDOE V, HOFMAN A, VERHULST F, STEEGERS E, TIEMEIER H, Fertility treatment, twin births and unplanned pregnancies in women with eating disorders: findings from a population-based cohort. *Int J Obstet Gynecol* 2014; 121(4): 408-16.

ROUSSILLON R, Le concept du maternel primaire, *Revue française de psychanalyse*, 2011, 5 (75), p. 1497-1504.

CORCOS, M. Le corps absent: approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires, Paris: Dunod, 2010.

WINNICOTT, D. W. (1971) *Jeu et réalité: l'espace potentiel*, Gallimard: Paris(Folio-Essais), 1975.

FEDIDA P. « L'arrière-mère et le destin de la féminité », *Psychanalyse à l'université*, 1980, 5 (18), 195-212.

GREEN A. Narcissisme de vie, narcissisme de mort, Paris : Minuit, 2007.

FERENCZI S. Confusion de langue entre les adultes et l'enfant, Paris : Payot, 2004.

NICOLAS, I. « Désir d'enfant et adolescence anorexique », in : ANDRE J. *Désirs d'enfant*, 2009, Paris, PUF, p. 85-100.

LACHCAR P. (1991) « Ambivalence du désir d'enfant chez l'adolescente », *Gynécologie et Psychosomatique*, 1991, 1, p.5-8

Annexe 2

BARBOSA Irema, CORCOS Maurice, PHAM-SCOTTEZ Alexandra, Eating disorders and gonadotropin-releasing hormone pulsatile administration : diagnosis of lifetime ED among women seeking infertility treatment in France (soumis, en révision au Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology).

Eating disorders and GnRH pulsatile administration : diagnosis of lifetime ED among women seeking infertility treatment in France.

Irema Barbosa Magalhaes, Maurice Corcos, Julie Galey, Marie de Crecy, Simone Perdigao-Cotta, Sophie-Christin-Maître, Alexandra Pham-Scottet

Objective: To determine the prevalence of lifetime eating disorders (ED) in a sample of women seeking GnRH pulsatile administration and compare it to a group of women seeking other infertility treatments.

Design: A descriptive comparative two-group design in which collected data were compared.

Setting: Public hospitals and endocrinologists in clinical practice.

Patients: Twenty-one consecutive women seeking GnRH pulsatile administration and 21 consecutive women seeking other infertility treatments were interviewed by a single investigator and answered fully-structured interview for the diagnosis of lifetime eating disorders according to DSM-IV, The Composite International Diagnostic Interview (CIDI).

Intervention(s): None.

Statistics : the degree of significance (p-value) to determine the prevalence of ED on each group was performed with a Pearson's chi-squared test. The statistical analysis to compare the average of the lowest BMI and the current BMI of each group was performed with the STATA software and checked with the Mann-Whitney test.

Result(s): Twenty patients (95.2%) met criteria for a lifetime eating disorders, which is an overwhelming predominance of women with a lifetime eating disorders diagnosis in the population of women treating their infertility with GnRH pulsatile administration. In the population seeking others ART treatments, 5 patients (23.8%) met criteria for a lifetime ED.

The comparison between lowest and current average BMI on the GnRH pulsatile stimulation group and on the other ART methods group shows statistically significant differences (15.7 +/- 2.1) vs 19.8 (+/- 2.6) and 18.1(+/-2.3) vs 23.1 (+/- 2.8), respectively.

The Mann-Whitney test conclude that there are indeed discriminating variables between the two groupes ($z=0.00$).

Conclusion(s): Eating disorders and GnRH pulsatile administration can be considered as a real public health issue, requiring strategies to address prevention, identification and multidisciplinary care for these women during pregnancy and postpartum. An eating disorder screening tool should be included in the initial intake, because these patients may be at a higher risk for negative maternal and fetal outcomes than non-eating disorder patients.

Key Words: GnRH pulsatile administration, eating disorders, infertility, assisted reproductive technology, anorexia nervosa, bulimia nervosa

For a long time, there was a consensus that women with eating disorders (ED) were unlikely to conceive, in particular because amenorrhea is one of the main symptoms of anorexia nervosa (AN) and disrupts the ovulation process¹. Studies of women with AN suggested that pregnancy was rare secondary to endocrinological disturbances associated with starvation coupled with the psychological and psychosocial features of the disorder. An estimated 68–89% of women with AN report amenorrhea during their illness and an additional 6–8 % report oligomenorrhea¹. Thus, although pregnancy can remain possible, it is still rare.

According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)², the lifetime prevalence of eating disorders for anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN) are 1% and from 1 to 3% respectively. AN is the most common eating disorder among young women aged in between 15 and 19 years³ and is the third largest cause of chronic illness in teenagers of industrialized countries⁴. Also, according to DSM-IV-TR², amenorrhea is a criteria for diagnosing anorexia nervosa.

Studies about ED and the infertility implications are of two types: those exploring the rates of infertility in women with a lifetime history of ED, amounting to only a few studies, and those exploring the proportion of women with lifetime ED presenting "unexplained" infertility and seeking infertility treatment.

According to Waugh (1999)⁵, few studies demonstrate reduced rates of pregnancy in women with anorexia nervosa. This author shows that despite their hormonal irregularities, women suffering from anorexia nervosa do become pregnant. In another study, Bulik (2010)¹ showed that 50% of women with anorexia had an unexpected pregnancy and Micali (2014)⁶ confirmed that anorexia nervosa is associated with increased likeli-

¹ BULIK C, Unplanned pregnancy in women with anorexia nervosa. *Obstet Gynecol* 2010; 116(5): 1136-40.

² American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Revision). Washington, DC: prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Bill Psychiatry* 2007; 61: 348-358.

³ SMINK F, Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality. *Curt Psychiatry Rep* 2012; 14: 406-414.

⁴ MEQUINION M, Ghrelin: central and peripheral implications in Anorexia Nervosa. *Front Endocrinol* 2013; 4: 15-27.

⁵ WAUGH E, Offspring of women with eating disorders. *Int J Eat Disord* 1999; 25(2): 123-33.

⁶ MICALI N, Fertility treatment, twin births and unplanned pregnancies in women with eating disorders: findings from a population-based cohort. *Int J Obstet Gynecol* 2014; 121(4): 408-16.

hood of unplanned pregnancies. Furthermore, Brinch (1988)⁷ reported that the fertility of women with anorexia nervosa was reduced by one third. Easter (2011)⁸ demonstrated that women with a lifetime ED more frequently seek infertility treatments than women in the general population.

Among studies in infertility clinics, Stewart (1990)⁹ reported that 58% of the women who were in treatment and who presented amenorrhea or oligomenorrhea met ED criteria. In another study Andersen (2009)¹⁰, showed that 60% of the women in treatment for ovarian stimulation met criteria for lifetime ED (clinical or subclinical). Freizinger (2010)¹¹ found that 20.7% of a sample of women seeking treatment for unexplained infertility met ED criteria. In addition, Stewart (1990)⁹, Resch (2004)¹², Easter (2011)⁸ Pasternak (2012)¹³ showed that eating disorders were significantly associated with fertility treatments. Also, other research (Stewart 1990⁹, Andersen 2009¹⁰, Freizinger 2010¹¹) showed that women do not talk about their current or past ED to their doctors, and doctors do not ask their patients about any lifetime ED diagnosis (Leddy 2009¹⁴, Michala 2010¹⁵).

This suggests how easily infertility treatments can be offered to patients who are still denying their ED symptoms. In addition, infertility treatments in women suffering from ED seem to be less effective than in the general population (Easter 2011)⁸ and both, the pregnancy and the baby, may be experienced with some ambivalence. For instance, Linna (2013)¹⁶ reported an increased risk of induced abortion in bulimic patients and

⁷BRINCH M, Patients evaluation of their former treatment for anorexia nervosa. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 1988; 42: 445-8.

⁸EASTER A, Fertility and prenatal attitudes towards pregnancy in women with eating disorders: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Int J Obstet Gynecol* 2011; 118(12): 1491-8.

⁹STEWART D, Infertility and eating disorders. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163(4):1196-9

¹⁰ANDERSEN A, Eating disorders in the obstetric and gynecologic patient population. *Obstet Gynecol* 2009; 114(6): 1353-67.

¹¹FREIZINGER M, The prevalence of eating disorders in infertile women. *Fertility and Sterility* 2010; 93(1): 72-8.

¹²RESCH M, Eating disorders from a gynecologic and endocrinologic view: hormonal changes; *Fertility and Sterility* 2004; 81(4): 1151-3.

¹³PASTERNAK Y, Obstetric and perinatal outcomes in women with eating disorders. *J Women's Health* 2012; 21(1): 61-5.

¹⁴LEDDY M, Eating disorders and obstetric-gynecologic care 2009. *J Women's Health*; 18(9): 1395-401.

¹⁵MICALA L, Anorexia nervosa: a psychiatric illness with gynecological manifestations. A survey of knowledge and practice among Greek gynecologists. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol* 2010; 153(2): 170-2

¹⁶LINNA M, Reproductive health outcomes in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2013; 46(8): 826-33.

there is a higher risk of miscarriage in women with an active ED (Conti 1998¹⁷, Waugh 1999⁵).

In France, our clinical data show that pregnancy rates in women with a lifetime ED are still increasing. These women are tending to seek assisted reproductive technology (ART). A study at the ART department of the Institute Mutualist Montsouris in France was published on this subject, Lamas (2006)¹⁸ reported that women with unexplained infertility have more nutritional concerns and meet more criteria for a clinical or subclinical ED than fertile women (22.5 vs. 3.2%).

Among the various ART methods, ovarian stimulation with gonadotropin-releasing hormone pulsatile stimulation is one of techniques used in women with amenorrhea. The gonadotropin-releasing hormone (GnRH), a peptide hormone synthesized by the hypothalamus, was identified in the early 1970s and is the hormone responsible for the release from the anterior pituitary of the follicle-stimulating hormone (FSH) and the luteinizing hormone (LH).

Benefits of this therapy seem to be suppression of endogenous gonadotropin release, prevention of premature ovulation, recovery of a larger number of oocytes, a decrease in the number of canceled cycles, and an increase in pregnancy rate. GnRH antagonists also have been used during the late follicular phase of normal menstrual cycles as well as gonadotropin-stimulated cycles pulsatile secretion of GnRH plays a major role in regulating the menstrual cycle and therefore the ovulation process¹⁹. Also, its efficiency is highly significant, a literature review²⁰ made from studies conducted from 1980 until 2014 shows that the rate of ovulation per cycle is estimated between 70 and 95%, the rate of pregnancies by ovulatory cycle is estimated between 18 and 45% and the rate of cumulative pregnancy is estimated between 70 and 100%, after 6 cycles. According to a study conducted by Christin-Maître (2007)²¹, in which she analyzed 829 cycles, the aver-

¹⁷CONTI J, Eating behaviour and pregnancy outcome. *J Psychosom Res* 1998; 44(3-4): 465-77.

¹⁸LAMAS C, Alexithymia in infertile women. *J Psychosom Obstet Gyneacol* 2006; 27: 26-30.

¹⁹FRASER H, Initiation of high dose gonadotrophin-releasing hormone antagonist treatment during the late follicular phase in the macaque abolishes luteal function irrespective of effects upon the luteinizing hormone surge. *Hum Reprod* 1997;12:430-5

²⁰GRONIER H, Induction de l'ovulation par administration pulsatile de GnRH en 2014: review de la littérature et synthèse des pratiques courantes. *Obstet Fertil*. 2014 Oct; 42(10):732-40.

²¹CHRISTIN-MAITRE S, Pregnancy outcomes following pulsatile GnRH treatment: results of a large multicenter retrospective study. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2007; 36(1): 8-12.

age number of cycles of GnRH pulsatile stimulation needed for a pregnancy is 2.8 and the proportion of full-term pregnancies is 91.8% (n = 156/170).

This therapeutic approach is used to treat infertility in women with hypothalamic amenorrhea. The Kalmann syndrome and inadequate caloric intake are one of the causes of hypothalamic amenorrhea. Consequently, this amenorrhea resulting from under-nutrition would be completely reversible if normal weight were reached. (van Elburg 2007²², Christin-Maître 2007¹⁹, Dei 2008²³, Freizinger¹¹)

In this same study, Christin-Maître evaluated the occurrence of food psychopathologies (which is a larger definition than the diagnostic criteria of ED) in women treated with GnRH stimulation : a history of anorexia nervosa and bulimia nervosa was reported by 40.5 and 5.3% respectively, 5.5% were vegetarian, and food selection was reported by 52.2% of the women.

Abraham (1990)²⁴ evaluated the occurrence of an ED in 14 women seeking GnRH pulsatile administration, 13 of the 14 women met the DSM-III R criteria for a lifetime ED.

We performed a prospective study including women seeking infertility treatment and using GnRH pulsatile administration. The aim of this exploratory study was to diagnose the percentage of lifetime ED in a population of infertile women seeking this type of treatment.

Methods :

Objective : to evaluate the percentage of lifetime ED in a population of infertile women treating their infertility with GnRH stimulation.

Hypotheses : hypothalamic amenorrhea is one of the consequences of under-nutrition, and GNRH stimulation is a therapeutic approach used to treat infertility in women with

²²VAN ELBURG A, Predictors of recovery of ovarian function during weight gain in anorexia nervosa. *Fertility and Sterility* 2007; 87(4):902-4.

²³DEI M, Predictors of recovery of ovarian function after weight gain in subjects with amenorrhea related to restrictive eating disorders. *Gynecol Endoc: The Off J Int Soc Gynecol Endo* 2008; 24(8): 459-64.

²⁴ ABRAHAM S, Should ovulation be induced in women recovering from an eating disorder or who are compulsive exercisers ? *Fertility and Sterility* 1990; 53(3): 566-568.

hypothalamic amenorrhea, our hypothesis was that in women treated with the GnRH stimulation, the proportion of women with current or past ED would be very high, more than a half of the sample.

Inclusion criteria:

GnRH stimulation group : we included all women addressed by the study centers. The inclusion criteria were: being under 43 years old (acceptable age for this type of treatment); receiving GnRH stimulation treatment, being less than 22 weeks pregnant at inclusion , having a health insurance.

Control group : we included 21 consecutive women seeking ovarian stimulation, artificial insemination and in vitro fertilisation (IVF) . The inclusion criteria were : being under 43 years old, being less than 22 weeks pregnant at the inclusion, having a health insurance. This group was created to compare the rate of lifetime ED diagnosis to the GnRH group. We included all women confirming participation in this study, the duration of the infertility or of the treatment weren't requisite factors at the inclusion.

To calculate their actual Body Mass Index (BMI), we required the actual weight and height of all patients at the inclusion of this research. BMI is a measure of relative weight based on an individual's mass and height (kg/m^2) are as follows: from 18.5 to 16 underweight, from 16 to 15 seriously underweight, and less than 15, very seriously underweight.

This prospective study included the ART service of 3 public hospitals and 2 endocrinologists in private practice, the recruitment period ran from July 2013 to mars 2015.

Exclusion criteria : a history of serious physical illness or severe psychotic disorder according to DSM-IV, not speaking French and refusal to participate in this research.

Methodology : we used a structured interview to diagnose the presence of a lifetime ED. The Composite International Diagnostic Interview (CIDI) is a fully-structured interview designed to be used by trained interviewers for the assessment of mental disorders according to ICD-10 and DSM-IV definitions and criteria. It includes 47 questions and takes around 30 minutes to complete. Interviews were performed by a single investigator.

Statistics : the degree of significance (p-value) to determine the prevalence of ED on each group was performed with a Pearson's chi-squared test. A statistical analysis to compare the average of the lowest BMI and the current BMI of the two groups was performed with the STATA software and checked with the Mann-Whitney test.

Ethical aspects : all women agreed to participate and signed an informed consent. This research was conducted by the Institute Mutualiste Montsouris (IMM), registered with the ID number 2013-BCR A00338-37 at the Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de Santé (ANSM) and received a legal approval from the CPP IDF-III, on June 5th 2013. All the data was computerized, anonymized, declared and registered to the Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Results :

Population : concerning the GnRH stimulation group, 21 women were consecutively recruited, we didn't have any refusal. Among these women, 13 were addressed by different public hospitals and 8 by endocrinologists in private practice.

The mean age of these women is 34 years and 4 months (+/- 4 years and 2 months).

Concerning the control group, 21 women were consecutively recruited. The mean age of these women was 32 years and 5 months (+/- 8 years and 8 months).

All women were addressed by the same ART department of a public hospital. Among these women, 9 were seeking artificial insemination treatment, 5 an ovulation stimulation treatment and 7 an IVF treatment.

All women reached a minimum level of education, corresponding to French secondary school diploma. Clinical data are presented in table 1.

Amenorrhea : concerning the GnRH pulsatile stimulation group, among the 21 patients, 20 suffer from a hypothalamic amenorrhea due under-nutrition factors. All the 20 patients were currently in amenorrhea but presented normal menstruations cycles on the past when reaching a normal weight. The only patient who never had any lifetime ED suffers from Kalmann syndrome. Concerning the control group, none of the patients presented an actual amenorrhea.

Table 1 : Patients

GnRH Pulsatile Stimulation Groupe						Other Infertility Treatment Group					
Age	Lowest BMI	Current BMI	Lifetime ED	ED treatment ever	Children by GNRH pulsatile stimulation	Age	Lowest BMI	Current BMI	Lifetime ED	ED traitement ever	Children by other infertility treatment
35	14.2	16.8	Yes	No	X	40	17.6	18.7	Yes	No	X
33	15.6	19.2	Yes	No	2	29	17.1	20.2	Yes	No	X
35	13.6	16.4	Yes	Yes	1	34	16.1	23.8	Yes	Yes	X
31	17.5	19.9	Yes	No	X	29	18.1	20.7	Yes	No	X
32	15.3	18.3	Yes	Yes	2	33	16.2	18.8	Yes	No	1
32	14.1	17.5	Yes	Yes	X	26	19.6	27.8	No	No ED	X
31	15	15	Yes	No	X	29	18.7	22.0	No	No ED	X
38	20.3	25.7	No	No ED	1	35	18.8	23.7	No	No ED	X
34	14.8	16.3	Yes	Yes	X	36	22.1	24.0	No	No ED	X
34	12.6	18.6	Yes	Yes	X	40	19.6	22.4	No	No ED	X
32	14.3	18.7	Yes	Yes	X	23	20.0	22.0	No	No ED	X
35	14.8	14.8*	Yes	No	1	34	19.3	19.6	No	No ED	1
33	13.9	18.8	Yes	No	X	40	19.2	22.4	No	No ED	X
37	16.5	16.5	Yes	No	1	33	18.7	24.8	No	No ED	X
31	16.5	17.3*	Yes	No	X	32	21.4	22.6	No	No ED	X
30	18.5	19.9	Yes	No	X	36	26.6	27.5	No	No ED	X
30	18.1	18.8	Yes	No	X	33	20.0	24.2	No	No ED	X
32	11.7	16.6	Yes	Yes	X	36	18.7	20.9	No	No ED	X
35	17	17.8	Yes	No	1	41	20.5	24.2	No	No ED	1
34	18.2	19.6	Yes	No	X	36	22.7	25.6	No	No ED	X
32	17.5	18.2	Yes	No	X	33	24.6	28.7	No	No ED	X

*on the 5th month of pregnancy

Eating disorders : on the GnRH pulsatile stimulation groupe, among the 21 patients interviewed, 20 were diagnosed with lifetime ED criteria, which represents 95.2% of the sample. The 20 patients were diagnosed with AN, among this population, 17 were diagnosed with the restricting type of AN and 3 presented the purging behavior. 1 patient presented a BN on the past. Concerning the control group, among the 21 patients interviewed, 5 were diagnosed with lifetime ED criteria, which represents 23.8% of the sample. The 5 patients were diagnosed with a lifetime restricting type of AN. Only one of those received a medical diagnosis and treatment on the past.

The degree of significance p-value was given by a Pearson's chi-squared test and shows that there is a high significant association between the prevalence of ED and the GnRH pulsatile stimulation group (p-value=0,00).

Current Body Mass Index (BMI) : in the present research, the current average BMI of the patients on the GnRH pulsatile stimulation group was 18.1 (+/- 2.3) ; the lowest was 14.8 in a women in her 5th month of pregnancy, and the highest, 25.7, in the only woman with no lifetime ED.

Concerning the control group, the current average BMI of these women was 23.1 (+/- 2.8) ; the lowest was 18.7 and the highest 28.7.

Lowest Body Mass Index (BMI) : the BMI range extended much lower on the GnRH pulsatile stimulation group. When we asked about the minimum weight the patients had ever had, the average was 15.7 (+/- 2.1). Their lowest BMI ranged from 11.7 to 20.3 (also in the only patient who reported no lifetime ED).

Concerning the control group, their lowest BMI average was 19.8 (+/- 2.6). The range goes from 16.1 to 24.6.

Analysis comparing the lowest and the current BMI of each group shows statistically significant differences 15.7 (+/- 2.1) vs 19.8 (+/- 2.6) and 18.1(+/-2.3) vs 23.1 (+/- 2.8), respectively. The Mann-

Whitney test conclude that there are indeed discriminating variables between the two groupes ($z=0.00$).

Lifetime ED diagnosis: on the GnRH pulsatile stimulation group, when asked if they had received an ED diagnosis in their lifetime, only 7 women reported a medical diagnosis of anorexia and/or bulimia. Among these 8 women, 2 were hospitalized, one in a specialized mood disorder service and the other in an ED department. Only 3 were still in out-patient treatment for their ED psychopathology.

On the control group, 1 patient reported a medical diagnosis of anorexia on the past. This patient was hospitalized in a psychiatric service during 1 month.

Clinical case : Ms G, 35 years old.

We are presenting on this article the most serious clinical case we saw during this research. Even if this case is the most serious on the medical and psychological levels, we noticed that, the symptomatologies and difficulties described on this clinical case were also found on the other patients.

Ms. G. was being followed for her second pregnancy with GnRH stimulation.

Her treatment to become pregnant started with ovarian stimulation with clomifene for a few months, before GnRH treatment. It took her 6 cycles to achieve a full term pregnancy. She suffered two miscarriages.

Before her first pregnancy, Mrs. G. weighed 42kg (1.60m, BMI 16.4). At the end of her pregnancy she weighed 47kg (BMI 18.3). Ms. G. had to be confined to bed from her sixth month of pregnancy because of her physical hyperactivity. Her first childbirth occurred 10 days before the term, as the baby was no longer thriving, and the delivery had to be stimulated by prostaglandin. Her baby, a boy, was born at 47cm weighing 2.6kg. She breastfed him for 2 months, but thereafter did not have enough milk.

Eight months after the birth of her first child, Ms. G. started a new GnRH stimulation. She became pregnant on the third cycle.

This time, Ms. G began her pregnancy weighing 38 kg (BMI 14.8). At our last meeting, in the fifth month of pregnancy, Mrs. G. had gained 3kg (BMI 16.0). Mrs G. is now confined to bed, at the beginning of her 7th month of pregnancy. She told us she has a lot of medical complications, so close medical supervision was established and she has undergone several ultrasound examinations because the foetus is not growing in her uterus. She declined to give us any more details.

Questions about (possible) anorexia nervosa had never been asked by her endocrinologist. Weight gain before her treatment have never been demanded either. Mrs. G. does not consider herself to be anorexic. She never had any diagnosis of any ED. She considers her low weight to be due to the stress and energy involved in raising a child .

She considers herself to be in the normal weight range although she weighs only 40kg (BMI 15.6).

Discussion:

As noted in the introduction, and particularly in the last 10 years, the scientific literature has been raising questions on a possible association between ED and infertility.

Nevertheless, we did not find any study reporting a lifetime ED pathology in women who are trying to become pregnant with GnRH stimulation. Christin-Maître's article (2007)¹⁶, looked for an association between ED and GnRH stimulation. However, this author merely asked the patients about any food psychopathology, and she did not perform any kind of standardized diagnosis of ED in the study.

The only study that investigate ED in women seeking GnRH stimulation was presented by Abraham (1990)²². We emphasize that this study, conducted 25 years earlier, found the same results as ours (13 women meeting lifetime ED criteria in a sample of 14 women seeking GnRH stimulation). Meanwhile, there are two points to compare : Abraham's sample is smaller than ours, and Abraham used Eating Attitudes Test (EAT) and Eating Disorders Inventory (EDI) which are self-assessments, and not diagnostic instruments for ED, also there is no control group

in his study. Our study, on the other hand, had a bigger sample (21 patients), used a fully-structured interview designed to diagnose a lifetime ED and shows the difference comparing population seeking GnRH pulsatile stimulation to the other ART methods.

As hypothesized, we confirmed that there is an overwhelming predominance (95.2%) of women with a lifetime ED diagnosis in the population of women treating their infertility with GnRH stimulation. In contrast, the control group women seeking other treatments for infertility contained only 23.8% with this diagnosis. This demonstrates the dramatically higher concentration of women with a lifetime ED diagnosis among those seeking GnRH stimulation and mainly among the general population, as the lifetime prevalence of eating disorders for anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN) are 1% and from 1 to 3% respectively. The clinical staff and medical community should be aware about this data, as the ED diagnosis can represent a risk for the women during the pregnancy and the post-partum period, as well for the offspring.

It is important to emphasize that the international literature reports some alarming data concerning pregnancy and the post-partum period among women with a lifetime ED.

Besides evidencing greater difficulties than the general population in terms of treatment efficacy⁵, the literature shows a high risk of induced abortions among bulimic women¹³.

Concerning pregnancy in anorexic women, miscarriage, low birth weight, and premature and caesarian delivery have been reported in several studies (Conti 1998¹⁷, Waugh⁵, Bulik 1999²⁵, Park 2003²⁶, Sollid 2004²⁷, Andersen 2009¹⁰, Micali

²⁵BULIK C, Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: a controlled study. *J Clinical Psych* 1999; 60(2):130-5.

²⁶PARK J, The offspring of mothers with eating disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2003; 12(1):110-9.

²⁷SOLLID C, Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynaecol* 2004; 190(1): 206-10.

2012²⁸, Pasternak 2012¹³, Linna 2014²⁹, Solmi 2013³⁰). Some research also suggests an increased risk of perinatal death (Brinch 1988⁷, Micali 2007³¹, Linna 2014²⁷).

Concerning ED symptoms during the pregnancy, some studies report that this period could correspond to a temporary improvement for the food pathologies (Fairburn 1992³², Crow 2008³³), but other researches confirm what we see more often in our clinical practice : if the ED symptomatology was severe and actively present beforehand, it will not change during the pregnancy (Kouba 2005³⁴, Micali 2007²⁹). This is why the Institute of Medicine guidelines recommend a weight gain of 12.7–18 kg for women with a BMI of less than 18.5 (Hoffman 2011³⁵).

The post-partum period and the offspring of women with ED have been a subject in the international literature: post-partum depression has been found to be strongly associated with bulimic women (Mazzeo 2006³⁶) and 50% of mothers with ED reported having contact with health services after delivery because of depression or other mental health problem (Kouba 2008³⁷). A small-for-age size is observed up to the age of one year (Park 2003²⁰) and psychiatric psychopathologies have recently been identified in children of women who have an ED (Micali 2013³⁸, Micali 2014⁶).

²⁸MICALI N, Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: a population based study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2012;119(12):1493-502.

²⁹LINNA M, Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 211(4): 392-8.

³⁰SOLMI F, Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa. *Epidemiologic Reviews* 2013; 36(1):49–56.

³¹MICALI N, Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *The British Journal of Psychiatry* 2007; 190(3): 255–9.

³²FAIRBURN G, Eating habits and eating disorders during pregnancy. *Psychosomatic Medicine* 1992; 54(6): 665-72.

³³CROW J, Eating disorder symptoms in pregnancy: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders* 2008; 41(3):277–9.

³⁴KOUBA S, Pregnancy and Neonatal Outcomes in Women With Eating Disorders. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 105(2): 255–60.

³⁵HOFFMAN R, Reproductive issues in anorexia nervosa. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 2011; 6(4): 403–14.

³⁶MAZZEO S, Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *Int J Eat Disord* 2006; 39(3):202-11.

³⁷KOUBAA S, Early maternal adjustment in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2008; 41(5):405–10.

³⁸MICALI N, Childhood psychopathology in children of women with eating disorders: understanding risk and mechanisms. *J Child Psychology and Psychiatry* 2013;55(2): 124-34.

Thus ED is associated with several adverse perinatal, post-partum and offspring outcomes. We consider that ED and pregnancy constitute a public health issue. We recommend close monitoring of pregnant women with either past or current eating disorder, and a follow-up assessment of children born from these mothers.

This article set out to alert the scientific and medical community on the risk that a pregnancy can represent for anorexic women and their babies.

The following three recommendations seem really important:

Prevention: it seems extremely important to identify women with a lifetime ED, especially among populations receiving GnRH stimulation treatment.

Clinical support : it is also important to provide specialized training on ED complexity and ED complications for doctors, nurses and midwives working in infertility clinics.

Multidisciplinary approach : it is important to develop and organize a specific multidisciplinary management plan for women with a lifetime ED, from the beginning of their infertility treatment to six months postpartum period.

There are a some limitations for this research: The sample in this study was small, but this is the only study with a control group to date on this subject. It could be considered that the results of this research were biased and that we may have only included the patients whose doctors were wondering about a possible lifetime ED. However, we were clear about the instructions given to all doctors - we asked them to send us every consecutive patient treated with GnRH stimulation.

Moreover, the doctors themselves were generally not aware of the anorexia nervosa symptoms and diagnosis of their patients.

Conclusion:

The result of this study, more than 95% of women seeking GnRH pulsatile stimulation meeting criteria for a lifetime ED, requires special attention, and we

think that it would be important to replicate this research in other countries and cultures, with larger samples.

We believe that anorexia nervosa and GnRH pulsatile stimulation can be considered as a real public health issue, requiring strategies to address prevention, identification and multidisciplinary care for these women during pregnancy and postpartum.

Declaration of interest : The authors report no conflicts of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of this paper.

REFERENCES

- i. BULIK C, Unplanned pregnancy in women with anorexia nervosa. *Obstet Gynecol* 2010; 116(5): 1136-40.
- ii. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Revision). Washington, DC: prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Am J Psychiatry* 2007; 61: 348-358.
- iii. SMINK F, Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14: 406-414.
- iv. MEQUINION M, Ghrelin: central and peripheral implications in Anorexia Nervosa. *Front Endocrinol* 2013; 4: 15-27.
- v. WAUGH E, Offspring of women with eating disorders. *Int J Eat Disord* 1999; 25(2): 123-33.
- vi. MICALI N, Fertility treatment, twin births and unplanned pregnancies in women with eating disorders: findings from a population-based cohort. *Int J Obstet Gynecol* 2014; 121(4): 408-16.
- vii. BRINCH M, Patients evaluation of their former treatment for anorexia nervosa. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 1988; 42: 445-8.
- viii. EASTER A, Fertility and prenatal attitudes towards pregnancy in women with eating disorders: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Int J Obstet Gynecol* 2011; 118(12): 1491-8.
- ix. STEWART D, Infertility and eating disorders. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163(4):1196-9
- x. ANDERSEN A, Eating disorders in the obstetric and gynecologic patient population. *Obstet Gynecol* 2009; 114(6): 1353-67.
- xi. FREIZINGER M, The prevalence of eating disorders in infertile women. *Fertility and Sterility* 2010; 93(1): 72-8.
- xii. RESCH M, Eating disorders from a gynecologic and endocrinologic view: hormonal changes; *Fertility and Sterility* 2004; 81(4): 1151-3.
- xiii. PASTERNAK Y, Obstetric and perinatal outcomes in women with eating disorders. *J Women's Health* 2012; 21(1): 61-5.

- xiv. LEDDY M, Eating disorders and obstetric-gynecologic care 2009. *J Women's Health*; 18(9): 1395-401.
- xv. MICHALA L, Anorexia nervosa: a psychiatric illness with gynecological manifestations. A survey of knowledge and practice among Greek gynecologists. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol* 2010; 153(2): 170-2
- xvi. LINNA M, Reproductive health outcomes in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2013; 46(8): 826-33.
- xvii. CONTI J, Eating behaviour and pregnancy outcome. *J Psychosom Res* 1998; 44(3-4): 465-77.
- xviii. LAMAS C, Alexithymia in infertile women. *J Psychosom Obstet Gyneacol* 2006; 27: 26-30.
- xix. FRASER H, Initiation of high dose gonadotrophin-releasing hormone antagonist treatment during the late follicular phase in the macaque abolishes luteal function irrespective of effects upon the luteinizing hormone surge. *Hum Reprod* 1997;12:430-5
- xx. GRONIER H, Induction de l'ovulation par administration pulsatile de GnRH en 2014: review de la littérature et synthèse des pratiques courantes. *Obstet Fertil.* 2014 Oct; 42(10):732-40.
- xxi. CHRISTIN-MAITRE S, Pregnancy outcomes following pulsatile GnRH treatment: results of a large multicenter retrospective study. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2007; 36(1): 8-12.
- xxii. VAN ELBURG A, Predictors of recovery of ovarian function during weight gain in anorexia nervosa. *Fertility and Sterility* 2007; 87(4):902-4.
- xxiii. DEI M, Predictors of recovery of ovarian function after weight gain in subjects with amenorrhea related to restrictive eating disorders. *Gynecol Endoc: The Off J Int Soc Gynecol Endo* 2008; 24(8): 459-64.
- xxiv. ABRAHAM S, Should ovulation be induced in women recovering from an eating disorder or who are compulsive exercisers ? *Fertility and Sterility* 1990; 53(3): 566-568.
- xxv. BULIK C, Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: a controlled study. *J Clinical Psych* 1999; 60(2):130-5.
- xxvi. PARK J, The offspring of mothers with eating disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2003; 12(1):110-9.
- xxvii. SOLLID C, Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynaecol* 2004; 190(1): 206-10.
- xxviii. MICALI N, Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: a population based study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2012;119(12):1493-502.
- xxix. LINNA M, Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 211(4): 392-8.
- xxx. SOLMI F, Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa. *Epidemiologic Reviews* 2013; 36(1):49-56.
- xxxi. MICALI N, Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *The British Journal of Psychiatry* 2007; 190(3): 255-9.
- xxxii. FAIRBURN G, Eating habits and eating disorders during pregnancy. *Psychosomatic Medicine* 1992; 54(6): 665-72.
- xxxiii. CROW J, Eating disorder symptoms in pregnancy: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders* 2008; 41(3):277-9.

- xxxiv. KOUBA S, Pregnancy and Neonatal Outcomes in Women With Eating Disorders. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 105(2): 255–60.
- xxxv. HOFFMAN R, Reproductive issues in anorexia nervosa. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 2011; 6(4): 403–14.
- xxxvi. MAZZEO S, Associations among postpartum depression, eating disorders, and perfectionism in a population-based sample of adult women. *Int J Eat Disord* 2006; 39(3):202-11.
- xxxvii. KOUBA S, Early maternal adjustment in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2008; 41(5):405–10.
- xxxviii. MICALI N, Childhood psychopathology in children of women with eating disorders: understanding risk and mechanisms. *J Child Psychology and Psychiatry* 2013;55(2): 124-34.

Annexe 3

BARBOSA Irema, Construction d'une recherche autour du désir d'enfant et de la périnatalité, chez les femmes souffrant de TCA, In: Malaise dans l'oralité, *Ed. PUF (in press)*.

Construction d'une recherche autour du désir d'enfant et de la périnatalité, chez les femmes souffrant de TCA.

PLAN :

- Introduction : anorexie mentale et maternité
- Les traitements pour une infertilité « inexplicquée », plus précisément le recours à la Pompe à la GnRH
- Cas cliniques
- Discussion

→ **Introduction : anorexie mentale et maternité**

Pendant longtemps il a été mis en avant le fait que les femmes présentant des troubles des conduites alimentaires (TCA) n'avaient pas d'enfant, notamment à cause de l'aménorrhée et des difficultés d'ovulation. Donc, même si une grossesse spontanée reste possible, elle est toutefois rare.

Les recherches actuelles vont néanmoins dans deux sens opposés : il y a celles qui démontrent que, même avec toute l'irrégularité rencontrée dans le cycle hormonal et menstruel, la femme souffrant d'un TCA aurait plus de grossesses inattendues et/ou spontanées que la population générale et celles, qui représentent la majorité des études actuelles, qui démontrent que si le taux de grossesses chez ces femmes ne cesse de s'accroître, ceci serait plutôt dû aux traitements d'infertilité proposés dans le cadre d'une stimulation ovarienne et/ou d'une Procréation Médicalement Assistée (PMA).

De plus, nous nous sommes aperçus, à travers la littérature scientifique et la pratique clinique, que si d'un côté ces femmes ne parlent pas de leur TCA (actuel ou passé) à leurs médecins, les médecins, quant à eux, ne demandent pas non plus à

leurs patientes, en aménorrhée ou oligoménorrhée, si un diagnostic de TCA a déjà été évoqué.

Ces données doivent attirer l'attention sur la facilité avec laquelle des techniques de stimulation ovarienne et/ou de PMA sont proposées à des femmes qui peuvent être encore dans le déni de leur trouble alimentaire.

→ **Les traitements pour une infertilité « inexplicée » : la Pompe à GnRH et la construction de la recherche**

Les questionnements issus de notre pratique clinique nous ont poussés à aller à la rencontre de ces femmes enceintes ayant un trouble alimentaire actuel ou passé.

Notre principale question était : où pourrions-nous rencontrer ces femmes, si apparemment elles ne consultent pas pour leur TCA, et en plus si elles sont, comme nous le croyons, dans le déni de leur trouble ?

A travers nos consultations cliniques³⁹, nous avons pu observer que les patientes nous parlaient de plus en plus d'une petite boîte en plastique, la « Lutrepulse*⁴⁰ », qui serait la « responsable » de leur ovulation et une aide efficace pour devenir enceintes.

La Lutrepulse*, ou pour nous « la pompe à GnRH », est donc une petite boîte légère en plastique, capable de délivrer de façon pulsatile l'hormone GnRH à l'hypothalamus et ainsi de « redémarrer » ou de réguler le cycle menstruel de la femme en aménorrhée. Cette modalité thérapeutique est utilisée pour traiter l'infertilité de femmes présentant une aménorrhée d'origine hypothalamo-hypophysaire.

³⁹ Consultations réalisées à l'Unité TCA de la CMME, Hôpital Sainte-Anne, Paris.

⁴⁰ Lutrepulse* est en fait le nom du seul laboratoire qui produit la pompe à GnRH en France et c'est comme cela que les patientes appellent la pompe à GnRH dans le langage courant.

En ce qui concerne ce type d'aménorrhée, des causes génétiques peuvent faire partie des indications pour la pompe à GnRH, en revanche, parmi les causes d'une aménorrhée hypothalamo-hypophysaire, nous rencontrons, en premier lieu, le lien avec un apport calorique insuffisant, c'est-à-dire des cas de dénutrition. Dans ce sens, atteindre un poids considéré comme normal⁴¹ serait suffisant pour la régularisation du cycle ovulatoire chez la plupart de femmes présentant une aménorrhée hypothalamo-hypophysaire.

La pompe à GnRH s'adhère à la peau à travers un adhésif et le médicament est administré par voie sous-cutanée.

La solution s'achète en pharmacie, c'est la patiente elle-même qui doit mélanger la solution aqueuse à une poudre et la mettre dans l'auto-injecteur. Sa posologie, administration et intervalle ont été définis et ajustés au préalable par le médecin, tout est pré-établi sur la télécommande qui accompagne la pompe. C'est cette télécommande qui permet à la patiente de vérifier et contrôler l'administration pulsatile de GnRH.

Le rôle de la pompe à GnRH est donc de « pulser » cette hormone dans le corps de la femme en aménorrhée. A travers cette hormone « artificielle », l'hypothalamus de la femme est relancé d'une façon « normale », comme s'il produisait lui-même de la GnRH. La femme (re)devient ainsi capable d'ovuler, et ainsi de concevoir une grossesse.

Comme la grossesse sera, de ce fait, dans la majorité des cas, conçue sans d'autres méthodes d'intervention, la stimulation ovarienne par pompe à GnRH n'est pas considérée comme une méthode de Procréation Médicalement Assistée.

La mise en place de la pompe à GnRH, même si encore peu connue de la population générale, est proposée dans plusieurs centres hospitaliers et cabinets privés en France. le coût de cette méthode s'avère pourtant très élevé : environ 400€ pour 3 jours⁴² de traitement (remboursables par la Sécurité Sociale).

⁴¹ En fonction des standards pré-définis selon l'Indice de Masse Corporelle (IMC)

⁴² La femme doit l'utiliser environ 2 semaines par mois, jusqu'au jour fertile, quand le rapport sexuel doit avoir lieu.

→ Cas cliniques

3.1) Cas clinique I : Mme A., 35 ans

« *Avoir un enfant c'est grandir* »

Au téléphone, Mme A. m'explique d'emblée ne pas avoir pas de temps à me consacrer à cause de son travail. Je lui explique que je pourrais tout à fait la rencontrer au moment de sa prochaine échographie à l'hôpital, et que nous avons juste besoin de cinq minutes pour faire connaissance, et pour que je lui explique rapidement la recherche. Elle l'accepte.

A notre première rencontre, Mme A. vient me voir, silhouette de petite taille, assez mince, cheveux courts. Elle me donne l'impression d'être « encore une petite fille ». Elle a 35 ans. Je lui parle de ma recherche, elle est d'accord pour y participer.

Je lui explique donc qu'on commencera par un questionnaire concernant son alimentation, mais que la recherche abordera aussi des questions plus ouvertes comme la question du désir d'enfant. Elle me répond en me disant qu'elle était « très déçue » car jusque-là, après deux ans et demi de traitement, « *tous ses essais pour être enceinte n'avaient pas marché* ».

Nous décidons donc de nous revoir la semaine d'après pour la passation du questionnaire concernant son alimentation ; Mme A. regarde beaucoup son emploi du temps, me dit ne pas être assez disponible, mais finit par me dire « *ok, alors, mais avant mon échographie* ».

La ménarche de Mme A. a eu lieu quand elle avait 16 ans. Elle ne nous paraît pas s'interroger à propos d'un (possible) retard de règles, et donc d'une (possible) aménorrhée primaire.

La première fois que Mme A a eu un poids « anormalement bas » a été à 15 ans, à l'adolescence, quand les changements pubertaires commencent à avoir lieu. Mme A. pesait 37kgs pour 1,62cm, son IMC était de 14,1. Même si elle n'a jamais

était diagnostiquée, Mme A. me dit s'interroger par rapport à un « *antécédent d'anorexie mentale* ».

La deuxième fois que Mme A. revient à ce même poids de ses 15 ans, 37 kgs, c'est fin 2010/début 2011, selon elle à cause de beaucoup de stress et de travail. Au cours de l'entretien, je m'aperçois que c'est à cette même période que Mme A. débute le traitement pour son infertilité.

J'explique à Mme A. que, comme convenu, notre rendez-vous consistait dans la passation du questionnaire et que les questions plus ouvertes, comme le désir d'enfant, seraient abordées plus tard, au 4^{ème} mois de grossesse. Elle se montre déçue, elle me dit être en congé cette semaine et qu'elle avait donc beaucoup de temps. En plus, elle me dit : « *je pense que la question du désir d'enfant se pose même avant d'être enceinte* ». Je la laisse s'exprimer.

Elle donne l'impression que ce « désir » venait plutôt de son mari : « *ça va être difficile pour moi de laisser place à cet enfant, de laisser mes addictions* » - Elle parle de son travail comme son « besoin vital », son « addiction ». Elle y ajoute en me disant qu'elle allait confier à moi quelque chose qu'elle n'avait même pas avoué à son mari : elle ne sait pas si elle serait « *capable d'enfanter, il faudra lui laisser de la place, travailler moins... je ne sais pas si je suis capable de laisser ça de côté. En plus je ne sais pas si j'arriverai au... bout, au bout...* » Elle répète le mot « bout » 4 fois. Je lui demande si nous pourrions mettre un mot à ce « bout ». Elle sourit.

Mme A. me parle ensuite de l'adoption.

Elle a l'air soulagée. Je lui dis qu'elle a l'air apaisée quand elle m'en parle et lui demande si c'est serait juste mon impression. Elle me dit que c'est vrai, ça l'apaise d'y penser : « *pour adopter, j'aurai plus de temps, c'est long l'adoption, mais non, je ne suis pas triste de faire cette démarche, c'est juste que je ne sais pas si je suis prête, avoir un enfant c'est grandir et je ne sais pas si je suis prête* ».

Notre entretien finit sur ces propos, et nous devrions nous revoir au quatrième mois de grossesse de Mme A.

Nous avons appris, à travers son endocrinologue, que Mme A. a conçu sa grossesse un an après notre rencontre. Depuis, nous ne l'avons plus revue, elle n'a pas voulu donner suite à nos entretiens, ni des nouvelles à son médecin.

3.1) Cas clinique II : Mme E 31 ans

« Je pense que le problème de Lutrepulse c'est qu'on est pas préparée à ça, il faut vraiment avertir les gens que ça marche. »*

Quand je vois pour la première fois Mme G, elle est déjà enceinte. Elle a conçu sa grossesse dès son premier cycle de pompe à GnRH.

Au moment de notre première rencontre, Mme G a 30 ans. Elle est assez bien habillée, de grande taille, mesurant 1,73m et assez mince, 52kg, ce qui fait un IMC à 17,2. Elle parle avec beaucoup d'aisance et dit vouloir m'aider dans ma recherche.

Elle est en aménorrhée depuis 7 ans, mais cela, comme elle le dit, tombe *« plutôt bien »*, *« surtout »* car elle était hôtesse de l'air auparavant.

La question du contrôle est toujours apparue lors des entretiens : par rapport à ses règles, elle rapporte qu'on lui avait dit qu'elle devrait les avoir à 13 ans, elle les a eues à J-3 ; par rapport à sa grossesse, *« elle ne voulait pas particulièrement avoir un enfant »*, elle voulait savoir si elle pouvait *« être normale »*, mais en même temps *« 30 ans lui paraît un bel âge pour être enceinte »*. Par rapport au nombre d'enfants elle est toujours catégorique : *« 2, je pense au bien-être de la planète »*, elle ne veut pas *« surpeupler le monde »*. Par rapport à son alimentation, elle nous dit avoir toujours été dans le contrôle : *« si je mange une glace, je vais prendre les escaliers, je n'aime pas voir du gras dans son corps, ça non »*.

Elle dit avoir déjà pensé à une possible anorexie mentale, qu'elle a toujours été mince, mais que c'est depuis ses 21 ou 22 ans, vers 2005, quand elle a subi l'opération de sa thyroïde, que son poids est descendu. Par contre son poids le plus bas elle l'a atteint en 2012, à 49kg, ce qui représente un IMC à 16,2.

Elle se décrit comme étant plutôt *« égoïste »* mais elle pense que son

compagnon sera un « *bon papa, meilleur qu'elle* ».

Quand elle a su qu'elle était enceinte, Mme A dit qu'elle était « *déboussolée et un peu paniquée* », même si ça faisait quelques années qu'elle était sous traitement pour son infertilité, Mme A nous dit qu'elle avait plutôt une certaine « *curiosité* » de savoir si elle pouvait être « *normale, fertile, être une femme* ».

Elle m'explique qu'il y certainement eu un problème de communication entre son endocrinologue et elle-même : « *en fait les médecins nous posent la question : « vous voulez un enfant ou vous ne voulez pas un enfant ? » Bien sûr que je veux un enfant, mais ce n'est pas ça la question, la question c'est que depuis cinq ans je veux un enfant... plus tard ou je sais pas... quand j'en aurai envie. (...) Ce n'est pas qu'on n'est pas prêts (sic), c'est que nous tout ce qu'on veut, c'est d'être normales, et le jour où on veut avoir un enfant, avoir la possibilité de le faire.* »

En ce qui concerne le fait que la pompe à GnRH ait fonctionné dès le premier cycle, Mme G. me dit : « *ils ne sont pas responsables, voilà, comme je vous ai dit, je pense qu'il y a eu un problème de communication (...) Je pense que le problème de Lutrepulse* c'est qu'on est pas préparées à ça, il faut vraiment avertir les gens que ça marche. C'est super, c'est super comme méthode.... il faut juste prévenir que ça marche et qu'avec cette appareil... alors... vous êtes une femme, vous êtes vraiment redevenue une femme, et donc avec cette appareil vous allez devoir vous comporter comme une dame qui veut un enfant, donc le jour où vous êtes féconde... Genre, si vous êtes féconde le 11, le 12 et le 13, il faudra penser avant si vous avez des rapports le 11, par exemple, car vous risquez vraiment, vraiment d'être enceinte et là vous risquez d'avoir un bébé*».

Pendant sa grossesse, Mme A dit que malheureusement, depuis le début elle n'a pas pu se projeter, que ce n'est qu'à partir du sixième mois que « *ça existe* » pour elle, et que c'est au dernier mois qu'elle s'aperçoit plus de la présence de l'enfant en elle : « *je lui parle quand même, tous les jours je lui fais 1h de guitare. Même si je sais qu'il y a une relation, c'est que je sais qu'il faut qu'il y ait une relation, c'est dommage* », comme si elle devrait forcer à créer ce lien mère-enfant.

Sur la grossesse, elle dit qu'elle se sentait perdue et seule : « *on est triste de*

ne pas être heureuse, je pense que c'est ça en fait... ». En étant à Paris et sa famille dans le Sud, elle avait besoin d'être avec ses amis d'enfance et sa famille, elle répète plusieurs fois qu'elle avait besoin « d'être soutenue ».

Elle aurait aimé que sa mère soit plus proche d'elle, qu'elle devienne plus chaleureuse, elle aurait aimé aller faire les magasins avec elle, acheter des habits, ... *« mais en même temps c'est vrai aussi que j'aurais pu l'envoyer « bouler » si elle le faisait... ».* Sa mère est décrite comme étant plutôt froide, pas câline, une relation qui n'a pas trop d'amour, dans laquelle elles n'ont pas l'habitude de dire *« je t'aime »* ou de *« se serrer fort dans les bras ».*

Elles s'appellent tous les jours, *« mais pour se raconter des choses banales, ce n'est pas l'euphorie au téléphone, comme on aimerait entendre « ah, tiens, quand le petit sera là, on fera ça, on fera ça, on fera ça... » non, nous on parle du présent. Je pense qu'un peu de projection c'est important, je pense que c'est ça qui me manque, qu'avec ma mère c'est ça qui me manque, de me projeter avec elle, oui... ».*

Mme A a pris 5kg pendant toute la grossesse. A notre dernière rencontre, Mme A était beaucoup plus maigre qu'avant, elle avait perdu 12 kg lors du post-partum immédiat, son poids était descendu à 45kg, ce qui lui fait un IMC 15. Elle nous dit qu'elle n'a jamais été aussi maigre mais que *« c'est à cause de sa thyroïde ».*

Son enfant est né à 39SG, avec une taille et poids normaux. Mme A a relaté un accouchement très calme, mais elle n'a pas exprimé beaucoup d'affect par rapport à ce moment.

Sur la vie avec son bébé, Mme A a dit que tout est très calme aussi, qu'elle reste beaucoup toute seule à la maison, que le bébé dort beaucoup et qu'elle a l'impression d'oublier qu'il existe lorsqu'il dort ».

Notre dernière étape de la recherche a eu lieu chez elle. Nous sommes restées dans le salon et le bébé dans la chambre à côté. La porte de sa chambre était fermée, ainsi que la fenêtre, et la lumière éteinte. Quand nous sommes rentrées pour

qu'elle me montre son enfant, il était réveillé et pleurait un peu.

→ **DISCUSSION :**

Comment aborder cette discussion clinique sans parler de nos propres ressentis pendant cette recherche ?

Le déni de leur trouble, le clivage massif dans leur discours (même si peut-être ils semblent moins évidents dans ces propos retranscrits) le manque de projection et surtout ce fond alexithymique, voire mélancolique, paraît toucher les mères interviewées.

Il n'y a pas de rêve d'enfant, pas de fantasme.

Le changement corporel est aussi peu aperçu, ni par les femmes enceintes ni par leur entourage. Il n'y a pas de vêtements de grossesse, voire il n'y a même pas de changement de taille de vêtement.

Je ressentais parfois ces entretiens comme impénétrables, riche de sens, mais aussi la plupart du temps sans aucun affect.

Freud disait que le Moi est avant tout un Moi-corporel, Winnicott⁴³ nous a parlé de l'importance de la fonction de miroir du regard de la mère, André Green l'a complété en parlant aussi de l'importance de la fonction de miroir de tout le visage de la mère qui est « sans doute à double face : formant sa surface à partir du sentiment corporel et du même coup créant son image ».

Une patiente, vue en suivi thérapeutique pendant son hospitalisation, parlait toujours comme si tout allait parfaitement bien à sa maison, c'était elle qui gérait tout. Au huitième mois de son deuxième enfant, elle a dû être hospitalisée à IMC 12⁴⁴. Elle n'a réussi identifier des problèmes d'interaction avec ses enfants, et à les exprimer, qu'au cours de son hospitalisation et de nos entretiens. Elle a pu observer qu'elle était à la maison sans y être, elle-même a pu identifier que c'était comme si

⁴³ WINNICOTT, D.W. (1956) *La mère suffisamment bonne*. Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2006.

⁴⁴ Par ailleurs, elle a eu trois enfants et trois hospitalisations à l'Unité TCA de la CMME, Hôpital Sainte-Anne)

elle était un « meuble à la maison », un meuble qui serait toujours présent mais qui « n'interagit pas ».

Comme le définit Maurice Corcos⁴⁵, au niveau « transnarcissique corporel », c'est-à-dire dans ce qui va se jouer dans la transmission corps à corps, l'enfant, devant une mère-meuble, une mère déprimée, une mère alexithyémique voire mélancolique est devant un corps lisse, une mère lisse, impénétrable qui ne peut pas être investie ni touchée, ce qui doit provoquer une discontinuité du sentiment de soi de l'enfant. Ce qui nous fait penser au complexe de la « mère morte »⁴⁶ : « une figure lointaine, atone, quasi inanimée (...) une mère qui demeure en vie, mais qui est pour ainsi dire morte psychiquement aux yeux du jeune enfant ».

La fonction contenante (le *holding* aussi) nous semble défaillante, en creux, dans l'agir, mais aussi au niveau de la pensée, comme Mme A. qui nous a confié « oublier que son enfant existe lorsqu'il dort ». Ou aussi comme une autre patiente qui disait que, même si ses enfants pleuraient⁴⁷, elle les faisaient attendre, si c'était le moment de faire son exercice sur son vélo elliptique.

La question du désir d'enfant, même si elle est vécue avec une certaine ambivalence par toutes les femmes en général, me paraît être aussi symbolique chez les femmes souffrant ou ayant souffert d'un TCA.

Ici, elle n'est pas seulement représentative du devenir mère, des remaniements psychiques de la maternité, mais du devenir femme ou du (re)devenir une femme. Dans une relation familiale où une seule femme (leurs mères) serait représentative de cette puissance maternelle, comment prendre la place de cette femme-mère et accepter la succession des générations ? Seraient-elles noyées dans leur narcissisme maternel ?

⁴⁵ CORCOS, M. (2005) *Le corps absent: approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires*, Paris: Dunod, 2010, 2^e éd.

⁴⁶ GREEN, A. « La mère morte », in : *Narcissisme de vie narcissisme de mort*, Les éditions du minuit, 2007, 247-283.

⁴⁷ Cette patiente a eu une grossesse gémellaire après une Fécondation in Vitro (FIV)

Cette succession de générations semble d'autant plus évidente à travers le discours de Mme A. « être une mère c'est grandir » comme s'il n'y avait pas de place pour une séparation *suffisamment bonne* entre le passé et le présent de ces femmes, pour abandonner ce statut de petite fille, et faire place au statut de mère de famille. A ce sujet, Mme A, par exemple, a fait un cauchemar, comme elle l'a nommé, pendant sa grossesse, elle était à la plage où elle passait les vacances avec ses parents. Elle dit avoir ressenti l'odeur de son enfance, elle pouvait sentir à travers cette odeur des réminiscences enfantines. Une odeur de la mer lointaine ou de la « mère lointaine » peut-être ? Ce moment est celui qui représente le plus d'émotion pour elle pendant toute sa grossesse.

Au réveil, elle pleurait encore...

Nous négligeons pas que le point décisif n'est pas tant le fait que l'histoire de l'enfance ait été positive ou négative, mais la manière dont elle sera traversée et élaborée à l'âge adulte.

A travers les hospitalisations et les consultations cliniques avec ces mères souffrant ou ayant souffert d'un TCA nous nous apercevons que ces femmes sont aussi demandeuses d'un travail thérapeutique qui puisse les aider à « se construire un passé⁴⁸ »⁴⁹.

⁴⁸ En référence au texte de Piera Aulagnier «Se construire un passé», Journal de la psychanalyse de l'enfant 7, Le Narcissisme à l'adolescence. Colloque de Monaco, Bayard Editions, 1989.

⁴⁹ Par ailleurs, nous avons mis en place un groupe d'expression destinée exclusivement aux mères souffrant d'un TCA, le « Groupe Poussette ».

Ce groupe d'échange et de guidance a lieu à l'Unité TCA, CMME, Hôpital Sainte-Anne.

Annexe 4

LOGAK Zoé, **BARBOSA Irema**, Prise en charge psychanalytique des troubles des conduites alimentaires : au risque de se rencontrer soi-même, In: Collection Cahiers de Sainte-Anne, Ed. Lavoisier (*in press*).

Prise en charge psychanalytique des troubles des conduites alimentaires

Au risque de se rencontrer soi-même

Zoé Logak
Irema Barbosa

Introduction

Si l'anorexie et la boulimie peuvent apparaître comme des conduites opposées, la prise en charge psychothérapeutique de patients souffrant de ces troubles, montre au contraire qu'ils partagent une même préoccupation. Les personnes souffrant d'anorexie ou de boulimie ont en commun d'être habitées par un certain « appétit », à entendre dans tous les sens du terme, et par la terreur que cet appétit ne les déborde. Ce terme d'appétit désigne à la fois le besoin primaire de nourriture, mais il est aussi expression du désir et de la vie pulsionnelle, comme l'établit Sigmund Freud dans les *Trois essais sur la théorie sexuelle*, en 1905 – et plus généralement, il renvoie à l'élan vital et créatif, en lien avec autrui.

En voulant à tout prix « contrôler leur appétit », c'est toute la dynamique pulsionnelle et fantasmatique de ces sujets qui se trouve court-circuitée par des formations réactionnelles et des passages à l'acte, mettant leur corps en jeu. Dans le cas de l'anorexie, il s'agit le plus souvent du contrôle du poids, de rites et d'obsessions alimentaires, dans le cas de la boulimie, de prises alimentaires

démessurées, accompagnées de sentiments de honte, de culpabilité et d'un profond désarroi¹.

Paradoxalement, lorsque les troubles des conduites alimentaires (TCA) s'imposent, ils revêtent souvent pour ces personnes une fonction à visée dite « adaptatrice », décrite comme « consolante » et « efficace », les préservant de pulsions vécues comme une menace d'effondrement, voire de désorganisation de tout leur être.

Les TCA permettraient en ce sens, de déplacer par dérivation sur une scène extérieure agie, certains nœuds inconscients, conflits ou traumatismes – dans le cas d'abus sexuels, de violences ou de maltraitance – qui n'ont pu être élaborés par le sujet. Or il s'agit de montrer comment, la rencontre avec le psychothérapeute, puis la prise en charge psychanalytique de ces personnes, dans un cadre défini, permettent de recréer, à deux, par la parole, un espace tiers de verbalisation, de symbolisation et d'inscription de ces conflits refoulés². L'expérience de la psychothérapie permet en effet aux personnes souffrant d'anorexie ou de boulimie, l'expression d'une authentique douleur d'exister³ qui recouvre une dévalorisation de soi, un doute concernant le sens de la vie, mais aussi une difficulté à aimer et à être aimé(e) en tant que tel(le).

1. Éléments de psychopathologie

Si les recherches psychanalytiques sur les TCA se sont portées, au départ, sur la nature des fantasmes et le conflit pulsionnel à l'œuvre, elles se sont centrées, plus récemment, sur la pathologie de l'organisation et les troubles de la personnalité. Trois questions sont décrites ici, la dépendance, le masochisme et la fonction de la dépression.

1.1 La dépendance

Les TCA sont initialement compris, dans la littérature spécialisée, comme une régression devant la sexualité génitale. Cet élément est soutenu par le fait que ces troubles surviennent le plus souvent pendant l'adolescence, moment d'émergence de la sexualité adulte, mais aussi de questionnement sur l'autonomie et l'identité

propre. La période de la puberté s'accompagne de profonds remaniements psychiques, et engendre un moment révélateur de la problématique dite de dépendance. Au moment où le sujet devrait faire face au deuil de l'enfance et aborder l'adolescence, il connaîtrait, de façon largement inconsciente, une difficulté à intérioriser le processus d'individuation et de séparation d'avec les *imago* parentaux⁵⁰, ce qui renvoie plus généralement au déni de la différence des sexes et des générations. Dans cette perspective, les TCA peuvent apparaître dès le début de l'adolescence, comme une défense face aux bouleversements qu'elle signifie, et au processus de séparation d'avec les parents qu'elle implique. Les TCA seraient dès lors une façon symptomatique d'externaliser le conflit latent présent au sein du sujet. Celui-ci aurait tendance à créer des relations de dépendance avec des objets externes, sous forme de privation ou de prise excessive de nourriture, - à défaut de pouvoir investir une réalité interne qui n'est pas en mesure de lui procurer un sentiment de sécurité « suffisamment bonne ».

Cette dépendance vis-à-vis de la nourriture, assurant une fonction d'objet de substitution, devient un mode prévalent du fonctionnement du sujet, au détriment d'autres modalités du lien à autrui, comme la parole, les affects et les relations humaines.

Autrement dit, le sujet surinvestit la réalité externe, le monde de l'image, des perceptions et des actions motrices, au détriment de ses vécus internes (sensations, émotions, sentiments) considérés comme défailants car ne lui donnant pas la sécurité interne nécessaire.

Cet objet peut être qualifié d'addictif dans la mesure où il devient « un objet transitionnel pathologique » : à la fois le sujet ne peut s'en passer - tout en croyant le contrôler - mais, en même temps, cet objet ne permet pas la constitution d'un espace mental potentiel, c'est-à-dire la possibilité de s'approprier psychiquement son corps, ses émotions et sa capacité de penser. Ce qui explique pourquoi, vouloir ôter trop brutalement aux patients leurs conduites alimentaires « pathologiques », comporte un risque réel, celui de les priver de cette barrière, de cette néo-identité

⁵⁰ Cela correspond aux représentations inconscientes des relations de l'enfant avec les images maternelles et paternelles.

qui constituent leur mode de fonctionnement et de relation aux autres. Il est donc nécessaire de pouvoir accompagner les patients hospitalisés par une prise en charge psychothérapeutique afin qu'ils puissent élaborer la signification profonde de leur « identité » d'anorexique ou de boulimique, et ainsi s'en détacher à leur rythme et à leur manière.

Dans ce cadre, le travail psychothérapeutique, grâce à l'écoute active du psychothérapeute, permet la création d'un espace transitionnel ou potentiel⁴, qui, au fil des séances, pourra constituer une enveloppe tierce dédiée à l'espace psychique du sujet. Le patient peut alors désinvestir une part de ses troubles pour s'exprimer et se découvrir.

1.2 Le masochisme

Catherine Chabert souligne⁵ chez les jeunes sujets atteints de TCA, des complexes spécifiques liés au corps, qui excluent la dimension de plaisir. Selon cet auteur, le corps sexué devient un corps persécuteur, tout comme l'excitation dont il est porteur, notamment dans le refus de voir leur corps se constituer comme suscitant le désir de l'autre. C'est pourquoi la puberté, le fait de devenir une femme ou un homme, est ressenti comme une menace. Vouloir, pour les patients, conserver un corps « plat », « lisse » ou « dur » permettrait, sur un mode imaginaire, parfois quasi-déliquant, de prolonger une enfance idéalisée sans séparation d'avec les parents. Pour ne pas vivre ce « crime » de séduction de l'autre, la culpabilité est massivement alimentée par le masochisme moral, le sujet réclame une punition, se prive pour ne pas succomber au plaisir. Les individus atteints de TCA évoquent souvent « l'interdiction » qu'ils s'imposent consciemment à ressentir du plaisir, qu'il soit lié à la nourriture ou à vivre des moments agréables, comme regarder un film, prendre un café, et plus généralement investir leur corps. Ce qui peut entraîner ces personnes vers un état dépressif voire mélancolique.

1.3 La fonction de la dépression

Suivant l'approche psychosomatique des TCA, décrite par Maurice Corcos⁶, la conduite addictive « s'intègre dans une organisation à la fois dépressive et antidépressive », révélant une problématique archaïque. Il n'y aurait pas eu

d'intériorisation de l'objet premier, les *imago* parentaux n'auraient pas été reconnus comme faisant partie de soi, et il n'y aurait pas eu de traversée du deuil de l'objet permettant au sujet de se constituer une réalité psychique à soi. A cet égard, la dépressivité serait une forme de « solution » à la fois comportementale, psychique et corporelle visant le maintien d'une idéalisation. L'auteur fait l'hypothèse d'une dimension liée à l'alexithymie, c'est-à-dire d'une insuffisance émotionnelle primaire chez certains sujets souffrant de TCA, visant à se mettre à distance d'autrui, pour se protéger d'un risque de dépression plus radicale.

2. La prise en charge psychanalytique

Elle a pour but de proposer une écoute aux processus inconscients, dans un cadre fixe, qui puisse servir d'étayage dans ce processus d'individuation et de séparation de l'individu. Elle s'appuie notamment sur la règle de la libre association (dire ce qui vous vient à l'esprit), sur l'évocation des rêves, des fantasmes et des actes manqués (oublis, lapsus, mots d'esprit).

Cette prise en charge délimite un lieu et un temps où peuvent se dire et s'élaborer les émergences pulsionnelles tant redoutées, en présence d'un autre. La relation est placée d'emblée sous le signe du transfert du patient envers le psychothérapeute, qu'il soit positif ou négatif. La rencontre avec l'analyste représente une tentative pour nommer cette réalité pulsionnelle, tenue sous le boisseau, et ouvrir le lien à travers la parole, entre l'individu et les autres. Trois moments clés sont liés à ce travail analytique, la rencontre, l'investissement de la parole et le processus de séparation.

2.1. La rencontre

La cure analytique et le respect du cadre ont pour objectif d'assurer à l'individu sa fiabilité et sa continuité dans la durée. Ce cadre possède l'avantage de représenter un espace neutre, bienveillant et sécurisant pour le sujet, permettant de verbaliser l'agressivité. Malgré la violence des mots exprimés, le degré de douleur et de souffrance qu'ils désignent, - ils n'ont pas le pouvoir de détruire celui qui l'écoute, ni celui qui les énonce. Le psychothérapeute résiste. Le travail analytique pourra à ce prix être progressivement perçu par l'individu comme un objet externe

de sécurité, lui permettant de s'approprier ses vécus internes, ses émotions et plus généralement d'investir sa vie psychique⁷.

2.2 L'investissement de la parole

Chez les individus souffrant de TCA, les premières séances d'association libre sont souvent marquées par une forme d'angoisse identitaire : dire ce qui leur plaît, donner un avis sur des sujets anodins, cela représente une véritable épreuve. La peur de « ne pas savoir quoi dire », de se sentir vide, inconsistant ou transparent lors de discussions avec des proches, est souvent rapportée. Parfois l'impression persiste que ces individus sont dans l'attente de quelqu'un qui pourrait tout ressentir, tout dire pour eux, tel un tout-petit qui aux premiers mois de sa vie n'a pas encore accès au langage, et qui demeure totalement dépendant de l'interprétation d'autrui. Comme s'ils souhaitaient s'épargner cette rencontre avec eux-mêmes. C'est d'abord autour de l'identification, puis de la reconnaissance de soi que le sujet pourra accéder à la parole. Et se reconnaître. Le travail analytique agit au cœur de cet investissement de la parole qui vient l'aider à faire ce travail de liaison entre l'émotion et le corps, conférant aux mots leur dimension sensible et affective. Cette dimension spécifique du travail analytique de réappropriation de son histoire, redonne à l'individu la capacité de se sentir historien de sa vie, à même de construire son parcours propre.

2.3 Le processus de séparation

Ce processus permet au sujet de s'identifier comme une personne séparée de ses parents. Les sujets atteints de TCA relatent en effet souvent des fantasmes de ne faire qu'« un même corps » avec l'un de ses parents⁸, - comme si cette fusion pouvait leur épargner, de manière imaginaire, le choix d'une identité sexuée et la souffrance liée au manque. C'est donc à partir du travail de reconnaissance de leur réalité interne (et de soi) que le processus de séparation pourra être envisagé. Ceci ne sera pas mené sans souffrance, et le travail de l'analyste renvoie justement à la dimension d'étayage à l'œuvre dans ce processus de reconstruction, mais aussi de

deuil de l'enfance⁵¹. Les effets de ce travail doivent s'inscrire dans le temps, de plus en plus indépendants de la relation établie avec l'analyste. Progressivement le patient est en mesure de s'approprier des fragments de souvenirs émergés dans des rêves (de transfert) évoqués en séance, mais aussi des idées incidentes qui surgissent grâce à la règle de la libre association. Enfin, le patient va répéter des affects positifs mais surtout négatifs vis-à-vis de son psychothérapeute. Cette relation de transfert permet de s'approprier sa vie interne, ses motions pulsionnelles, et ainsi de retrouver ses propres motivations au-delà de la relation thérapeutique. Ce travail doit permettre au patient de reconnaître l'ambivalence présente en soi-même, avec sa part de tendresse et de destructivité. Il accède au compromis, tolère la frustration, il peut endurer l'expérience du manque. Peut-être les TCA seront-ils encore nécessaires, de temps à autre, mais le plus important, c'est qu'il puisse donner un sens à son addiction, à la fonction circonscrite que cela revêt désormais dans sa vie.

Conclusion

Au terme d'un certain temps de prise en charge analytique en face à face, une patiente « anorexique » rapporte en séance un fragment de rêve : « J'étais dans la salle de bain, dans la baignoire il y avait une femme, elle donnait son bain à son bébé, à sa petite fille. Je pensais qu'elle était très belle, elles étaient bien ensemble, toutes les deux ». Un temps d'élaboration sera nécessaire pour exprimer les émotions intenses liées à cette scène chaleureuse, d'un lien primaire recréé entre la mère et son enfant ; puis la patiente prendra la décision réfléchie de partir vivre à l'étranger (donc sans ses parents) pour commencer un travail qui lui plaît, et ce, malgré des troubles alimentaires qui persistent certes, mais qui ne l'empêchent plus désormais de vivre sa vie. Une prise en charge analytique est une bonne indication pour la prise en charge des TCA. Il s'agit d'une expérience de soin, liée à la parole, qui permet de transformer la vie pulsionnelle - cette « poésie animale du corps », disait Françoise Dolto - en l'orientant vers un but culturellement admis, en accord avec le désir singulier du sujet.

⁵¹ Ce processus de séparation peut être difficile à vivre aussi pour les parents et des groupes de parole dédiés sont proposés.

3. Points clefs :

La prise en charge psychanalytique des troubles des conduites alimentaires (anorexie mentale et boulimie nerveuse) permet, grâce à l'écoute active du psychanalyste, la construction d'un espace de parole au sein duquel le sujet pourra élaborer les significations conscientes et inconscientes de ses troubles. Progressivement, la cure analytique favorise la mise à distance de ces troubles, la découverte de ses désirs propres et la construction du sujet.

4. Vignette clinique :

Mlle A. nous a été adressée par son psychiatre pour une prise en charge psychanalytique. Elle souffrait de troubles des conduites alimentaires du type anorexie mentale et de trouble de l'humeur de type dépression. Pendant son enfance, Mlle A. était brillante à l'école et s'épanouissait dans différentes activités extrascolaires (musique, danse, gymnastique). Les premiers troubles des conduites alimentaires apparaissent lors de son examen au Bac français, qu'elle réussit pourtant brillamment. A l'université, la patiente s'effondre et les symptômes d'une dépression apparaissent. Elle décide alors de consulter un psychiatre qui l'adresse en psychothérapie dans le cadre hospitalier. Dans le cadre des séances de psychothérapie analytique, il apparaît qu'il est très difficile voire impossible pour Mlle A. d'accepter le fait de devenir adulte et de tourner la page de son enfance.

La prise en charge psychanalytique, qui s'est étendue sur près de trois ans, a permis à la patiente d'élaborer son projet professionnel personnel (travailler dans le domaine artistique), de faire l'expérience de vivre avec son ami, et de prendre ses distances vis-à-vis de sa famille d'origine. Elle a cependant exprimé des résistances très importantes au changement dans la cure. Elle affirme ainsi de manière persistante refuser son corps formé de jeune femme, les difficultés de la vie de couple au quotidien et les compromis inhérents à l'âge adulte. Elle ne cesse de décrire avec nostalgie la période de son enfance qu'elle évoque de manière figée et idéalisée.

Le travail mis en œuvre dans le cadre de la cure analytique a permis à Mlle A. d'élaborer certains souvenirs d'enfance refoulés, notamment des scènes

indésirables (divorce des parents, relations dans la fratrie, deuils), mais aussi les projets professionnels et personnels qui lui tenaient à cœur, et, plus généralement, d'accepter progressivement les limites inhérentes à l'existence humaine (la mort, le destin sexué).

5. Références :

- ¹ JEAMMET P, Anorexie boulimie, les paradoxes de l'adolescence. Paris: Hachette; 2004
- ² DOLTO F, Les images les mots le corps, entretiens avec Jean-Pierre Winter. Paris: Gallimard; 2002
- ³ GRIGNON O, Le corps des larmes, la psychanalyse et la douleur d'exister. Paris: Calmann-Levy; 2002
- ⁴ WINNICOTT DW, Jeu et réalité. Paris: Gallimard; 1975
- ⁵ CHABERT C, Le féminin mélancolique. Paris: PUF; 2003
- ⁶ CORCOS M, Le corps absent: approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires. Paris: Dunod; 2010
- ⁷ BIROT E, CHABERT C et JEAMMET P, Soigner l'anorexie et la boulimie : des psychanalystes à l'hôpital. Paris: PUF; 2006
- ⁸ CORCOS M, Le corps absent: approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires. Paris: Dunod ; 2010

6. Pour en savoir plus:

- DOLTO F, L'image inconsciente du corps. Paris: Seuil; 1984
- LACAN J, Le Séminaire Livre VIII – Le transfert. Paris: Seuil; 2001
- MARZANO M, Légère comme un papillon. Paris: Grasset; 2012

Annexe 5

Protocole Désir d' enfant et alimentation (dossier)



Protocole

Désir d'enfant et alimentation

Numéro de dossier :

DATE de la 1^{ère} rencontre :

DATE de la 2^{ème} rencontre :

DATE de la 3^{ème} rencontre :

DATE de la 4^{ème} rencontre :



1^{ère} Rencontre

Date :

- Le contexte familial :

1) Date de naissance :

2) Poids actuel et avant la grossesse :

3) Taille :

4) Avez-vous des enfants ? :

1) Date de naissances :

2) Poids et tailles de naissance et actuellement :

3) Fausses-couches ?

5) Situation familiale (mariée, célibataire, séparée, veuve) :

6) Situation familiale du couple parental maternel (marié, séparé, veuvage) :

7) Contexte socio-économique (travail, temps plein/mi-temps/chômage/arrêt de travail/invalidité) :

8) Addictions (tabac, drogues, alcool - quantité par jour) :

9) Le parcours à la PMA :

10) Enceinte ? Si oui, au bout de combien de cycles ? + IA ou FIV ?

Evaluation STAI (forme Y-A)

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire est donné ci-dessous.
 Lisez chaque phrase, puis marquez celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez à l'instant, en ce moment.
 Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **actuels**.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. Je me sens calme	*	*	*	*
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté	*	*	*	*
3. Je suis tendu(e), crispé(e)	*	*	*	*
4. Je me sens surmené(e)	*	*	*	*
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau	*	*	*	*
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)	*	*	*	*
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment	*	*	*	*
8. Je me sens content(e)	*	*	*	*
9. Je me sens effrayé(e)	*	*	*	*
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien)	*	*	*	*
11. Je sens que j'ai confiance en moi	*	*	*	*
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable	*	*	*	*
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)	*	*	*	*
14. Je me sens indécis(e)	*	*	*	*
15. Je suis décontracté(e), détendu(e)	*	*	*	*
16. Je suis satisfait(e)	*	*	*	*
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)	*	*	*	*
18. Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e)	*	*	*	*
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e)	*	*	*	*
20. Je me sens de bonne humeur, aimable	*	*	*	*

Evaluation STAI (forme Y-B)

	<i>Presque jamais</i>	<i>Parfois</i>	<i>Souvent</i>	<i>Presque toujours</i>
21. Je me sens de bonne humeur, aimable	•	•	•	•
22. Je me sens nerveux (nerveuse) et agité(e)	•	•	•	•
23. Je me sens content(e) de moi	•	•	•	•
24. Je voudrais être aussi heureux (heureuse) que les autres	•	•	•	•
25. J'ai un sentiment d'échec	•	•	•	•
26. Je me sens reposé(e)	•	•	•	•
27. J'ai tout mon sang-froid	•	•	•	•
28. J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter	•	•	•	•
29. Je m'inquiète à propos de choses sans importance	•	•	•	•
30. Je me sens heureux (heureuse)	•	•	•	•
31. J'ai des pensées qui me perturbent	•	•	•	•
32. Je manque de confiance en moi	•	•	•	•
33. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté	•	•	•	•
34. Je prends facilement des décisions	•	•	•	•
35. Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur	•	•	•	•
36. Je suis satisfait(e)	•	•	•	•
37. Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent	•	•	•	•
38. Je prends les déceptions tellement à coeur que je les oublie difficilement	•	•	•	•
39. Je suis une personne posée, solide, stable	•	•	•	•
40. Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis	•	•	•	•

© Copyright 1968, 1977 by Charles D. Spielberger. All rights reserved
© Copyright 1993 par les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.



2^{ème} Rencontre

Date :

I-La grossesse:

- 1) Le déroulement de la grossesse : nausées ?

- 2) Poids Pris :

- 3) # SA aujourd'hui :

- 4) Arrêt-maladie ? Diabète ?



II-Entretien changements corporels et maternité :

- 1) Comment aujourd'hui pensez-vous l'adolescente que vous étiez ?
- 2) Pouvez-vous me parler de vos souvenirs concernant les changements liés à la puberté ?
(contexte, climat affectif, réactions, modifications corporelles)
- 3) Quelles sont vos relations actuelles avec vos parents ?
- 4) Votre grossesse a-t-elle modifié ces relations, et si oui, de quelle manière ?
- 5) En quoi le fait de devenir mère pourrait-il modifier votre relation avec vos parents ?
- 6) Comment décrivez-vous vos relations de couple ?
- 7) Votre grossesse a-t-elle modifié votre relation, et si oui, de quelle manière ?
- 8) En quoi le fait de devenir mère pourrait-il modifier vos relations avec votre conjoint ?
- 9) Comment percevez-vous, pendant votre grossesse, la présence de votre enfant ?
- 10) Comment imaginez-vous l'arrivée de votre enfant à la maison ?
- 11) Comment imaginez-vous vos relations avec votre enfant dans 15 ans ?
- 12) Pourriez-vous nous rapporter un rêve important de votre grossesse ?

HAD

The hospital anxiety and depression scale (Zigmond and Snaith, 1983)

Lisez chaque série de questions et entourez le chiffre correspondant à la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

<p>(1-A) Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :</p> <p>3 La plupart du temps 2 Souvent 1 De temps en temps 0 Jamais</p>	<p>(8-D) J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</p> <p>3 Presque toujours 2 Très souvent 1 Parfois 0 Jamais</p>
<p>(2-D) Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</p> <p>0 Oui, tout autant qu'avant 1 Pas autant 2 Un peu seulement 3 Presque plus</p>	<p>(9-A) J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :</p> <p>0 Jamais 1 Parfois 2 Assez souvent 3 Très souvent</p>
<p>(3-A) J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</p> <p>3 Oui, très nettement 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave 1 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0 Pas du tout</p>	<p>(10-D) Je ne m'intéresse plus à mon apparence :</p> <p>3 Plus du tout 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je ne devrais 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0 J'y prête autant d'attention que par le passé</p>
<p>(4-D) Je ris et vois le bon côté des choses :</p> <p>0 Autant que par le passé 1 Plus autant qu'avant 2 Vraiment moins qu'avant 3 Plus du tout</p>	<p>(11-A) J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</p> <p>3 Oui, c'est tout à fait le cas 2 Un peu 1 Pas tellement 0 Pas du tout</p>
<p>(5-A) Je me fais du souci :</p> <p>3 Très souvent 2 Assez souvent 1 Occasionnellement 0 Très occasionnellement</p>	<p>(12-D) Je me réjouis à l'idée de faire certaines choses :</p> <p>0 Autant qu'avant 1 Un peu moins qu'avant 2 Bien moins qu'avant 3 Presque jamais</p>
<p>(6-D) Je suis de bonne humeur :</p> <p>3 Jamais 2 Rarement 1 Assez souvent 0 La plupart du temps</p>	<p>(13-A) J'éprouve des sensations soudaines de panique :</p> <p>3 Vraiment très souvent 2 Assez souvent 1 Pas très souvent 0 Jamais</p>
<p>(7-A) Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :</p> <p>0 Oui, quoi qu'il arrive 1 Oui, en général 2 Rarement 3 Jamais</p>	<p>(14-D) Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télévision :</p> <p>0 Souvent 1 Parfois 2 Rarement 3 Très rarement</p>

BVAQ :

Dans les pages qui suivent, vous trouverez une liste de propositions. Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci-dessous, à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent. Il suffit de mettre une croix (X) à la place appropriée. Le but est que vous indiquiez dans quelle mesure votre manière personnelle de réagir correspond aux propositions.

TOUT À FAIT D'ACCORD 1 2 3 4 5 PAS DU TOUT D'ACCORD

Voici un exemple :

1 2 3 4 5

Ex. Voir des petits chatons m'attendrit.

Si vous pensez que cette proposition s'applique tout à fait à votre manière de réagir, alors vous inscrivez un X dans le carré correspondant à la valeur « 1 » qui est situé à l'extrême gauche de l'échelle.

Si vous pensez que cette proposition ne s'applique pas du tout à votre manière de réagir, alors vous inscrivez un X dans le carré correspondant à la valeur « 5 » qui est situé à l'extrême droite de l'échelle.

Si vous pensez que votre manière de réagir est moins prononcée que ce qui est décrit ci-dessus, alors vous inscrivez un X un peu plus au milieu de l'échelle.

Vous n'utiliserez le milieu de l'échelle que s'il vous est tout à fait impossible de porter un jugement sur votre manière de réagir.

Vous pouvez maintenant tourner la page et commencer à remplir le questionnaire.

Merci.

1. Il m'est difficile de trouver les mots pour exprimer ce que je ressens.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
2. Souvent avant de m'endormir, j'imagine des scénarios, des rencontres, des dialogues.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
3. Quand je suis décontenancé(e), je sais si je suis anxieux (se), ou bien triste, ou bien fâché(e).
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
4. Quand il se produit quelque chose de tout à fait imprévu, je reste calme et tout à fait imperturbable.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
5. Je ne me préoccupe guère de mes émotions.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
6. J'aime parler à autrui de mes émotions.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
7. Je passe peu de temps à rêvasser et à me laisser emporter par mon imagination.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
8. Quand je suis tendu(e), je n'arrive pas à savoir de quel sentiment émotionnel cela provient.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
9. Quand je vois quelqu'un pleurer à chaudes larmes, je demeure imperturbable.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
10. Il faut s'efforcer de comprendre ses émotions.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
11. Même à un ami ou à une amie, je trouve difficile de parler de mes sentiments.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
12. Je me sers souvent de mon imagination.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
13. Quand je me sens découragé(e), je comprends en général d'où ça provient.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
14. Quand, autour de moi, des ami(e)s se querellent violemment, cela me bouleverse.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
15. Quand j'ai le cafard, je n'ai pas envie d'en rajouter en cherchant à savoir pourquoi.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
16. Quand il s'agit de dire à quel point je me sens cafardeux(se), j'arrive sans problème à trouver les mots qu'il me faut pour cela.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
17. J'ai peu d'intérêt pour les contes de fées et les récits bizarres.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
18. Quand je me sens bien, je n'arrive pas à savoir si je suis de bonne humeur, ou bien au comble de la joie, ou bien heureux(se).
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
19. Souvent, je me sens ému(e) sans raison claire.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
20. Quand je ne me sens pas bien dans ma peau, j'essaie de comprendre pourquoi je me sens comme ça.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord

21. On me dit souvent que je dois parler davantage de mes sentiments.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
22. Il m'arrive rarement de me laisser aller à mon imagination.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
23. Je ne sais pas ce qui se passe au fond de moi-même.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
24. Même lorsque les autres se passionnent pour quelque chose, je demeure indifférent(e).
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
25. Il n'y a pas grand-chose à comprendre aux émotions.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
26. Quand je suis bouleversé(e) par quelque chose, je parle aux autres de ce que je ressens.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
27. J'aime imaginer des histoires folles et pleines de fantaisie.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
28. Quand je me sens moche, je sais si j'ai peur, ou bien si je suis sombre, ou bien si je suis triste.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
29. Il m'arrive souvent d'être bouleversé(e) par des événements inattendus.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
30. Je trouve que l'on doit rester en contact avec ses sentiments.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
31. Je sais exprimer mes sentiments verbalement.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
32. Rêvasser à des affaires ou événements irréels, c'est perdre son temps.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
33. Quand j'en ai marre de moi-même, je n'arrive pas à savoir si je suis triste, ou bien si j'ai peur, ou bien si je suis malheureux(se).
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
34. J'accepte les déceptions sans émotion.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
35. Je trouve curieux que les autres analysent si souvent leurs émotions.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
36. Quand je parle aux gens, c'est plutôt de mes activités quotidiennes que de mes sentiments.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
37. Quand j'ai peu à faire, je passe du temps à rêvasser.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
38. Quand je suis d'une humeur radieuse, je sais si je suis enthousiaste ou bien gai(e) ou bien fou (folle) de joie.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
39. Quand je vois quelqu'un pleurer avec abondance, je sens la tristesse m'envahir.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord
40. Quand je suis tendu(e), j'ai besoin de savoir avec précision d'où me vient cette sensation.
tout à fait d'accord pas du tout d'accord



3^{ème} Rencontre

Date :

I-La grossesse:

1) Le déroulement de la grossesse : nausées ?

2) Poids Pris :

3) # SA aujourd'hui :

4) Arrêt-maladie ? Diabète ?



L'IRMAG (Entretien semi-ouvert)

- 1) Racontez-moi l'histoire de votre grossesse.
- 2) Pourquoi un enfant justement à ce moment de votre vie ?
- 3) Qu'avez-vous ressenti lorsque vous avez appris que vous étiez enceinte ?
- 4) Comment la nouvelle a-t-elle été accueillie ?
- 5) Que ressentez-vous pendant votre grossesse et de quelle façon votre vie a-t-elle changé ?
- 6) La grossesse a-t-elle influencé vos habitudes, vos activités et vos rythmes de travail ?
- 7) Estimez-vous que le rapport avec votre partenaire a changé, et de quelle façon ?
- 8) Comment ces événements peuvent influencer votre façon de penser ou d'agir avec votre enfant ?
- 9) Que pourriez-vous dire de la relation avec votre mère pendant cette période de grossesse ?
- 10) Quand avez-vous commencé à porter des vêtements de grossesse ?
- 11) Y-a-t-il eu des moments particuliers d'émotion pendant votre grossesse ?

- 12) Nous avons parlé ensemble de l'histoire de votre grossesse, y a-t-il eu des aspects positifs ou négatifs dont vous n'avons pas parlé ?
- 13) Avez-vous fait les visites médicales et les examens de contrôle de la grossesse ?
- 14) Comment imaginez-vous l'accouchement ?
- 15) Qu'avez-vous ressenti lorsque vous vous êtes rendue compte qu'il y avait un enfant en vous ?
- 16) Comment imaginez-vous votre enfant ?
- 17) Estimez-vous qu'il y a déjà une relation entre vous et l'enfant ? Comment décririez-vous cette relation ?
- 18) Avez-vous rêvé de votre enfant ?
- 19) L'avez-vous vu à l'échographie ?
- 20) Avez-vous déjà choisi un prénom ?
- 21) Qu'avez-vous préparé pour l'enfant ?

- 22) Nous avons parlé ensemble de l'histoire de votre enfant, y a-t-il eu des aspects positifs ou négatifs dont vous n'avons pas parlé ?
- 23) Vous arrive-t-il de penser comment sera votre enfant ?
- 24) Vous arrive-t-il de vous faire du souci en pensant à l'état de santé de l'enfant ?
- 25) A votre avis, de quoi votre enfant aura-t-il besoin pendant ses premiers mois de vie ?
- 26) Nous avons parlé de comment sera votre enfant, y a-t-il eu des aspects positifs ou négatifs dont vous n'avons pas parlé ?
- 27) Je vais vous montrer une liste de caractéristiques individuelles de l'enfant que vous attendez. Vous devez mettre une croix sur le point qui selon vous décrit le mieux l'enfant que vous attendez :

Passif	_____	Actif
Calme	_____	Excité
Tonique	_____	Nonchalant
Fermé	_____	Sociable
Entreprenant	_____	Timide
Propre	_____	Brouillon
Joyeux	_____	Triste
Difficile	_____	Facile
Pas intelligent	_____	Intelligent
Acceptant	_____	Refusant
Désordonné	_____	Ordonné
Détaché	_____	Affectueux
Indépendant	_____	Dépendant
Décidé	_____	Soumis
Craintif	_____	Confiant
Vif	_____	Pas vif
Fragile	_____	Fort

28) Y a-t-il des caractéristiques de votre famille et de celle de votre partenaire que vous aimeriez ou n'aimeriez pas pour votre enfant ?

29) Y a-t-il des caractéristiques positives ou négatives dont nous n'avons pas parlé.

30) 30.1. Ceci est une liste de caractéristiques pour vous décrire en tant que personne pouvez-vous la remplir de la même façon que la précédente ?

Passive _____
Calme _____
Tonique _____
Fermée _____
Entreprenant _____
Propre _____
Joyeuse _____
Difficile _____
Pas intelligente _____
Acceptante _____
Désordonnée _____
Détachée _____
Indépendante _____
Décidée _____
Craintive _____
Vive _____
Fragile _____

Active
Excitée
Nonchalante
Sociable
Timide
Brouillon
Triste
Facile
Intelligente
Refusante
Ordonnée
Affectueuse
Dépendante
Soumise
Confiante
Pas vive
Forte

30.2) Pouvez-vous remplir cette feuille comme la précédente afin de donner une description de votre partenaire ?

Passif	_____	Actif
Calme	_____	Excité
Tonique	_____	Nonchalant
Fermé	_____	Sociable
Entreprenant	_____	Timide
Propre	_____	Brouillon
Joyeux	_____	Triste
Difficile	_____	Facile
Pas intelligent	_____	Intelligent
Acceptant	_____	Refusant
Désordonné	_____	Ordonné
Détaché	_____	Affectueux
Indépendant	_____	Dépendant
Décidé	_____	Soumis
Craintif	_____	Confiant
Vif	_____	Pas vif
Fragile	_____	Fort

31) Quel genre de mère estimez-vous que vous serez pendant les premiers mois ?

32) Pensez-vous qu'il faut habituer l'enfant à un rythme de sommeil, par exemple, dès les premiers jours, ou estimez-vous qu'il vaut mieux qu'il trouve son propre rythme tout seul ?

33) Après la naissance, pensez-vous vous faire aider par quelqu'un ?

34) Nous avons parlé de comment vous serez en tant que mère, y a-t-il des caractéristiques positives ou négatives dont nous n'avons pas parlé ?

35) Cette liste présente des caractéristiques pour décrire comment vous estimez que vous serez.

Peu sûre	_____	Sûre
Disponible	_____	Occupée par autre chose
Mère-poule	_____	Détachée
Impatiente	_____	Patiente
Autoritaire	_____	Permissive
Acceptante	_____	Non acceptante
Sérieuse	_____	Qui laisse faire
Autoritaire	_____	Permissive
Anxieuse	_____	Tranquille
Satisfaite dans le rôle de mère	_____	Insatisfaite dans le rôle de mère
Rôle de mère difficile	_____	Rôle de mère facile

- 36) Comment était la relation avec vos parents quand vous étiez enfant ?
- 37) Nous avons parlé de votre mère, y a-t-il des caractéristiques positives ou négatives dont nous n'avons pas parlé ?
- 38) En quoi pensez-vous que vous ressemblerez ou non à votre mère avec votre enfant ?
- 39) Y a-t-il quelque chose que je ne vous ai pas demandé et que vous aimeriez dire ?

**Questionnaire (Prenatal Attachment Inventory, Müller, 1993;
Traduction française par Jürgens et Levy-Rueff, 2008)**

Consigne :

Les propositions qui suivent décrivent des pensées, sentiments ou situations que les femmes peuvent ressentir pendant leur grossesse.

Nous aimerions savoir ce que vous avez ressenti durant le mois qui vient de s'écouler.
Entourez le chiffre qui semble le plus adapté à votre expérience.

1 = Presque jamais 2 = Parfois 3 = Souvent 4 = Presque toujours

1. Je me demande à quoi peut ressembler le bébé maintenant	1	2	3	4
2. Je m'imagine appeler le bébé par son prénom	1	2	3	4
3. Je trouve agréable de sentir le bébé bouger	1	2	3	4
4. Je pense que mon bébé a déjà une personnalité	1	2	3	4
5. Je laisse les autres poser leurs mains sur mon ventre pour sentir le bébé bouger	1	2	3	4
6. Je fais attention aux choses qui pourraient avoir une influence sur le bien-être du bébé	1	2	3	4
7. Je pense aux activités que je ferai avec mon bébé	1	2	3	4
8. Je décris aux autres ce que le bébé fait à l'intérieur de moi	1	2	3	4
9. J'imagine quelle partie du bébé je suis en train de toucher	1	2	3	4
10. Je sais quand le bébé est endormi	1	2	3	4
11. Je peux faire bouger mon bébé	1	2	3	4
12. J'achète ou je fabrique des choses destinées au bébé	1	2	3	4
13. Je ressens de l'amour pour mon bébé	1	2	3	4
14. J'essaie d'imaginer ce que le bébé est en train de faire à l'intérieur de moi	1	2	3	4
15. J'aime être assise avec les bras autour de mon ventre	1	2	3	4
16. Je rêve du bébé	1	2	3	4
17. Je sais pourquoi le bébé est en train de bouger	1	2	3	4
18. Je caresse le bébé à travers mon ventre	1	2	3	4
19. Il m'arrive de partager des confidences avec mon bébé	1	2	3	4
20. Je sais que le bébé peut m'entendre	1	2	3	4
21. Il m'arrive d'être très émue quand je pense au bébé	1	2	3	4



4^{ème} Rencontre

Post-partum

Date :

I-L'accouchement:

- 1) Le déroulement de l'accouchement ?
- 2) Poids pris pendant la grossesse :
- 3) Poids et taille de l'enfant :
- 4) Poids aujourd'hui :
- 5) Les premiers liens avec l'enfant :

X - Entretien clinique :

Lors de cet entretien nous aborderons ce qui représente l'accès à la maternité chez la jeune mère. Nous demanderons également de nous raconter davantage comment l'arrivée de son enfant à la maison et les changements de sa vie quotidienne.

La thématique de la projection de sa vie en tant que mère sera aussi abordée.

QUESTIONNAIRE EPDS D'EVALUATION D'UN ETAT DEPRESSIF VIII. « EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE »

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est à dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

Voici un exemple :

Je me suis sentie heureuse :

-oui tout le temps

-oui la plupart du temps

-non pas très souvent

-non pas du tout

Cela signifiera « Je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler ».

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

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

2-Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

- Autant que d'habitude
- Plutôt moins que d'habitude
- Vraiment moins que d'habitude
- Pratiquement pas

3-Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

4-Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

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

- Oui, vraiment souvent
- Oui, parfois
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

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

- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- Oui, parfois, je me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

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

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

8-Je me suis sentie triste ou peu heureuse

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

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

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Seulement de temps en temps
- Non, jamais

10-Il m'est arrivé de penser à me faire mal

- Oui, très souvent
- Parfois
- Presque jamais
- Jamais

Annexe 6

Protocole Désir d' enfant et alimentation - Inclusion



Protocole

Désir d'enfant et alimentation

Inclusion

Numéro de dossier :

Hôpital :

Le :

H1	<p>J'aimerais maintenant vous poser des questions concernant des problèmes que vous auriez pu avoir avec votre alimentation ou avec votre poids. Avez-vous déjà été très préoccupée à l'idée d'être trop grosse, de prendre trop de poids ?</p> <p>OUI NON</p>
H2	<p>Avez-vous déjà perdu beaucoup de poids, sans le vouloir ou en faisant un régime ?</p> <p>OUI NON</p> <p>Avez-vous déjà eu dans votre vie une période de plusieurs mois où vous ne preniez pas de poids lors de votre croissance, sans le vouloir ou en faisant un régime, malgré le fait que vous pesiez peu ?</p> <p>OUI NON</p>
H3	<p>Vos proches ou vos amis vous ont-ils déjà dit que vous étiez trop maigre ou que vous ressembliez à un squelette ?</p> <p>OUI NON</p>

H4	<p>Quel est le poids minimum le plus bas que vous avez déjà fait ? _ _ , _ kg</p> <p>Quelle était votre taille à ce moment-là ? _ _ _ cm IMC : _ _ , _ </p> <p>Quel âge aviez-vous à ce moment-là ? _ _ ans, _ _ mois</p> <p>A ce moment-là, quand votre poids était au plus bas, est-ce que les autres vous trouvaient trop maigre ? OUI NON</p>
-----------	--

H4	<p>A ce moment-là, quand votre poids était au plus bas, ou à un autre moment pendant votre vie, est-ce vous vous trouviez trop maigre ? OUI NON</p> <p>A ce moment-là, quand votre poids était au plus bas, ou à un autre moment pendant votre vie, la perte de poids a-t-elle été consécutive à la prise de coupe-faim, de diurétiques, de laxatifs, à des lavements ? OUI NON</p> <p>A ce moment-là, quand votre poids était au plus bas, ou à un autre moment pendant votre vie, la perte de poids a-t-elle été provoquée par des régimes ? OUI NON</p>
-----------	--

H4	<p>A ce moment-là, quand votre poids était au plus bas, ou à un autre moment pendant votre vie, la perte de poids a-t-elle été consécutive à des vomissements provoqués ? OUI NON</p> <p>A ce moment-là, quand votre poids était au plus bas, ou à un autre moment pendant votre vie, le diagnostic d'anorexie mentale a-t-il été posé ? OUI NON</p>
-----------	--

H5	<p>A cette période où votre poids était au plus bas où les autres vous trouvaient trop maigre ou à un autre moment pendant vie :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. aviez-vous peur de prendre du poids? OUI NON 2. aviez-vous peur de devenir gros(se)? OUI NON 3. aviez-vous toujours l'impression d'être trop grosse malgré le fait que vous pesiez peu? OUI NON 4. trouviez-vous que certaines parties de votre corps étaient trop grosses ? OUI NON
-----------	---

H5

Rappel : A cette période où votre poids était au plus bas/ les autres vous trouvaient trop maigre ou à un autre moment pendant votre vie

:

5. votre poids a-t-il influencé l'opinion/l'estime que vous aviez de vous-même ?

OUI NON

6. vous a-t-on dit que vous étiez trop maigre et que votre poids constituait un danger pour votre santé ?

OUI NON

H6

A quel âge pour la première fois avez-vous eu un poids anormalement bas (au point que les autres vous trouvaient trop maigre) et les autres problèmes dont on vient de parler. Par exemple, vous m'avez dit que vous... (CITER 2 OU 3 SYMPTOMES DONT LA RÉPONSE EST OUI EN H4 ET H5) ?

|_|_| ans, |_|_| mois

Quand pour la dernière fois avez-vous eu un poids anormalement bas au point que les autres vous trouvaient trop maigre) ?

|_|_| ans, |_|_| mois

H7

Avez vous déjà eu vos règles au cours de votre vie ?

OUI NON

A quel âge avez-vous eu vos règles pour la première fois ?

|_|_| ans, |_|_| mois

Vous est-il arrivé de ne pas avoir vos règles trois fois de suite pendant la période où vous perdiez du poids/étiez si maigre ?

OUI NON

Si **NON**, preniez-vous la pilule (contraception orale) à ce moment-là ?

OUI NON

H8	<p>Avez-vous déjà eu dans votre vie une période durant laquelle vous mangiez des quantités anormalement abondantes de nourriture en l'espace de quelques heures, c'est-à-dire avez-vous déjà eu des crises de boulimie ?</p> <p>OUI NON</p>
-----------	--

H8	<p>A. Combien de temps une telle crise durerait-elle ?</p> <p> _ _ minutes</p> <p>B. Que mangiez-vous au cours d'une crise typique ?</p> <p>NOTER : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Est-ce que le sujet ne signale que des quantités très faibles de nourritures (comme un yaourt ou une barre de chocolat) ?</p> <p>OUI NON</p>
-----------	--

H9

Avez-vous déjà connu dans votre vie une période où vous aviez des crises de boulimie au moins deux fois par semaine ?

OUI NON

Combien de temps a duré la période la plus longue durant laquelle vous aviez des crises de boulimie au moins 2 fois par semaine ?

Semaines | _ | _ | _ | semaines

Mois | _ | _ | _ | mois

Années | _ | _ | _ | années

H10

A quel âge pour la première fois avez-vous eu des crises de boulimie au moins deux fois par semaine?

| _ | _ | ans, | _ | _ | mois

Avez-vous actuellement des crises de boulimie au moins deux fois par semaine?

OUI NON

Depuis combien de temps ? | _ | _ | _ | semaines

A quel âge pour la dernière fois avez-vous eu des crises de boulimie au moins deux fois par semaine? | _ | _ | ans, | _ | _ | mois

H11

	<p>Pendant la période où vous aviez des crises de boulimie, passiez-vous beaucoup de temps à penser à la nourriture ?</p> <p>OUI NON</p> <p>Trouviez-vous qu'il était difficile de résister à ces crises de boulimie ?</p> <p>OUI NON</p>
--	---

H12	<p>Avez-vous déjà eu peur de ne pas pouvoir vous arrêter de manger dès que vous aviez l'une de ces crises de boulimie ?</p> <p>OUI NON</p> <p>Avez-vous déjà pensé qu'il vous était impossible de contrôler ce que vous mangiez au cours d'une crise de boulimie ?</p> <p>OUI NON</p>
------------	---

H13	<p>Avez-vous déjà fait régulièrement quelque chose dans le but d'éviter de prendre du poids, comme ...</p> <p>1. faire beaucoup d'exercice physique ? OUI NON</p> <p>2. maintenir un régime strict (éviter les aliments qui font grossir...) ? OUI NON</p> <p>3. prendre des diurétiques ? OUI NON</p> <p>4. prendre des laxatifs ou faire des lavements ? OUI NON</p>
------------	--

	<p>5. vous faire vomir ? OUI NON</p> <p>6. jeûner en ne mangeant rien du tout ou en ne prenant que des liquides ? OUI NON</p> <p>7. prendre des médicaments ou des pilules ? OUI NON</p>
--	---

H14	<p>Pendant la période où vous aviez des crises de boulimie...</p> <p>1. Votre estime de vous était-elle influencée de manière excessive par votre poids ou par la forme de votre corps, plus que chez la plupart des gens ?</p> <p>OUI NON</p> <p>2. Aviez-vous peur de devenir trop gros(se) ?</p> <p>OUI NON</p> <p>3. Avez-vous pensé que vous étiez trop gros(se) ?</p> <p>OUI NON</p>
------------	---